

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕАМБЕРИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

С.В. Иванов, В.П. Сухоруков, А.А. Соболев
Кировская государственная медицинская академия
Областной эндокринологический диспансер, г. Киров

Разработка проблемы повышения эффективности лечения синдрома диабетической стопы (СДС) является актуальной и социально высокозначимой медицинской проблемой.

Гангрена нижних конечностей, обширный гнойно-некротический процесс, развивающиеся при несвоевременном и неадекватном лечении СДС приводят к необходимости их ампутации в 70% случаев. СДС регистрируется у 6-10% больных сахарным диабетом (СД). Возникновение трофических язв при диабете связано с нейропатическими и ишемическими расстройствами.

Целью настоящего исследования являлось повышение эффективности лечения СДС за счет включения в современную стандартную схему лечения инфузий реамберина (фирма «Полисан»). Реамберин является 1,5% раствором сукцината натрия, содержащим также ионы магния и калия. По данным ряда исследований реамберин обладает выраженным антигипоксическим, антиоксидантным и детоксикационным действием, активизирует энергопродуцирующую функцию цикла Кребса.

Это указывает на целесообразность включения реамберина в комплекс лечения трофических язв у больных СД и обосновывает необходимость изучения степени терапевтической эффективности этого дополнения.

Задачей данного раздела предпринятого исследования являлось сравнительное изучение эффективности лечения СДС по стандартной схеме лечения - 50 больных (предыдущий опыт) и по той же стандартной схеме, но дополненной внутривенными инфузиями реамберина - 15 больных.

По характеру заболевания, полу, возрасту и особенностям трофических язв стопы обе группы больных были полностью сопоставимы. У 3 человек (20%) - 1 тип СД средней тяжести, 12 человек (80%) - СД 2 тип, заболевание имело среднюю и тяжелую формы. Средний возраст пациентов в обеих группах был примерно равен 56 годам. У всех пациентов имелись явления полинейропатии и ретинопатии, диабетическая нефропатия - 46%.

В обеих группах больных длительность гнойно-некротического язвенного процесса в 50% случаев превышала 6 месяцев.

Язвы располагались на плантарной поверхности стопы (47%) и пальцах стоп (53%), сопровождалась болевым синдромом, усиливавшимся в покое, по ночам. Костных поражений не было.

Стандартная схема лечения предусматривала: компенсацию углеводного обмена, общую и местную антибактериальную терапию, дезинтоксикационную терапию, применение ангио-протекторов и реологических препаратов при ишемической форме СДС, разгрузку пораженной конечности (расширенный постельный режим, костыли, кресло-каталка, ортопедические приспособления), диету, витамин- и физиотерапию, обучение в школе «Диабет - образ жизни». Реамберин включали в стандартную схему лечения в виде внутривенных капельных переливаний в дозе 400 мл ежедневно № 7-10.

Материалом исследования явились клинические и лабораторные данные выполненного сравнительного исследования.

Результаты исследования. Все больные хорошо переносили инфузий реамберина. У 3 (20%) пациентов отмечен выраженный седативный и снотворный эффект, развивающийся в конце каждого сеанса инфузий препарата. Ночной сон улучшался у всех больных. Интенсивность болевого синдрома снижалась после первой же инфузий реамберина у 12 (80%) из 15 больных. У всех больных полностью купировался болевой синдром на 3-4 день от начала применения реамберина (после 3 инфузий препарата).

При проведении стандартного лечения болевой синдром стихал не ранее 1 недели применения. Стихание болевого синдрома при любой схеме лечения сопровождалось уменьшением локального отека, красноты и температуры, улучшением функции стопы. Глубина язвенной полости в случае применения реамберина уменьшалась значительно быстрее, чем без его использования.

Включение в схему лечения систематических инфузий реамберина способствовало улучшению настроения, памяти и зрения, уменьшало выраженность болевого синдрома в нижних конечностях, сопровождалось более быстрым, чем при обычном лечении, устранением парастезий, улучшением состояния сухожильных рефлексов, снижением различных проявлений дисфункции ЖКТ (дисфагии, изжоги и пр.). Длительность пребывания в стационаре при включении в схему лечения реамберина в среднем составила 30 дней, без реамберина - 36 дней.

Выводы:

1. Применение реамберина существенно повышает эффективность комплексного лечения СДС.
2. Применение реамберина при лечении диабета снижает проявления периферической и вегетативной нейропатии, а также ретинопатии.
3. Включение инфузий реамберина в комплексе лечения СДС сокращает сроки лечения, что, учитывая невысокую стоимость реамберина, имеет положительный экономический эффект.
4. Применение реамберина улучшает качество жизни больных с СДС как в процессе лечения, так и после него.