

(17,1%) случаев; трансметатарзальная ампутация стопы по Шарпу - 80 (14,0 %); ампутации на уровне сустава Лисфранка или Шопара - 11(1,9%); ампутации на уровне голени у 13 (2,3%); ампутации на уровне бедра – 164 (28,7 %). Свободная аутодермопластика для закрытия раны выполнена у 5 (0,8%) пациентов. Метод анестезии выбирали с учетом тяжести состояния пациента, локализации процесса и характера инфекции, вида и длительности операции. Внутривенный наркоз применен у 228(32,9 %) больных, эндотрахеальный наркоз - у 68 (9,9%). В последние годы нами стала широко у этой категории пациентов применяться спинномозговая анестезия - у 396 (57,2%) больных, Спинномозговая анестезия имеет ряд преимуществ, как в техническом, так и финансовом плане. В настоящее время для коррекции гомеостаза активно используются методы эфферентной терапии.

Полученные результаты: В сравнении отмечается увеличение госпитализированных больных на 67%. В 38,8% случаев госпитализируются пациенты работоспособного возраста. В 93,5 % случаев инфекционный процесс у больных с синдромом диабетической стопы имеет полимикробный характер, обусловленный аэроб-

но-анаэробными ассоциациями, что требовало соответствующей антибиотикотерапии.

Ангиопатия сосудов нижних конечностей встречалась в 48,4%, что несколько выше литературных данных, вероятно связано с большим процентом лиц пожилого и старческого возраста в регионе. 175(14,8%) пациентов с язвенно-некротическими поражениями стоп удалось консервативно добиться заживления. Большое количество высоких ампутаций (на уровне бедра и на уровне голени –31 %), связано с неадекватной амбулаторной помощью и длительным лечением на дому, и отсутствием возможности оперативной сосудистой коррекции, что приводит к невозможности сохранения стопы. Общая летальность – 66 (5,6 %). Послеоперационная летальность составила 54 (9,4%). 12 пациентов были не оперированы.

Выводы: Результаты комплексного лечения пациентов с гнойно-некротическими поражениями при СДС можно улучшить, но для этого необходимо решение ряда тактических и организационных вопросов в комплексной медико – социальной программе в стране.

V.A.Kislyakov

MODERN ASPECTS FOR TREATMENT OF DESTRUCTIVE PROCESSES ON DIABETIC FOOT

The Astrachan State Medical Academy, Hospital N3, Astrachan, Russia

ABSTRACT:

Histories of 1178 patients are analysed. 573 (48, 6 %) patients are executed 692 operations. Surgical processing of abscesses, necraectomy, sekvestraectomy - at 312 (54,5 %); amputations of fingers are executed 20 (3,5 %) patients; aeksarticulacio fingers with a resection bones of foods are executed - 98 (17,1 %) patients; amputation foofs of Sharp - 80 (14,0 %); amputations at a level of joint Lisfrank or Shopar - 11 (1,9 %); amputations at a level of shin at 13 (2,3 %); amputations at a level of femoral - 164 (28,7 %). Dermoplastic for closing a wound it is executed at 5 (0,8 %) patients. 175 (14,8 %) patients with trophic ulcers of foods was possible to achieve healing conservatively. The general mortality - 66 (5,6 %). Postoperative mortality - 54 (9,4 %). Results of complex treatment of patients with destructive processes on diabetic foot can be improved, but for this purpose the decision of some tactical and organizational questions in complex sociaomedical program .

Keywords:

diabetic stop; conservative treatment; operative treatment

© Kislyakov V.A., 2007.

В.А.Кисляков

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ВАЗАПРОСТАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Астраханская государственная медицинская академия, МУЗ ГКБНЗ, Астрахань, Россия

Реферат:

Проанализированы результаты лечения препаратом вазaproстан 52 пациентов в возрасте от 50 до 75 лет с гнойно-некротическими поражениями при нейроишемической и ишемической форме синдрома диабетической стопы : 15 мужчин (28,9%), 37 женщин (71,1%). В 6(11,5%)случаях диагностирована макроангиопатия с преимущественным поражением подвздошных и бедренных артерий, а 46(88,5%) с преимущественным поражением артерий голени и стопы. Курс лечения состоял из 10–20 внутривенных инфузий препарата. Оценку эффективности использования вазaproстана осуществляли на основании двух основных критериев: выраженности клинического улучшения и длительности сохранения позитивных изменений. Применение вазaproстана может являться диагностическим критерием для выполнения органосохраняющих операции на стопе. Если отмечается неэффективность от применения в течении 10-14 суток, то это является показанием к выполнению высокой операции. При этом использование вазaproстана не исключает применения базисной терапии при проведении повторных курсов. .

Ключевые слова:

Вазaproстан, ишемия, сахарный диабет, диабетическая стопа

Актуальность: Лечение ишемии нижних конечностей у больных с синдромом диабетической стопы продолжает оставаться одной из актуальных проблем клинической ангиологии и эндокринологии. Многим пациентам из-за сопутствующей патологии противопоказано хирургическое лечение. Возможность выполнения стандартных реконструктивных сосудистых операций у них сильно ограничена из-за тяжелого поражения дистального артериального русла. Все это обуславливает высокий процент первичных ампутаций - 20-40%. Известные методы консервативной терапии имеют низкую эффективность в купировании критической ишемии у пациентов.

Первое сообщение о результатах применения простагландина E1 (ПГЕ1) для лечения больных с тяжелыми стадиями облитерирующих заболеваний артерий конечностей были сделаны в Европе в 70-х годах. С 1979 года ПГЕ1 стал использоваться во всем мире, главным образом в Японии, как последнее средство при лечении наиболее тяжелых случаев. В настоящее время уже накоплен большой опыт лечения этих больных препаратом вазапостан. Фармакологическое действие вазапостана заключается в следующем: улучшает микроциркуляцию и периферическое кровообращение; оказывает вазопрокторное действие; воздействуя на гладкомышечную мускулатуру, оказывает сосудорасширяющее действие; уменьшает общее сосудистое сопротивление без изменения артериального давления; увеличивается сердечный выброс и частота сердечных сокращений; повышается эластичность эритроцитов; уменьшается агрегация тромбоцитов; снижается активность нейтрофилов; повышается фибринолитическая активность крови.

Материал и методы, показания: При ишемической и нейроишемической формах синдрома диабетической стопы лечение должно быть комплексным с решением ряда следующих принципиальных моментов: 1) компенсация сахарного диабета с обязательным переводом больных на инсулин; 2) купирование явлений критической ишемии нижней конечности; 3) улучшение кардиологического статуса пациента; 4) лечение и профилактика инфекционных осложнений.

Лечение пациентов должно осуществляться совместно эндокринологом, кардиологом, специалистом по гнойной хирургии, сосудистым хирургом, психологом (учитывая низкую compliance).

Показания к применению препарата Вазапостан были следующие: 1) наличие ишемии нижней конечности II, III и IV степени; 2) неэффективность стандартной дезагрегантной терапии; 3) невозможность выполнения стандартной реконструктивной сосудистой операции из-за плохих путей оттока.

Не применяли при следующих противопоказаниях: 1) перенесение больным в последние шесть месяцев инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения; 2) наличие отека легких; 3) наличие острых желудочно-кишечных эрозий или язв; 4) дисфункция печени; 5) пролиферативных ретинопатий при склонности к кровотечениям (кровоизлияниям).

Вазапостан можно вводить как внутривенно, так и внутриаартериально. При этом нет каких-либо существенных различий в его эффективности. При внутриаартериальном введении, однако, вдвое сокращается доза препарата, что имеет определенное экономическое значение. Внутривенное же введение проще технически и лучше переносится больными. Внутриаартериальное введение проводят через перфузомат и начинают с 0,5 ампулы 1 раз в день (разводят в 50 мл физиологического раствора), затем, при хорошей переносимости, дозу

можно увеличить до 1 ампулы (20 мкг альпростадил). Время введения - 60-120 минут. Внутривенно вводят либо 2 ампулы 2 раза в день, разводя их в 50-250 мл физиологического раствора, либо по 3 ампулы (60 мкг альпростадил) 1 раз в день в таком же разведении. Очень важно соблюдать продолжительность инфузии - 3 часа. При наличии нарушения функции почек нужно начинать с 1 ампулы 2 раза в день (2-х часовые инфузии), затем через несколько дней можно перейти на обычную дозу. Объем жидкости для разведения зависит от наличия и выраженности сердечной недостаточности.

Крайне важным условием обеспечения эффективности препарата является соблюдение рекомендуемой схемы его введения. Этим снижается число возможных побочных реакций, наиболее частым из которых является боль и отечность в области введения, головная боль. Эти осложнения, однако, редки и бесследно исчезают после прекращения инфузии.

Наряду с физиологическим раствором вазапостан хорошо совместим и с другими инфузионными средствами, в частности с 5% раствором глюкозы или фруктозы, раствором декстрана. Раствор необходимо готовить непосредственно перед использованием. Не рекомендуется хранить его больше 12 часов. Вазапостан может сочетаться с большинством препаратов используемых в ангиологической практике - с прямыми и непрямые антикоагулянтами. Тем не менее при одновременном приеме гипотензивных средств нужно соблюдать осторожность (в этих случаях необходимо тщательно контролировать АД и пульс). Отсутствие, как правило, гипотензивного действия вазапостана позволяет избежать развития при его применении синдрома "обкрадывания". В нашей практике, при соблюдении техники введения препарата, мы не отметили каких-либо побочных действий или осложнений.

Нами обобщены результаты лечения 52 пациентов в возрасте от 50 до 75 лет с гнойно-некротическими поражениями при нейроишемической и ишемической форме синдрома диабетической стопы (в последние годы в литературе принято объединять эти две группы), получивших лечение за последние три года в отделении гнойной хирургии МУЗ ГКБ №3 г. Астрахани: 15 мужчин (28,9%), 37 женщин (71,1%). В 6(11,5%) случаях диагностирована макроангиопатия с преимущественным поражением подвздошных и бедренных артерий, а 46 (88,5%) с преимущественным поражением артерий голени и стопы.

Степень ишемии определяли по классификации I. Fontaine — А. В. Покровского. Больные имели II-III – IV степень. Необходимо отметить, что значительная часть пациентов имела спровоцированную сердечно - сосудистую систему: в анамнезе отмечались острые нарушения мозгового кровообращения, инфаркты, гипертоническая болезнь. На этом фоне у больных проведено лечение внутривенным капельным введением вазапостана в дозе 60 мкг/сутки в 200 мл физиологического раствора со скоростью 0,96 мкг в минуту. Курс лечения состоял из 10—20 внутривенных инфузий препарата.

Результаты и обсуждение: Оценку эффективности использования вазапостана осуществляли на основании двух основных критериев: выраженности клинического улучшения и длительности сохранения позитивных изменений. В основу дифференцированной оценки результатов применения вазапостана при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей нами положена динамика основного симптома, характеризующего степень ишемии по классификации I. Fontaine (1954) и А. В. Покровского (1978). При ишемии II степени мы считаем результат "хорошим", когда наступил регресс перемежающейся хромоты и увеличилась продолжительность безболевого дистанции; "удовлетворительным" результатом считали исчезновение повышенной чувст-

Contact Information:

Проф. Кисляков Валерий Александрович

E-Mail: vakislakov@mail.ru

Таблица 2
Клинический эффект использования
вазапростана

Степень исходной ишемии	Клинический результат (абс.)			
	Хороший	Удовлетворительный	Без эффекта	Итого
II	10	5	0	15
III	12	7	2	21
IV	8	5	3	16
Всего	29	17	5	52

вительности конечности к холоду без заметного уменьшения перемежающейся хромоты; результат "без эффекта" был при отсутствии положительной динамики в течении заболевания. При ишемии III степени "хорошим" считали результат при исчезновении ишемических болей покоя; "удовлетворительным" — при уменьшении интенсивности ишемических болей покоя и возможности купирования болевого синдрома без использования наркотических анальгетиков; результат "без эффекта" констатировали, когда болевой синдром оставался на прежнем уровне. При ишемии IV степени "хорошим" считали результат при заживлении трофических язв или раны после "малой" ампутации на уровне стопы, а "удовлетворительным", когда происходила активизация репаративных процессов и частичное заживление трофических язв; результатом "без эффекта" считалась ситуация, когда прогрессировала декомпенсация кровообращения, приводящая к высокой ампутации конечности. Данные о частоте клинического улучшения при использовании вазопростана (суммарно "хороший" и "удовлетворительный" результаты) в лечении больных с нейроишемической и ишемической формой синдрома диабетической стопы представлена в табл. 2.

Как видно из представленных данных, эффективность лечения вазопростаном зависит, прежде всего, от степени исходной ишемии. При этом существенного различия в клинических результатах в зависимости от конкретной топки поражения артериального русла не отмечалось. Не менее важным критерием эффективно-

сти вазопростана мы считаем длительность сохранения полученных позитивных изменений после проведенного курса лечения. Мы анализировали, через какой период больной был госпитализирован вновь для повторного курса лечения или ампутации: через полгода (стабилизация процесса) 52 пациента, через 2—3 месяца (медленное прогрессирование) — 3 больных, в течение первого месяца (проводимое лечение неэффективно) — 4 больных. Полученные данные демонстрируют явную зависимость отдаленных результатов лечения вазопростаном от степени исходной ишемии. Наиболее благоприятные результаты характерны для ишемии II степени. Существенного отличия между ишемией III и IV степени не отмечается, что позволяет объединять данных пациентов в единую группу "критической ишемии".

Мы считаем, что весьма эффективно применение вазопростана и без комплексной базовой терапии. Более того, применение вазопростана может являться диагностическим критерием для выполнения органосохраняющих операции на стопе. Если отмечается неэффективность от применения в течении 10-14 суток, то это является показанием к выполнению высокой операции. Мы ни в коем случае не выступаем за отказ от "обычной", базисной вазоактивной терапии. Считаем, что выбор лечебной тактики должен быть индивидуальным в каждом конкретном случае, с учетом общего состояния пациента, выраженности сопутствующей патологии и распространенности поражения артериального русла. При отсутствии клинических признаков прогрессирования ишемии мы считаем необходимым проводить регулярные курсы консервативного лечения через 5—8 месяцев. При этом использование вазопростана не исключает применения базисной терапии при проведении повторных курсов.

Выводы: 1. Вазопростан является эффективным препаратом в лечении ишемии при синдроме диабетической стопы. 2. Эффективность вазопростана в курсе комплексного консервативного лечения в первую очередь зависит от степени исходной ишемии, а не от уровня поражения артериальных сосудов. 3. Оценку эффективности использования вазопростана необходимо проводить дифференцированно при исходной ишемии различных степеней, основываясь на выраженности регресса основных клинических проявлений.

V.A.Kislyakov

THE CLINICAL ANALYSIS OF APPLICATION VAZAPROSTAN IN COMPLEX TREATMENT OF THE ISCHEMIA AT THE DIABETIC FEET

The Astrachan State Medical Academy, Hospital N3, Astrachan, Russia

ABSTRACT:

Results of treatment by a vazaprostan on 52 patients in the age of from 50 till 75 years with purulent-mortality defeats are analysed at neuroischemic and the ischemic form of a diabetic feet: 15 men (28,9 %), 37 women (71,1 %). In 6 (11,5 %) cases it is diagnosed makroangiopathy with primary defeat iliac and femoral arteries, and 46 (88,5 %) with primary defeat of arteries of a shin and feet. Course of treatment consisted of 10-20 intravenous infusions of a vazaprostan. An estimation of efficiency of use vazaprostan carried out on the basis of two basic criteria: expressiveness of clinical improvement and duration of preservation of positive changes. Application vazaprostan can be diagnostic criterion for performance operations on feet. If the inefficiency from application in current of 10-14 day it is the indication to performance of high operation is marked (celebrated). Thus use vazaprostan does not exclude application of basic therapy at carrying out of repeated rate .

Keywords:

diabetic stop; conservative treatment; operative treatment