

ПРОСТАГЛАНДИН E1 ПРИ СОСУДИСТЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Константин Александрович Корейба^{1,2*}, Александр Владимирович Максимов³

¹Казанский государственный медицинский университет,

²Центр «Диабетическая стопа», г. Казань,

³Казанская государственная медицинская академия

Реферат

В статье приведены результаты применения простагландинов E1 в периоперационном периоде у больных с синдромом диабетической стопы, подвергшихся реконструктивным операциям на сосудах нижних конечностей. Эта методика позволила оптимизировать процесс лечения данной группы пациентов.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, инфузионная терапия, реконструктивные сосудистые операции.

PROSTAGLANDIN E1 IN VASCULAR RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME K.A. Koreyba^{1,2}, A.V. Maksimov³. ¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia, ²«Diabetic Foot» Center, Kazan, Russia, ³Kazan State Medical Academy. The article presents the results of using prostaglandin E1 in the perioperative period in patients with diabetic foot syndrome who underwent reconstructive operations on the blood vessels of the lower extremities. This method made it possible to optimize the treatment of this group of patient. **Keywords:** diabetic foot syndrome, infusion therapy, reconstructive vascular operations.

Синдром диабетической стопы (СДС), согласно Международному соглашению по диабетической стопе (2000), – комплекс анатомо-функциональных изменений стопы у больного сахарным диабетом, связанный с диабетической невропатией, ангиопатией, остеоартропатией, на фоне которых развиваются гнойно-некротические процессы.

С 1991 г. Всемирной Организацией Здравоохранения было принято решение выделять ишемическую, невропатическую и нейроишемическую формы СДС. При оценке степени поражения тканей стопы при СДС наиболее широко используют классификацию F.W. Wagner (1979) [1]. В 1996 г. была предложена классификация СДС Техасского университета с оценкой (1) риска возникновения язвы и ампутации, (2) степени и стадии язвенного дефекта. В 2003 г. была принята классификация язвенных дефектов у больных с СДС, названная PEDIS (perfusion – состояние кровотока, extent – размер, depth – глубина, infection – инфекция, sensation – чувствительность).

В комплексной консервативной терапии с целью коррекции нарушений свёртывающей системы и сосудорасширяющего воздействия применяют ангиопротекторы, дезагреганты и релогические препараты. Простагландин E1 (аллпростадил) расширяет артерии малого калибра, усиливает кровоток в капиллярах, повышает фибринолитическую активность крови, подавляет агрегацию и адгезию тромбоцитов и лейкоцитов. Терапия простагландинами требует мониторинга данных электрографии. При ишемической форме СДС и неэффективности консервативной терапии в первую очередь решают вопрос о необходимости и возможности реконструктивной сосудистой операции. При отсутствии противо-

показаний, наличии анатомических возможностей, ишемии II–IV степени применяют вмешательства, направленные на реваскуляризацию сосудов поражённой конечности, такие как шунтирование, установка стентов, баллонная ангиопластика.

В течение 2011 г. в Центре «Диабетическая стопа» (г. Казань) стационарно пролечены 250 больных с СДС. Из них 63 пациентам выполнены реконструктивные операции на артериях нижних конечностей (31 женщине и 32 мужчинам). Возраст составлял 69,4±1,6 лет. Перед сосудистыми операциями всем больным, помимо ультразвуковой доплерографии, проводили ангиографию артерий нижних конечностей. По виду операций все больные были разделены на две группы: 40 (63,5%) пациентам проведены открытые реконструкции (первая группа), 23 (36,5%) больным – эндоваскулярные реконструкции (вторая группа)

Результаты комплексной терапии 18 больных, которым были выполнены реконструктивные сосудистые операции с назначением аллпростадил, приведены в табл. 1. Данный препарат назначали короткими ударными курсами, вводили внутривенно в дозе 60 мг (разводя в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида) медленно капельно в течение 2–4 ч на протяжении 3–5 дней.

Исходы после сосудистой реконструкции у 45 больных, которым не проводили инфузии простагландинов E1: амбулаторное лечение после реконструкции – 13 (28,9%), стационарное лечение после реконструкции – 31 (68,9%), ампутация – 1 (2,2%).

ВЫВОД

Применение инфузий простагландина E1 (аллпростадил) в периоперационном периоде у больных с СДС, подвергшихся реконструктив-

Результаты инфузии простагландина E1 в периоперационном периоде

	Число больных	Амбулаторное лечение после реконструкции	Стационарное лечение после реконструкции
Введение алпростадилла до реконструктивной операции	10	9 (90%)	1 (10%)
Введение алпростадилла после реконструктивной операции	8	0 (0%)	8 (100%)

ным сосудистым операциям на нижних конечностях, позволило оптимизировать течение послеоперационного периода, позволяя переводить больных сразу на амбулаторное лечение и снизить расходы на лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wagner F.W. A classification and treatment program for diabetic, neuropatic and dysvascular foot problems. In: The American Academy of Ortopaedic Surgeons instructional course lectures. — St. Louis., Mosby Year Book, 1979. — P. 143-165.

УДК 612.172.2/.4: 615.032: 616.127-005.8

НО 16

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА В ОЦЕНКЕ «ПОЛЬЗА/РИСК» ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Неля Василевна Максумова*, Василь Валиевич Фаттахов, Магомед Нухкадиевич Насруллаев

Казанская государственная медицинская академия

Реферат

Для оценки правильности выбора медикаментозного лечения заболевания, безопасности внутривенных инфузий, эффективности лечения выбран метод анализа вариабельности ритма сердца с использованием комплекса диагностики функциональных изменений сердечного ритма «Кардиоанализатор “Эксперт-01”» (ЗАО «НПО “Маркиз”», Санкт-Петербург).

У больных с гиперсимпатикотонией отмечены склонность к ригидности сердечного ритма, состояние перенапряжения, истощения и срыва адаптационных систем. Лечение таких пациентов, в том числе инфузионную терапию, необходимо проводить в условиях стационара. Среди больных с гиперваготонией такие явления не зарегистрированы, хотя ригидность сердечного ритма возможна и у них. По этой причине при планировании программ реабилитации необходим индивидуальный подход.

Исходя из показателей вариабельности ритма сердца, формируются группы пациентов для амбулаторной инфузионной терапии в дневном стационаре. Больных, имеющих факторы риска развития острой сосудистой патологии, направляют на стационарное лечение.

Ключевые слова: вариабельность ритма сердца, острая сосудистая патология, нарушение сократительной функции миокарда, инфузионная терапия.

HEART RATE VARIABILITY IN THE ASSESSMENT OF «BENEFIT/RISK» OF INFUSION THERAPY
N.V. Maksumova, V.V. Fattakhov, M.N. Nasrullaev. Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia. In order to assess the correctness of choice of medicinal treatment of a disease, safety of intravenous transfusions, the effectiveness of treatment Chosen was a method for the analysis of heart rate variability using a complex of diagnostic functional changes in the cardiac rhythm, «Kardioanalizator “Expert 01”» (CJSC «NPO “Markiz”», Saint-Petersburg). In patients with hypersympathicotonia marked was a tendency for rigidity of cariac rhythm, overstress condition, depletion and collapse of the adaptive systems. Treatment of such patients, including infusion therapy, should be done in a hospital setting. Among patients with hypervagotonia such phenomena are not registered, although the rigidity of the cardiac rhythm is possible in them as well. For this reason, the planning of rehabilitation programs requires an individual approach. Based on heart rate variability indices, formed were groups of patients for outpatient infusion therapy at the ambulatory hospital. Patients with risk factors for development of acute vascular disease should be referred for inpatient treatment. **Keywords:** heart rate variability, severe vascular pathology, impaired myocardial contractility function, infusion therapy.

Один из вариантов оценки состояния вегетативного тонуса пациента — анализ вариабельности ритма сердца (ВРС). В 1977 г. М. Wolf и соавт. впервые указали на существование связи между высокой смертностью больных, перенёсших инфаркт миокарда, и сниженной у них вариабельностью синусового ритма. В 1987 г. после многоцентрового

исследования 800 больных инфарктом миокарда (Kleiger В. и соавт.) низкая ВРС была признана неблагоприятным прогностическим фактором внезапной смерти. Риск смертельного исхода значительно возрастает при сочетании низкой ВРС с желудочковой эктопической активностью, низкой фракцией выброса левого желудочка (<30%) и поздними потенциалами на электрокардиограмме высокого разрешения [1, 4, 6].

Адрес для переписки: neluska@mail.ru