

АКТОВЕГИН

ЭНЕРГИЯ ЖИЗНИ



- Улучшение микроциркуляции и метаболизма в зонах ишемии¹
- Ускорение заживления язвенных дефектов при ХВННК²
- Увеличение дистанции безболевого ходьбы у пациентов с ХИНК³
- Доказанная эффективность в лечении пациентов с диабетической полинейропатией⁴



ХВННК — хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, ХИНК — хроническая ишемия нижних конечностей.

1. Учкин И.Г. и соавт. Справочник поликлинического врача, 2014; 1:4–11. 2. Учкин И.Г. и соавт. РМЖ, 2007, 15(12):981–985. 3. Müller-Bühl U. et al. Therapiewoche 1991; 41(4):188–196. 4. Ziegler et al. Diabetes Care 2009;32:1479–1484.

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата Актовегин. Действующее вещество. Депротеинизированный гемодериват из крови телят. **Лекарственная форма.** Раствор для инъекций, таблетки, покрытые оболочкой. **Фармакотерапевтическая группа.** Средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболические процессы. Код АТС А16АХ10. **Показания.** Лечение заболеваний головного мозга сосудистого генеза, в том числе постинсультных когнитивных нарушений и деменции; лечение нарушений периферического (артериального, венозного) кровообращения и их осложнений (артериальная ангиопатия, венозная трофическая язва); лечение диабетической полинейропатии. **Противопоказания.** Гиперчувствительность к компонентам препарата. **Фармакологические свойства.** На молекулярном уровне Актовегин способствует ускорению процессов утилизации кислорода (повышает устойчивость к гипоксии) и глюкозы, тем самым способствует повышению энергетического метаболизма. У пациентов с сахарным диабетом и диабетической полинейропатией объективно уменьшаются расстройства чувствительности, улучшается психическое самочувствие. **Побочные реакции.** Препарат обычно хорошо переносится. В редких случаях могут возникать анафилактические (аллергические) реакции, анафилактический шок. **Категория отпуска.** По рецепту. **Р. с. МЗ Украины:** №UA/11232/01/01, №UA/11232/02/01. **Производитель:** ООО «Кусум Фарм», Украина (упаковка из формы in bulk фирмы-производителя «Такэда Австрия ГмбХ», Австрия). Полная информация о препарате содержится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для публикации в специализированных изданиях, для медицинских учреждений и врачей, а также для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике. Сообщить о нежелательном явлении или жалобе на качество препарата Вы можете в ООО «Такэда Украина» по тел.: (044) 390 0909.



Хирургические и консервативные аспекты терапии синдрома диабетической стопы

Одним из наиболее грозных осложнений сахарного диабета (СД) считают синдром диабетической стопы (СДС). Сегодня СДС – ведущая причина ампутаций во всем мире. Данная патология зачастую очень тяжело поддается коррекции, поскольку, помимо существенного снижения артериального кровотока нижней конечности, в большинстве случаев имеет место и нарушение иннервации тканей. Ситуация усугубляется развитием гнойно-некротических изменений тканей стопы с наличием выраженного инфекционного процесса. В таком случае выполнение реваскуляризирующих операций не всегда обеспечивает желаемый результат. Кроме того, всегда необходимо учитывать этапность проведения таких вмешательств в комплексной программе терапевтических мероприятий. Об особенностях коррекции реперфузионных осложнений в хирургии диабетической стопы в рамках VIII Международной научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения» рассказал главный научный сотрудник отдела эндокринной хирургии, заведующий отделением диабетической стопы ГУ «Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины», профессор, доктор медицинских наук Николай Васильевич Свиридов.



Н.В. Свиридов

Прежде всего докладчик подчеркнул, что заболеваемость СД стремительно и неуклонно возрастает. По данным экспертов Международной диабетической федерации (IDF), в 2015 г. в мире было зарегистрировано 415 млн больных СД, а к 2040 г. ожидается увеличение их количества до 642 млн человек. С учетом того, что более половины пациентов с СД 2 типа не знают о наличии у них данного заболевания, его реальная распространенность вдвое выше. С ростом заболеваемости увеличивается и количество диабетических осложнений, которые в настоящее время занимают третье место среди причин инвалидности и смертности. Известно, что СД является ведущей причиной слепоты, ампутации нижних конечностей и почечной недостаточности. Более половины всех ампутаций связано с осложнениями СД.

Наиболее частой причиной обращений пациентов с СД к хирургу является СДС – наличие инфекции, язвенного дефекта и/или разрушения глубоких тканей стопы. К его развитию приводят диабетическая ангиопатия и диабетическая нейропатия нижних конечностей различной степени выраженности, сопровождающиеся нарушением кровоснабжения и нервной регуляции тканей. Указанные осложнения могут прогрессировать многие годы. К сожалению, в поле зрения хирурга такие пациенты попадают преимущественно на поздних стадиях СДС, поэтому сохранить функцию опоры нижней конечности удается не всегда.

Для выбора тактики лечения пациентов с СДС важно определить, какой из компонентов (нейропатический или ишемический) преобладает в структуре поражения.

Согласно данным Международной рабочей группы по диабетической стопе (IWGDF) выделяют 3 клинические формы СДС: нейропатическую, ишемическую и нейроишемическую (смешанную). Нейропатическая форма является наиболее распространенной – на нее приходится около 60% всех случаев СДС. На ишемическую и смешанную формы приходится 10 и 30% случаев соответственно. Нейропатическая форма СДС характеризуется наличием длительного диабетического анамнеза и других поздних осложнений СД, отсутствием болевой формы СДС, отсутствием болевой формы СДС, обычной окраской и температурой кожных покровов, сохранением пульсации на артериях стоп, но снижением всех видов периферической чувствительности. При ишемической форме пациентов беспокоит выраженный болевой синдром, отмечается бледность кожных покровов со снижением их температуры, резкое снижение пульсации

на артериях стоп, при этом чувствительность сохранена.

Пациенты с ишемической формой поражения стопы подлежат реваскуляризирующим оперативным вмешательствам. Большинству из них удается восстановить кровоток, устранить язвенный дефект и сохранить опороспособность конечности. Лица со смешанной формой СДС считаются наиболее сложной группой пациентов и в плане диагностики, и лечения.

Для определения тяжести и глубины гнойно-некротического поражения мягких тканей используют классификацию F.W. Wagner (1979), включающую 6 степеней тяжести поражения стопы:

- 0 – отсутствие язвы;
- 1 – поверхностная язва;
- 2 – глубокая язва без признаков острой инфекции;
- 3 – глубокая язва с поражением мышц, осложненная остеомиелитом, абсцессами, флегмонами;
- 4 – гангрена пальца или переднего отдела стопы;
- 5 – гангрена всей стопы.

Традиционно для оценки степени ишемии нижних конечностей при облитерирующих заболеваниях сосудов используют классификацию Фонтейна. Однако данную классификацию, основанную на субъективных ощущениях пациента, нельзя применять при СДС из-за наличия диабетической нейропатии. Вследствие нее из-за потери чувствительности может развиться тяжелая периферическая ишемия без клинических проявлений либо, наоборот, – ложное повышение болезненности из-за болевой формы нейропатии. Важно понимать, что на фоне диабетической полинейропатии происходит сглаживание классических проявлений хронической критической ишемии нижних конечностей.

Фактора субъективности лишена классификация PEDIS, принятая IWGDF. Она охватывает все патогенетические звенья СДС и в настоящее время широко используется во всем мире. В данной классификации каждая буква с индексом характеризует степень выраженности отдельных компонентов патологии:

- P** (perfusion) – изменение кровотока нижней конечности;
- E** (extent/size) – размер дефекта тканей (язвы) стопы;
- D** (depth/tissue loss) – глубина поражения тканей стопы;
- I** (infection) – степень выраженности инфекционного процесса;
- S** (sensation) – нарушение чувствительности.

Первый показатель в классификации PEDIS – перфузия нижних конечностей

(P) – оценивается по стадиям, предложенным рабочей группой TASK.

I стадия – отсутствие клинических проявлений в комбинации с одним из критериев:

- пальпаторно определяется пульсация на дорсальной артерии стопы или задней тиббиальной артерии;
- лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ – отношение систолического артериального давления (САД) на тиббиальных артериях на уровне средней трети голени к САД на плечевой артерии) – 0,9-1,1;

II стадия – симптомы или признаки периферической ангиопатии, но без критической ишемии нижних конечностей:

- перемежающаяся хромота;
- ЛПИ <0,9, но САД на голени >50 мм рт. ст.;
- индекс соотношения САД на плече и большом пальце стопы <0,6, при этом САД на большом пальце стопы >30 мм рт. ст.;
- $tcPO_2$ – 30-60 мм рт. ст.;
- другие симптомы или результаты неинвазивных методов исследования, которые указывают на периферическую ангиопатию (но не критическую ишемию нижних конечностей).

III стадия – критическая ишемия нижних конечностей:

- САД на голени <50 мм рт. ст.;
- САД на большом пальце стопы <30 мм рт. ст.;
- $tcPO_2$ – <30 мм рт. ст.

У пациентов, которым планируется проведение реваскуляризации, чрезвычайно важно определить степень снижения кровотока. Сделать это не всегда просто, особенно у лиц с нейроишемической формой СДС. На фоне периферической полинейропатии часто происходит артериоловеноулярное шунтирование при сохраненной проходимости артериального русла. Вследствие артериоловенозного сброса возникает ишемия тех участков стопы, которые не получают достаточного кровоснабжения, с последующим развитием отека тканей и компартмент-синдрома с вторичным сдавлением сосудов на уровне пальцевых артерий. Ситуацию усугубляет состояние гиперкоагуляции, которое часто имеет место при СД.

Игнорирование или незнание этих фактов может привести к выполнению необоснованной ампутации либо неверному выбору объема вмешательства.

Основной целью хирургических вмешательств при гнойно-некротических

процессах на стопе является сохранение опорной функции нижней конечности. По возможности хирургический этап должен выполняться на фоне полного обследования пациента в сочетании с адекватной предоперационной подготовкой. Оптимальный вариант – диагностику и лечение СДС проводят несколько специалистов: эндокринолог, кардиолог, невролог, офтальмолог, эндоваскулярный сосудистый хирург, общий хирург, ортопед-подолог.

Чтобы исключить риск ишемии миокарда во время проведения оперативного вмешательства, важно оценить состояние коронарного кровотока (как правило, проводят коронарографию). В случае выраженного атеросклероза коронарных сосудов сначала проводят их стентирование и уже на втором этапе – реваскуляризацию периферических артерий.

При первичном осмотре пациента важно оценить характер деструктивных изменений на стопе: влажный или сухой тип гангрены, ее распространенность, возраст пациента, наличие акральных некрозов. Эти данные позволяют определить, что выполнять первично – санирующую операцию на стопе, реваскуляризацию (и в какие сроки) или высокую ампутацию.

Если больные перед реваскуляризацией регулярно принимали метформин, препарат необходимо отменить за 2-3 дня до проведения эндоваскулярного вмешательства.

Рентгенэндоваскулярные вмешательства проводят под защитой ингибиторов протонной помпы и антацидов, а у лиц старше 60 лет или с язвенным анамнезом обязательно выполняют фиброгастродуоденоскопию. Такие действия необходимы для профилактики желудочно-кишечных кровотечений, которые могут развиться на фоне применения гепарина и других антикоагулянтов в периоперационном периоде. Следует отметить, что профилактика тромботических осложнений с помощью низкомолекулярных гепаринов (НМГ) является обязательной, поскольку у пациентов с СД исходно повышена свертываемость крови. Из НМГ предпочтение отдают бемипарину, поскольку риск геморрагических осложнений при использовании этого препарата минимален.

После реваскуляризации назначают двойную антикоагулянтную терапию (клопидогрель + ацетилсалициловая кислота) с последующим переходом на непрямые антикоагулянты.

Далее докладчик подробно рассказал о последовательной тактике комплексного лечения больных с СДС, разработанной специалистами отделения

Продолжение на стр. 16.

