

● ЭСПА-ЛИПОН ● ЭСПА-ЛИПОН ● ЭСПА-ЛИПОН ● АРУТИМОЛ ● АРУТИМОЛ ●

Н Р О К

Синдром диабетической стопы является сложным комплексом анатомо-функциональных изменений, который встречается в различной форме у 30-80% больных сахарным диабетом. Ампутации нижних конечностей у данной группы пациентов производятся в 15 раз чаще, чем у остального населения. По данным ряда авторов от 50 до 70% от общего количества всех выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных сахарным диабетом. В 1997 году в России было произведено около 12.000 ампутаций нижних конечностей на различных уровнях у больных сахарным диабетом.

В патогенезе развития синдрома диабетической стопы ведущее место занимают 3 основных фактора:

- нейропатия;
- поражение артерий нижних конечностей;
- инфекция.

Последний фактор, как правило, является сопутствующим по отношению к двум первым. Исходя из преобладания нейропатических изменений или нарушений периферического кровотока различают две основные клинические формы синдрома диабетической стопы:

- нейропатическая;
 - ишемическая;
 - смешанная (нейро-ишемическая).
- Нейропатическая форма синдрома диабетической стопы.

Нейропатический дефект возникает на участках стопы, испытывающих наибольшее давление, особенно часто на плантарной поверхности и в межпальцевых промежутках. Длительно протекающая сенсомоторная нейропатия приводит к деформации стопы, что способствует перераспределению и чрезмерному уве-

личению давления на ее отдельные участки, например, в области проекции метатарзальных костей. В этих местах отмечается утолщение кожи, формирование гиперкератозов, имеющих достаточно высокую плотность. Постоянное давление на эти

ПРИМЕНЕНИЕ ЭСПА-ЛИПОНА (L-липоевой кислоты в лечение диабетической полинейропатии)

участки приводит к воспалительному аутолизу подлежащих мягких тканей, формированию язвенного дефекта. При этом пациент может не замечать происходящих изменений из-за сниженной болевой чувствительности. Очень часто формирование язвенного поражения происходит по причине неправильного подбора обуви. Снижение чувствительности не позволяет пациенту своевременно обнаружить неудобство новой обуви и, как следствие этого, приводит к образованию потертостей, язв.

Ноги пациента могут подвергаться воздействию различных повреждающих факторов, из-за повышения порога чувствительности больные могут не почувствовать воздействие высокой температуры, например, ожог тыльной поверхности стопы при приеме солнечных ванн, или плантарной поверхности стопы при хождении босиком по горячему песку. Из химических воздействий следует отметить повреждающее действие кератолитических мазей, имеющих в своем составе салициловую кислоту, которая может привести к образованию язвы.

Как правило, диабетическая нейропатия рассматривается как поздний синдром

в течении заболевания; однако симптомы нейропатии могут быть выявлены уже на ранней стадии сахарного диабета, они требуют самого серьезного внимания и раннего вмешательства; повреждение нервной системы, лежащее в основе развития по-

линейропатии, при отсутствии лечения связано с необратимыми изменениями в ней и в значительной степени влияет на качество жизни больного. Ранняя диагностика и раннее лечение могут кардинально улучшить прогноз.

Типичными жалобами являются укачивания на "бегание мурашек" по голеням и стопам, "жжение в подошвах", ночные судороги мышц, дизестезии в виде чувства "жжения в стопах" по ночам.

Основной причиной всех проявлений периферической полинейропатии является хроническая гипергликемия.

В лечении диабетической нейропатии важнейшее значение имеет оптимальный гликемический контроль. К первому этапу терапии, естественно, относится снижение веса тела, в случае его избытка, физические упражнения, поддержание нормального артериального давления и многое другое. Патогенетическая терапия предполагает назначение нейротропных витаминов и, при отсутствии эффекта, парентеральное введение высоких доз L-липоевой кислоты (Эспа-липона) не менее 3-х недель с переходом на пероральный

прием не менее 600 мг L-липоевой кислоты в сутки. Будучи антиоксидантом ЭСПА-ЛИПОН также предохраняет организм от повреждающего действия свободных радикалов; благодаря уменьшению образования холестерина ЭСПА-ЛИПОН является и средством профилактики гиперхолестеринемии.

В эндокринологическом отделении Херсонской областной больницы препараты L-липоевой кислоты (ЭСПА-ЛИПОН) применяются 1,5 года. Было пролечено 32

человека с диабетической полинейропатией. Диагноз основывался на тщательно собранном анамнезе, клиническом неврологическом обследовании и, при необходимости, на данных электрофизиологического исследования. Эффективность и переносимость терапии ЭСПА-ЛИПОНОМ были оценены как "очень хорошие" и "хорошие". У 92% пациентов с выраженной дизестезией отмечено уменьшение проявлений дизестезии путем сравнения состояния до и после лечения.

На основании полученного опыта рекомендуемая продолжительность начальной инфузионной терапии составляет от двух до четырех недель (от 300 до 600 мг L-липоевой кислоты в сутки), с последующим переходом на пероральный прием от одной до трех таблеток ЭСПА-ЛИПОНА 200 либо одной таблетки ЭСПА-ЛИПОН - 600 в течение 1 месяца.

По окончании терапии в течение 6 месяцев следует делать перерыв.

И.А. БЕЛОРУСОВА,
главный эндокринолог
Управления здравоохранения
Херсонской области,
зав. отделением областной больницы.