

# ЭСПА-ЛИПОН

## В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ

*Т.Иванченко, врач-эндокринолог  
А.Марченко, врач-анестезиолог-детоксиколог*

Сахарный диабет известен человечеству очень давно: еще по документам времен античности. В наши дни, когда население земного шара пожинает плоды своей бурной деятельности в виде экологических и стихийных бедствий, войн, стрессов, частота заболевания сахарным диабетом возрастает. Процент больных в общей массе населения растет из года в год. Это позволило Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) в 1992 году определить сахарный диабет как эпидемию неинфекционного заболевания.

Сахарный диабет протекает с различными осложнениями. Одно из наиболее грозных – это поражение нижних конечностей. В настоящее время проблемы, связанные с так называемым “синдромом диабетической стопы”, остаются наиболее частой причиной нетравматических ампутаций конечности, лишения трудоспособности, требуют больших материальных затрат для лечения и реабилитации пациентов. Все проблемы, связанные с сахарным диабетом, можно по-настоящему решать только совместными усилиями больного и врача. Вот почему так важно, чтобы больной-диабетик знал хотя бы самые главные моменты о своей болезни и осознанно выполнял рекомендации лечащего врача. Только тогда удастся предотвратить быстрое развитие многих осложнений сахарного диабета, которые могут привести к слепоте, гангрене, трофическим язвам и т. д. Нельзя унывать, нужно следить за достижениями медицинской науки и верить, что прогресс науки рано или поздно приведет к избавлению от многих осложнений сахарного диабета.

**Что же такое трофическая язва?** Ее можно определить как дефект покровных тканей (кожа, слизистые) с низкой склонностью к заживлению.

**Каковы причины возникновения трофических язв при синдроме диабетической стопы?** Синдром диабетической стопы можно разделить на три вида. Наиболее распространенной формой (до 70% случаев) признана нейропатическая форма. Две другие формы, ишемическая и смешанная, встречаются гораздо реже.

В основе нейропатической инфицированной формы диабетической стопы лежит развитие диабетической полинейропатии, поражение нервной системы при сахарном диабете. Полинейропатия протекает с поражением различных нервных волокон (двигательных, вегетативных и чувствительных). Это поражение приводит к снижению силы и количества нервных импульсов, поступающих к мышцам, в частности мышцам ног, без которых ни одна мышца не может ни полноценно работать, ни получать нормальное питание. В результате такого нарушения (это называется нарушением иннервации) происходит уменьшение силы мышц и их постепенная атрофия (уменьшение массы и объема). Если говорить конкретно о мышцах стопы, то нейропатический процесс приводит к атрофии внутренних мышц стопы с последующей ее деформацией. Деформированная стопа вследствие чрезмерного сдавливания обувью, а также неправильной походки приводит к образованию мозолей, а в точках наибольшей нагрузки – к трофическим язвам. Типичные повреждения образуются на подошвенной и боковых поверхностях стопы и на тыльной поверхности пальцев. На стопе, в зонах повышенного механического давления и постоянного трения, образуются мозоли. Кожа в зоне мозолей имеет более пористую структуру, в этой зоне значительно снижена интенсивность кровотока, поэтому кожа в значительной степени более инфицирована, а частые микротравмы приводят к образованию трофических язв или к

формированию глубоких абсцессов и флегмон. Наличие деформированных ногтевых пластинок, травмирующих край ногтевого ложа и околоногтевой валик, а также неаккуратное их обрезание приводят к повреждению кожи, что создает благоприятные условия для развития воспалительного процесса и быстрого распространения инфекции. Присоединение инфекции на фоне имеющихся деформаций стопы, микротравм или трофических язв является типичной чертой нейропатической инфицированной формы диабетической стопы.

При полинейропатии наблюдаются разнообразные симптомы, которые могут проявляться по отдельности или все вместе:

- сильные боли в голених (в состоянии покоя, ночью);
- потеря чувствительности;
- жжение, неприятные ощущения, возникающие при прикосновении ткани одежды и постельного белья (проявляются чаще всего ночью);
- ощущение холода в ногах;
- внезапные сильные онемения стоп;
- атрофия мышц;
- плохое заживление царапин, ранок (месяц-два вместо одной-двух недель), причем после заживления остаются не исчезающие темные следы.

Дальнейшее развитие болезни часто осложняет атеросклероз нижних конечностей. К наиболее ранним его проявлениям относятся боли в голених при ходьбе, в результате чего у больного вырабатывается своеобразная походка – “перемежающаяся хромота”.

Потеря чувствительности стоп опасна тем, что

различные мелкие повреждения стопы могут долго оставаться незамеченными больными. Это приводит к более сильному инфицированию ранок, ссадин, расчесов, а в результате – к появлению незаживающих язв.

### Какие же причины низкой заживляемости трофических язв при сахарном диабете?

Кратко можно отметить:

1. Нарушение венозного кровообращения нижних конечностей.
2. Ухудшение артериального кровообращения (макро- и микро- ангиопатии).
3. Нарушение иннервации конечностей вследствие диабетической полинейропатии.
4. Нарушение лимфообращения.
5. Иммунопатия, снижение защитных сил организма.

Плохое заживление ранок и появление язв обусловлено снижением восстановительной способности клеток, что, в свою очередь, является прямым следствием ангиопатии и нейропатии.

За ранками и любыми образованиями на ногах и стопе необходимо следить с особой тщательностью:



во-первых, следует беречь ноги, не допуская ссадин или расчесов (например, из-за зуда или комариных укусов);

во-вторых, если ранка все-таки появилась (тем более если она грозит превратиться в язву), нужно обратиться к лечащему врачу или, если это возможно – к подиатру (подологу). Такая ранка грозит гангреной, и ее необходимо залечить. К этому всегда нужно относиться ответственно и серьезно.

Современная медицина располагает большим арсеналом специальных препаратов и методов лечения трофических язв. Но несмотря на то, что лечением занимается широкая группа специалистов (эндокринологи, хирурги гнойного отделения, сосудистые хирурги, терапевты, анестезиологи-реаниматологи, подиатры), наиболее важным членом этой команды является сам пациент, который должен быть убежден в том, что регулярный уход за стопой позволяет не допускать развития язв и других катастрофических последствий, приводящих к гангрене и ампутациям. Лучше не доводить дело до операции.

**Консервативное лечение должно быть направлено на:**

- компенсацию сахарного диабета;
- патогенетическое лечение (т.е. устранение основных причин развития синдрома диабетической стопы);
- антибактериальную терапию с учетом чувствительности микрофлоры;

– устранение явлений критической ишемии стопы;

– местное лечение диабетической стопы, обработка ран и язв;

– симптоматическое лечение с учетом сопутствующих заболеваний.

Для лечения используют такие группы лекарственных средств, как ангиопротекторы, антиагреганты, анальгетики, витамины группы В, тканевые аналептики, антиоксиданты. Однако можно утверждать, что единственным патогенетическим средством, клиническая эффективность которого убедительно доказана многочисленными контролируруемыми исследованиями во многих странах мира и Европы, является альфа-липоевая кислота. Ведущие клиники Украины и России также подтвердили прекрасный эффект альфа-липоевой кислоты (препарат Эспа-липон), накопив большой опыт ее успешного применения. Стандартной схемой назначения препаратов альфа-липоевой кислоты, общепринятой в Европе, является следующая: лечение диабетической полинейропатии начинают с внутривенных инъекций в дозе 600 мг/сутки (10-20 дней) с последующим переходом к поддерживающей терапии таблетками по 600 мг/сутки (1-2 месяца). Эта схема была разработана и доказана, в основном, для лечения диабетической полинейропатии средних



степеней тяжести. Наш опыт применения нескольких препаратов альфа-липоевой кислоты привел к выводу о том, что использование стандартной схемы для лечения больных с тяжелыми формами болезни, сопровождающимися практически полной потерей чувствительности и язвами, не во всех случаях приносит быстрый и полный эффект.

Целью нашего исследования стало:

- применение препарата Эспа-липон для лечения именно тяжелых форм синдрома диабетической стопы;

- подбор более высоких доз альфа-липоевой кислоты для усиления эффективности лечения;

- изучение различных способов введения препарата.

Нами было проведено лечение Эспа-липоном 27 больных с наличием трофических язв стадии 0-2 по классификации Вагнера. При необходимости лечение проводили на фоне традиционной антибиотикотерапии. Все больные после первой стадии лечения препаратом переходили на прием таблеток в дозе 600 мг 1 раз в сутки. Больные были разделены на две группы в зависимости от того, каким образом вводился препарат на первой стадии лечения (вторая стадия для обеих групп была одинакова: прием таблеток в дозе 600 мг 1 раз в сутки 1-2 месяца).

Первую группу (15 человек) составили больные, которым Эспа-липон вводился внутривенно капельно по 900 мг в течение 15 дней. Из 15 пациентов с наличием трофических язв у 6 человек язвы зажили полностью, у 9 – значительно сократились в размерах и уменьшились по глубине.

Во вторую группу (12 человек) были включены больные, которые получали Эспа-липон внутриаартериально. Внутриаартериальное введение препарата проводилось с помощью прибора "Линеомат" в специализированном отделении детоксикации под контролем опытного врача-детоксиколога и специально обученного персонала.

При внутриаартериальном введении для достижения хорошей эффективности достаточно использовать более низкие дозировки препарата Эспа-липон, чем при внутривенном введении, кроме того, сокращалось

время лечения, что приводило к снижению его стоимости на фоне усиления клинического эффекта. Схема лечения: 600 мг препарата в сутки внутриаартериально в течение 10 дней, а затем – переход на прием препарата в виде таблеток. Из 12 пациентов 9 человек имели трофические язвы, у 3 пациентов отсутствовала вибрационная чувствительность без наличия язв. После 10 инъекций у 5 человек язвы зажили полностью, из них у 1 пациента язва зажила после 5 инъекций. У 4 человек язвы сократились в размерах и глубине. У 3 пациентов с отсутствием вибрационной чувствительности в исходном состоянии по окончании внутриаартериального курса лечения вибрационная чувствительность восстановилась до 3-5 баллов.

В обеих группах больных показанием к окончанию курса лечения считалось заживление трофической язвы (уменьшение в размерах, по глубине распространения и образованию свежих грануляций) или восстановление вибрационной чувствительности. Все эти улучшения объективно подтверждались также уменьшением болевых ощущений в ногах, улучшением температурной и тактильной чувствительности.

**В результате проведенных исследований мы пришли к следующим выводам:**

1. Эспа-липон является эффективным средством лечения диабетической полинейропатии различных степеней тяжести. По нашему мнению, этот препарат достоин того, чтобы занять центральное место в комплексном лечении больных с тяжелыми формами синдрома диабетической стопы.

2. В случае лечения больных с трофическими язвами повышенные суточные дозы альфа-липоевой кислоты приводят к усилению эффективности лечения, при этом снижая длительность курса, необходимого для заживления ран.

- 3) Внутриаартериальное введение препарата Эспа-липон открывает уникальные возможности для достижения отличного результата при использовании для этого более низких доз.

**Мы, также как и наши пациенты, очень довольны результатами работы – они вселяют надежду и оптимизм.**