

болдырмауды қамтамасыз етеді, жамбас буынындағы қан айналымын жақсартады, жамбас сүйегі бастарының асептикалық некрозы мен контрактураның дамуын болдырмайды.

SUMMARY**APPARATUS FOR CLOSED REDUCTION CONGENITAL DISLOCATION OF THE HIP IN CHILDREN****K.Y. Ospangaliyev***Regional Child Health Clinic, Taldykorgan c.*

Apparatus provides removing of reflex myospasm occurring during simultaneous extension and abduction of hips; movement: extension – flexion, abduction – adduction of the hip within 10-15, improvement of blood circulation within hip joint prevents development of contracture, ankylosis and avascular necrosis of whirlbone.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ****Б.Д. БАБАДЖАНОВ, Б.Б. ЖАНАБАЕВ***Республиканский центр гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета (РЦГХ и ХОСД МЗ РУз),**г. Ташкент, Узбекистан*

В настоящее время сахарный диабет является одним из самых распространенных заболеваний, являющихся наиболее частыми причинами инвалидности и летальности [1, 2].

Одним из тяжелейших осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы, приводящий к развитию диабетической гангрены нижних конечностей у 6-15% больных [1].

Анализ литературных данных показал, что ранее под профилактикой синдрома «диабетической стопы» понимали широкое применение ангиопротекторов, так как считалось, что главным патогенетическим фактором в развитии этой патологии является диабетическая ангиопатия сосудов нижней конечности. Однако, широкие эпидемиологические и клинические исследования последних 15 лет показали, что ангиопатия не является ведущим фактором в развитии диабетических язв стоп [2]. В настоящее время главная роль в данном процессе отводится диабетической сенсомоторной полинейропатии и связанным с ней снижением защитной чувствительности стоп и специфическими изменениями её формы, статической и динамической функций [2].

В США около 50% нетравматических ампутаций конечности связано с диабетом, при этом диабетическая нейропатия в 87% случаев играла решающее значение [1].

Нейропатия повышает риск ампутаций в 1,7 раза и в 12 раз при наличии деформации стопы, что является следствием нейропатии [3].

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение эффективности коррекции нейропатии за счет включения препаратов α -липоевой кислоты – Тиогаммы в комплекс лечебных мероприятий при нейротрофических язвах стопы у больных сахарным диабетом.

Основные механизмы патогенетического действия этого препарата включают: подавление образования свободных радикалов; улучшение энергетического метаболизма нейронов; восстановление окисленных антиоксидантных систем организма, в частности витамина Е; улучшение нарушенного эндоневрального кровотока и, как результат, увеличение проводимости по сенсорным и моторным нервным волокнам [4].

В настоящее время выпускаются несколько препаратов, содержащих различные соли α -липоевой кислоты (этилендиаминовую, трометамоловую, меглюминавую). При введении меглюминавой соли α -липоевой кислоты –

препарата Тиогамма («ВёрвагФарма», Германия) частота побочных эффектов ниже, чем при инфузии других солей α -липоевой кислоты [K. Lehman, 2000]. Кроме этого, из всех препаратов только Тиогамма выпускается во флаконах, защищенных от света. Каждый флакон содержит 600 мг меглюминавой соли α -липоевой кислоты в виде готового раствора, не требующего дополнительного разведения. Инфузии проводятся непосредственно из флаконов, что существенно повышает безопасность проводимой терапии.

Материал и методы

Анализу были подвергнуты результаты лечения 228 больных с синдромом диабетической стопы, которые находились на стационарном лечении в РЦГХ и ХОСД МЗ РУз. В зависимости от примененных методов лечения они условно были разделены на 2 группы:

Контрольную группу составили 92 пациента, которым проводилось комплексное лечение без включения препаратов α -липоевой кислоты – Тиогаммы. Основную группу – 136 больных, которым в комплекс лечебных мероприятий был включен препараты α -липоевой кислоты – Тиогамма.

Средний возраст пациентов в контрольной группе составил $57,5 \pm 1,5$, а в основной $58,2 \pm 1,7$ года. Из 136 больных в основной группе женщин было 54 (39,7%), мужчин – 82 (60,2%). В контрольной группе эти же показатели выглядели соответственно 28 (30,4%) и 64 (69,6%). Для оценки эффективности лечения проводилось клиническое исследование с использованием диагностических методов.

Важная роль в оценке состояния стопы отводилась тактильной, температурной, болевой и вибрационной чувствительности. Тактильную чувствительность определяли при помощи 10 г (5,07 Semmes-Weinstein, Германия) монофиламента.

Болевая чувствительность исследовалась при помощи неврологической ручки или тупой иглы.

Вибрационную чувствительность определяли при помощи градуированного неврологического камертона (Thio-Vib., Германия) с частотой 128 Гц на уровне дистальной головки 1 плюсневой кости и внутренней лодыжке.

Температурную чувствительность оценивали при помощи термического наконечника (Thip-term), снабженного металлической (холод) и резиновой (тепло) частями (Германия). Степень тяжести нейропатии оценивали по

Таблица 1

Результаты неврологического исследования с расчетом шкалы НДС в динамике лечения

Стадии нейропатии	Количества баллов по НДС	Контрольная группа		Основная группа	
		при поступлении	после лечения	при поступлении	после лечения
I	Начальная стадия (0-1)	12 (13,04%)	10 (14,08%)	17 (12,4%)	23 (19,32%)
II	Умеренно выраженная (2-4)	19 (20,6%)	16 (22,5%)	25 (18,4%)	34 (28,6%)
III	Выраженная стадия (>5)	61 (66,3%)	45 (63,4%)	94 (69,%)	62 (52,1%)
Всего		92 (100%)	71 (100%)	136 (100%)	119 (100%)

шкале, разработанной в Московском центре «Диабетическая стопа».

Нейропатический дисфункциональный счет (НДС) от 0 до 1 балла свидетельствовал об отсутствии или наличии у пациента начальных признаков нейропатии. НДС от 2 до 4 баллов соответствовал умеренно выраженной нейропатии, а НДС >5 баллов – выраженной нейропатии.

У 136 больных в основной группе с различными степенями нейропатии применение Тиогаммы проводилось по следующей схеме.

При выраженных симптомах полинейропатии препарат Тиогамма первоначально назначают в/в в дозе 600 мг ежедневно в течение 2–3 недель. Препарат вводят в/в капельно в течение 20–30 минут. Так как Тиогамма – фоточувствительное соединение, разведенный препарат должен быть защищен от света в процессе инфузии. После внутривенного введения больного переводят на пероральный прием Тиогаммы (в течение 2–3 месяцев) в суточной дозе 600 мг. Таблетки принимают за 30–40 минут до завтрака.

Всем больным при поступлении и в процессе лечения проводилось неврологическое исследование с расчетом шкалы «нейропатического дисфункционального счета (НДС)».

Наряду с неврологическими тестами нами был изучен характер микрофлоры из раневого экссудата.

Изучение характера микрофлоры на пораженной конечности позволило установить, что содержание аэробов в день поступления составлял 10^6 – 10^7 КОЕ/мл. При этом спектр выделенных микроорганизмов был представлен факультативной кокковой микрофлорой, энтеробактериями, неферментирующими бактериями, включая синегнойную палочку, а также ассоциациями этих микроорганизмов.

Анализ результатов лечения с расчетом НДС показал, что в контрольной группе при поступлении больных с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне сахарного диабета в начальной и второй стадиях нейропатии было 31 (33,69%). После применения традиционного лечения отмечено незначительное улучшение результатов лечения до 26 (36,6%).

В основной группе больных, благодаря применению препарата Тиогамма в комплексном лечении, к моменту выписки из стационара удалось снизить количество больных с III стадией нейропатии с 69,0% до 52,1% за счет увеличения пациентов с I стадией нейропатии с 12,4% до 19,32% табл. 1.

Сравнительная оценка результатов лечения показала, что ампутация на уровне стопы произведена в контрольной группе у 17 больных (18,5%), а в основной группе – у 29 (21,3%), экзартикуляция пальцев стопы соответственно в 42 (45,7%) и 65 (47,8%) случаях. Ампутация на уровне бедра в контрольной группе произведена у 12 больных (13,04%), а в основной группе у 12 (8,8%).

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения в контрольной и основной группе показал, что

Таблица 2

Сравнительный анализ ближайших результатов эффективности лечения контрольной и основной групп больных с ДС

Объем оперативного вмешательства	Контрольная группа (92)	Основная группа (136)
Без операции	15 (16,3%)	26 (19,1%)
Экзартикуляция пальцев стоп (некрэктомия)	42 (45,7%)	65 (47,8%)
Ампутация стопы по Шарпу	17 (18,5%)	29 (21,3%)
Ампутация бедра	12 (13,04%)	12 (8,8%)
Летальность	6 (6,5%)	4 (2,94%)

включение в комплекс лечебных мероприятий синдрома диабетической стопы препарата Тиогамма у 136 больных позволило сократить частоту высоких ампутаций на уровне бедра с 13,04.5% до 8,8% за счет увеличения частоты оперативных вмешательств, позволяющих сохранить опорную функцию нижней конечности с 80,7 до 88,2%.

Выводы

Выраженность нейропатии должна учитываться при проведении лечебных мероприятий у больных с диабетической стопой, и для ее коррекции необходимо включать препарат Тиогамму.

Включение препарата Тиогамма в комплекс лечебных мероприятий у больных с синдромом диабетической стопы повысило частоту сохранения опорной функции нижних конечностей с 80,7% до 88,2%, и за счет этого существенно улучшилось качество жизни этих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аметов А.С., Строков П.А. Диабетическая полинейропатия: настоящее и будущее// Российские медицинские вести., 2001. – Т. 4, №1. – С. 35-40; 2. Гурьева И.В., Кузина И.В., Воронин А.В., Комелягина Е.Ю. Мамонтова. Синдром диабетической стопы (методические рекомендации). Москва, 2006, – 40 с.; 3. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы: клиника, диагностика, лечение и профилактика. Москва. – 1998. – 138 с.; 4. Бегма А.Н., Бегма И.В. Современные взгляды на метаболическую терапию диабетической полинейропатии. М: «Фарматека», №12, 2005.

ТҶҶҶҶҶҶҶҶ**ДИАБЕТТИК СТОПА СИНДРОМЫ БАР СЫРҚАТТАРДА НЕЙРОПАТИЯНЫ ЕМДЕУ ТИМДІЛІГІН БАҒАЛАУ**

Б.Д. Бабаджанов, Б.Б. Жанабаев

Республикалық іріңді хирургия және қант диабетінің хирургиялық асқынулар орталығы

(РЦГХ и ХОСД МЗ РУз), Ташкент қ., Өзбекстан

Диабеттік стопа синдромы бар 228 ауруды емдеу нәтижелеріне талдау жасалды.

ҚҚСТ-ты есепке алғанда емдеу нәтижелерін талдау сырқаттардың негізгі тобында кешенді емдеуде Тиогамма препаратын қолданудың арқасында, стационардан шығарар кезде нейропатияның I сатысындағы пациенттер санын 12,4%-дан 19,32%-ға дейін ұлғайту есебінен нейропатияның II сатысымен ауыратындар санын 69,0%-дан 52,1%-ға дейін төмендетудің сәті түсті.

Бақылау және негізгі топта емдеу нәтижелерін салыстырмалы талдау, емдік іс-шаралар кешеніне Тиогамма препаратының диабеттік стопасы синдромын қосу 136 ауруда аяқтың тірек функциясын 80,7%-дан 88,2%-ға дейін сақтауға мүмкіндік беретін жедел араласу жиілігін ұлғайту есебінен жамбас деңгейінде ампутиациялау жиілігін 13,04.5%-дан 8,8%-ға дейін қысқартуға мүмкіндік берді.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF NEUROPATHY IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

B.D. Babajanov, B.B. Djanabaev
*Republican Centre of purulent surgery
 and surgical complications of diabetes.
 Tashkent c., Uzbekistan*

Were analyzed the results of treatment 228 patients with diabetic foot syndrome.

Analysis of treatment results with the calculation of VAT shown that in the main group of patients through the use of drugs tiogammu in treatment at the time of discharge from the hospital has reduced the number of patients with stage III neuropathy in 69,0% to 52,1% due to increase in patients with stage I neuropathy with 12,4% up to 19,32%.

Comparative analysis of treatment results in the control and study group showed that the inclusion in the complex treatment of diabetic foot tiogammu drugs in 136 patients has reduced the frequency of high amputations at the hip to 13.04.5% to 8,8% by increasing the frequency of surgical interventions will help to preserve support function of the lower extremities with 80,7% to 88,2%.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА КАНЕФРОН Н У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ

Р.Е. ТУЛЕУТАЕВА

Государственный медицинский университет, г. Семей

Инфекции мочевых путей (ИМП) представляют серьезную проблему для здоровья миллионов людей: ежегодно в Западной Европе наблюдают свыше 10 млн случаев ИМП [3].

При ИМП отмечается высокий уровень рецидивов инфекции, которая принимает характер хронической с частыми обострениями [1].

В 2006 и затем в 2008 гг. Европейское урологическое общество представило руководства по лечению инфекций мочевой системы – Guidelines on the Management Urinary and Mail Genital Tract Infections (European Association of Urology – EAU). На основе этих рекомендаций, данных Кокрановской библиотеки (Cochrane Database of Systematic Reviews), а также других доказательных источников разрабатываются национальные медицинские стандарты и клинические протоколы лечения ИМП. При этом следует отметить, что рекомендации и руководства принимаются ассоциациями и, в отличие от медицинских стандартов/клинических протоколов, не имеют официального юридического статуса [4].

Использование существующих рекомендаций и доказательных источников для создания клинических протоколов позволяет значительно удешевить разработку официального документа. Одновременно решается еще одна задача – адаптация клинических рекомендаций к конкретным национальным условиям и возможностям.

Согласно последним данным National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, в США ежегодно выявляется более 7 млн случаев ИМП в амбулаторной практике, из них более 2 млн обусловлены циститом, а 100 тыс пациентов в год госпитализируются по поводу пиелонефрита [2]. ИМП в амбулаторной практике чаще встречается у женщин, при этом риск развития и рецидивов ИМП у 50% взрослых женщин имеется в течение всей жизни. В

Великобритании в течение года около 2,5 млн женщин отмечают эпизоды расстройств мочеиспускания, из них у 100 тыс диагностируется рецидивирующая ИМП [2]. Нередко ИМП наблюдается у женщин в возрасте 18-29 лет и, как правило, после первого эпизода ИМП у 25-40% из них развивается рецидивирующая неосложненная ИМП. Поэтому около 15% всех назначений антибиотиков в амбулаторной практике в США связаны с ИМП [2].

О распространенности неосложненной ИМП в Российской Федерации, Казахстане, Республике Беларусь и Кыргызстане собраны и проанализированы данные по результатам исследования СОНАР (2005-2006 гг.). Полученные результаты свидетельствуют о том, что встречаемость ИМП среди женщин 18-40 лет составляет 0,5-0,7 случая в год. К 24 годам у трети женщин развивается, по крайней мере, один подтвержденный при осмотре врача эпизод ИМП, а с возрастом подтверждена широкая распространенность рецидивирующих форм ИМП. Значимость ИМП обусловлена не только их широкой распространенностью, но и прямыми и косвенными затратами на их лечение.

Согласно руководству EAU (2008) выделяют первый эпизод и рецидивирующие ИМП, а также осложненные и неосложненные инфекции мочевого тракта. Они в свою очередь делятся на неразрешенные инфекции, бактериальную резистентность и реинфекцию. Согласно национальной классификации рекомендуется устанавливать остроту заболевания (свыше 3-х месяцев – хроническая) и топический диагноз, хотя рецидивирующие инфекции чаще отвечают диагнозу ИМС без определенной топики поражения.

Лечение хронической рецидивирующей ИМП и эффективная санация от бактерионосительства представляют большую проблему. Во внутриклеточных бактериальных сообществах резистентность к антибиотикам (АБ) обу-