

Корисна модель, відноситься до області медицини, а саме до ендокринології, ангіології і судинної хірургії.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є судинна терапія шляхом використання дезагрегантів (аспирин), вазодилаторів (нікотинова кислота) та препаратів (пентоксифілін), які впливають на агрегаційну функцію еритроцитів, що вводились як парентерально так і через шлунково-кишковий тракт.

Однак, вказані препарати не спроможні впливати на капілярне коло кровообігу у достатній мірі і часто призводять до створення псевдоаневризм периферичних капілярів та їх розриву, що перешкоджає позитивній течії лікування захворювання.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу профілактики створення діабетичної виразки ступні шляхом застосування сучасних препаратів, які об'єднують в собі дезагрегаційну, вазодилатативну та спазмолітичну дію в сполученні з препаратами, що підвищують ступінь всмоктування кисню в тканини не межі периферичного кровообігу, що дозволить своєчасно прогнозувати позитивну течію патологічного процесу та запобігти процесу створення діабетичної виразки.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно формули, призначають альпростаділ 20-60мг на добу інтраартеріально або інтравенозно 10-30 днів на ізотонічному фізіологічному розчині 50-100мл в сполученні з актовегіном 40-60мл на добу внутрішньовенно, крапельно на протязі 2-х тижнів із α – ліпоєвою кислотою 300-600мг/добу на протязі 3-х місяців на фоні одноразового прийому аспірину 100мг на добу - постійно.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Після визначення ступеню порушення кровообігу у стопі інтравенозно чи інтраартеріально вводять 40-60мг альпростаділу на протязі 1-3 тижнів в сполученні з введенням 3 актовегіном (40-60мл на добу). Якщо необхідно, додатково вводять α – ліпоєву кислоту в дозі 600мг на добу курсом до 3-х місяців.

Таким чином проліковано 158 хворих з патологією судин на фоні цукрового діабету. Одержані позитивні результати у вигляді підвищення показників плече-гомількового коефіцієнту, що, в свою чергу, характеризує покращення кровообігу.

Приклад конкретного використання способу.

Хворий Ч., 22 роки, поступив зі скаргами на слабкість, гектичну температуру з дрижем; при огляді виражена землистість шкіряних покривів, асцоціаноз, що свідчить про наявність вираженої інтоксикації. При рентген огляді виявлено дегенеративну зміну кісток лівої ступні. До звернення в клініку проводились загально прийняті способи лікування на фоні трофічної язви підшавної поверхні лівої ступні.

Д-з: Сепсис. Цукровий діабет, I тип, декомпенсація, Метаболічний синдром, Остеомієліт лівої ступні. Лікування оперативне, атипична резекція лівої ступні з наступною антибактеріальною детоксикаційною терапією, з застосуванням запропонованої схеми.

Відділені результати відмічалися на протязі 1-2 років. Хворий ходив самостійно, без допоміжних засобів, з застосуванням взуття.

Хвора К., 52 роки, госпіталізована. Лікувалася з приводу акрального некрозу 3-го пальця лівої ступні на фоні периферичного тромбозу. До поступлення проводилась консервативна терапія. Незважаючи на це, стан хворої ускладнився сепсисом. Проведено оперативне втручання: клиновидна резекція ступні, катетеризація стегнової артерії, внутрішньоартеріальне введення препаратів (простогландин-Е, актовегін, α – ліпоєва кислота, антибіотики). Шви були зняті на 14 добу, заживлення рани - первинним натягом. Хвора ходить самостійно, без допоміжних засобів, використовуючи ортопедичне взуття і стельки.

Контрольні огляди на протязі 1,5 років.

В порівнянні з прототипом, запропонований спосіб дозволяє своєчасно прогнозувати течію патологічного процесу та запобігти процесу створення діабетичної виразки шляхом призначення адекватного лікування на ранньому етапі захворювання.

Література:

1. Грубнік В.В., Пилипенко О.С. Сучасні підходи до діагностики та лікування діабетичної стопи. - 2003р., К., С.250, С.76.