

ПРОБЛЕМА ГИПЕРКЕРАТОЗА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

^{1,2}*Близнец А.А.,* ¹*Хаджи Исмаил И.А.,* ³*Васильев Н.О.*

¹ *ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г. Минск, Республика Беларусь*

² *УЗ «Городской эндокринологической диспансер» г. Минск, Республика Беларусь*

³ *УЗ «Минская областная клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. С каждым годом возрастает количество больных сахарным диабетом по всему миру, и каждый второй из них сталкивается с проблемой гиперкератоза – повышенным ороговением кожи. Роль пускового механизма этого заболевания выполняет систематическое давление на поверхность кожи, которое активизирует ростковый слой, расположенный в ее глубине. В результате происходит чрезмерное размножение стволовых клеток. При сахарном диабете рост новых клеток намного опережает скорость отшелушивания и это приводит к постепенному утолщению слоя мертвых клеток [1,2].

Цель. Изучить взаимосвязь гиперкератоза и риска развития синдрома диабетической стопы. На основании нашего опыта улучшить результаты профилактики развития и лечения синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. В кабинетах «Диабетическая стопа» Минского городского эндокринологического диспансера и консультативной поликлиники Минской областной клинической больницы проведен анализ 500 медицинских карт пациентов с сахарным диабетом за 2019-2020 годы с разной степенью нейропатии от 0-й стадии (признаки отсутствуют) до 3-стадии (стадия выраженных изменений).

Результаты. Из 500 проанализированных карт с 1-ым типом сахарного диабета было принято 90 пациентов (18%), из них 40 мужчины (44,4%), 50 женщин (55,6%). Возраст данной группы колебался от 18 до 60 лет, стаж заболевания – от 1 до 45 лет. Гиперкератоз различных локализаций присутствовал у 35 больных, что составило 38,9%. Из этой группы пациентов у 9 был выставлен диагноз «синдром диабетической стопы», что составляет

10 %. У одного пациента трофическая язва инфицировалась и развилась флегмона стопы, которая была вскрыта и дренирована с последующими проведенным в дальнейшем амбулаторным лечением.

С 2-м типом сахарного диабета в кабинет «Диабетическая стопа» обратились 410 пациентов (82%): мужчин 170 (41,5%), женщин 240 (58,5%). Возраст этой группы составил от 35 до 94 лет, стаж заболевания – от нескольких месяцев до 30 лет. Гиперкератоз разных локализаций присутствовал у 380 больных, что составило 92,7%. Синдром диабетической

стопы на фоне высокой диабетической дистальной полинейропатии и гиперкератоза был выявлен у 50 пациентов, что составило 12,1%. Все эти пациенты были из группы с выявленным гиперкератозом. Инфицирование трофических язв наблюдалось у 10 пациентов, на фоне которых развились серьезные осложнения, такие как абсцессы, флегмоны и остеомиелит, что потребовало госпитализации и лечения в условиях стационара. Трем пациентам выполнена высокая ампутация нижних конечностей. Двум пациентам выполнена сегментарная ампутация стоп в пределах фаланг и плюсневых костей. Остальным пациентам из этой группы выполнены различные манипуляции для купирования воспалительного процесса.

Выводы. Основываясь на наших данных, можно сделать вывод, что гиперкератоз является достаточно распространённой проблемой у пациентов с сахарным диабетом, и при отсутствии должного лечения и профилактики, может привести к достаточно опасным осложнениям от простых гематом вплоть до ампутации нижней конечности.

Литература

1.Руководство и документы Международной рабочей группы по диабетической стопе 2015 г. по профилактике и лечению заболеваний стопы при диабете: достижение доказательного консенсуса (сокращенная русскоязычная версия)К. Баккер, Дж. Апельквист, Б. А. Липски, Дж. Ван Неттен, Н. К. Шапер <https://doi.org/10.17650/2408-9613-2016-3-2-59-70>

2.Pathogenesis and Treatment of Callus in the Diabetic Foot/ Ibrahim Arosi et al.//Current Diabetes Reviews. – 2016;12(3):179–183. <https://doi.org/10.2174/1573399811666150609160219>