

Холупко О.Е., Большусов И.А.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Научный руководитель: ст. преп. Шуляк Е.В.

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Наиболее характерной формой поражения конечностей у лиц с нарушенным обменом углеводов является синдром диабетической стопы. Среди всех терминальных осложнений сахарного диабета язвенно-некротические поражения нижних конечностей являются одним из наиболее частых вариантов. На протяжении заболевания данный синдром развивается более чем у 15% пациентов. Ежегодная частота новых случаев синдрома диабетической стопы составляет от 1 до 4%. Актуальность проблемы обусловлена большой частотой ампутаций нижних конечностей и, как следствие, ранней инвалидизацией.

Цель: проанализировать аспекты этиопатогенеза синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. Использовались современные научные данные литературы об этиопатогенезе синдрома диабетической стопы. Проведен ретроспективный анализ 78 медицинских карт пациентов отделения гнойной хирургии УЗ «5-я городская клиническая больница г. Минска». Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась в программах «Microsoft Office Excel» 2013 и «Statistica» 10.0, для определения статистической значимости использовались методы непараметрической статистики. Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики.

Результаты и их обсуждение. Среди 78 пациентов было 44 (56 %) мужчины и 34 (44 %) женщины. Средний возраст пациентов составил 64 года. Сахарный диабет 1 типа выявлен у 2 человек (3%), сахарный диабет 2 типа — у 76 человек (97%). У пациентов выявлены следующие осложнения: поражения сосудов (нефропатия — у 19 человек (24%), ретинопатия — у 2 (3%)), энцефалопатия — у 7 человек (9%). В ходе исследования выявлены следующие проявления синдрома: поражения костной ткани — у 8 человек (10%), нейропатия — у 14 человек (18%), гнойно-некротические проявления синдрома: трофические язвы — у 29 человек (37%), некроз — у 14 человек (18%), гангрена — у 17 человек (22%).

Основную роль в патогенезе играет диабетическая нейропатия, которую делят на сенсорную, моторную и вегетативную. Сенсорная нейропатия приводит к постепенной утрате чувствительности. Моторная нейропатия способствует атрофии мышц. Вегетативная нейропатия ведет к повышению сухости кожи, следствием чего является образование трофических язв.

Среди аспектов синдрома выделяют диабетическую остеоартропатию, которая является следствием нейропатии, приводящей к повышенной активности шунтирующего кровотока костной ткани. Это вызывает деструкцию костной ткани.

При сахарном диабете выделяют ангиопатию, которую делят на микро- и макроангиопатию. К микроангиопатии относят повышение проницаемости сосудистой стенки и нарушение ауторегуляции.

В этиологии СДС большую роль играет смешанная бактериальная микрофлора. Частоту и глубину гнойно-некротических поражений нижних конечностей при СД часто связывают с нарушениями иммунного гомеостаза.

Выводы. Наиболее часто встречающимися проявлениями у пациентов с данным синдромом стали язвенно-некротические поражения, которые являются следствием сочетанного изменения сосудов микроциркуляторного русла и нервных волокон. Среди выявленных вариантов ангиопатии у пациентов преобладают нефропатия и ретинопатия.