

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гарелик П. В., Дубровщик О. И., Хильмончик И. В.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь
obhirurg@gmail.com

Введение. При сахарном диабете (СД) физиологические и инволюционные изменения гомеостаза, обусловленные инсулиновой недостаточностью, ускоряются в 1-1,5 раза, т. е. процесс разрушения организма выходит за рамки генетически запрограммированного старения. У пациентов с СД критическая ишемия нижних конечностей развивается в 5 раз чаще, а риск ампутации конечности в 20-40 раз выше, чем у человека, не страдающего СД. Доказана четкая связь СД и атеросклероза, при этом происходит формирование антитканевых аутоантител, циркулирующих иммунных комплексов, накопление комплемента и его С₃ фракции. Эти иммунологические сдвиги предшествуют клиническим сосудистым проявлениям [1], а поражение коронарных, церебральных и периферических сосудов во многом определяет прогноз заболевания. Традиционно считалось, что пусковым моментом и основным фактором прогрессирования диабетических микроангиопатий является нарушение углеводного обмена. Но с современных позиций, в патогенезе микроангиопатий существенную роль играют иммунные механизмы, при этом возникает одновременно или последовательно, при нормальном физиологическом состоянии органов и систем, несколько патологических синдромов, протекающих атипично с незначительной симптоматикой и клиническими проявлениями, обусловленными инсулиновой недостаточностью, что является причиной поздней диагностики и госпитализации пациентов с СД. Бессимптомно могут протекать инфаркт миокарда, пневмония, без боли – гангрена конечности.

Цель – оценить значимость клинико-физиологических методов своевременной диагностики взаимоотношающихся заболеваний при СД.

Методы исследования. Нами установлено, что в 5% случаев первичным проявлением СД могут быть выраженные микроангиопатии при умеренной гликемии, у 20-25% при неудовлетворительном гликемическом профиле может не быть тяжелых сосудистых осложнений. Лечащий врач пациента с СД должен знать, что физиологический возраст пациента состоит из календарного (паспортного) и количества лет зарегистрированного эндокринного заболевания, т. е. эти пациенты всегда старше своих лет как внешне, так и по «изношенности организма», включающего внутренние органы, опорный аппарат, головной мозг и сосуды. В этой связи рекомендуется перед началом лечения пациентов с СД выяснить и дифференцировать заболевание от признаков физиологического старения, определить резервы здоровья, обратимые и необратимые патологические процессы и моменты, способствующие прогрессированию болезни.

Результаты и их обсуждение. Инволюционные процессы старения и изменения гомеостаза, обусловленные инсулиновой недостаточностью, требуют особого подхода к диагностике, лечению, социальной помощи, прогнозу жизни и здоровья пациентов с СД. Их можно определить не только качественно, но и количественно. Так, в возрасте человека от 50 до 80 лет нервная проводимость постепенно замедляется на 15%, сердечный выброс уменьшается на 30% ниже нормы, жизненная емкость легких и почечный кровоток на 50%, физическая нагрузка – на 70%. Следовательно, с возрастом в человеческом организме наблюдаются функциональные и патологические изменения без наличия заболевания [1].

Если стратегией лечения является социальная реабилитация, тактика лечения должна быть направлена на основное заболевание, угрожающее жизни пациента в данный момент. Специфическая восприимчивость мягких тканей стопы при СД к инфекционному повреждению с развитием хронического изъязвления стопы, гнойно-некротических флегмон и гангрены остается одной из основных причин длительной госпитализации пациентов в хирургический стационар [2]. Установлен важный аспект данной проблемы – возрастающая частота поражения стопы и госпитализация пациентов с СД с осложненными формами диабетиче-

ской стопы (ДС). Следовательно, у большинства из 33086 пациентов с СД Гродненского региона есть или будут анатомические или патологические изменения в нижних конечностях с широким спектром проблем ДС. В связи с этим в 2006 г. ООН приняла специальную резолюцию, согласно которой СД признан реальной мировой угрозой здоровью людей, а в РП (г. Познань) в 2016 г. прошла конференция под девизом «Диабетическая стопа – неинфекционная чума XXI века». В РБ ежегодный прирост пациентов, страдающих СД, составляет 20000 вновь зарегистрированных случаев болезни.

Выводы. Определена глобальная концепция лечения и профилактики заболевания, создана система помощи пациентам с СД в центрах ДС, однако, несмотря на достигнутые успехи медицины в этом направлении, применение высокотехнологичных диагностических возможностей, высокоэффективных лекарственных препаратов, постоянное совершенствование хирургических методов лечения, гнойно-некротические осложнения ДС властно захватывают лидирующие позиции среди болезней. Мир, а вместе с ним и хирургия, шагнули в третье тысячелетие, информация о здоровье людей, о физиологии и генетике человека очень велика, но инвалидизация пациентов с осложненными формами ДС не снижается.

Литература

1. Войнов А. В., Бедров А. Я., Войнов В. А. Синдром «диабетической стопы» // Вестник хирургии. – 2012. – Т. 71, № 3. – С. 106-109.
2. Дубровщик О. И., Ващенко В. В., Мирошниченко К. А. Комплексное хирургическое лечение гнойно-некротических форм диабетической стопы // Хирургия Беларуси на современном этапе: мат. XVI съезда хирургов РБ и Респ. науч.-практ. конф. Гродно, 1-2 ноября 2018. – Ч 2. – С. 350-353.