

# ОН ЕЛІ ІШЕКТІҢ ОЙЫҚ ЖАРАСЫ КЕЗІНДЕГІ ЕМДІК ДЕНЕШЫНЫҚТЫРУ ШАРАЛАРЫ

# ЖОСПАРЫ:

I. Кіріспе

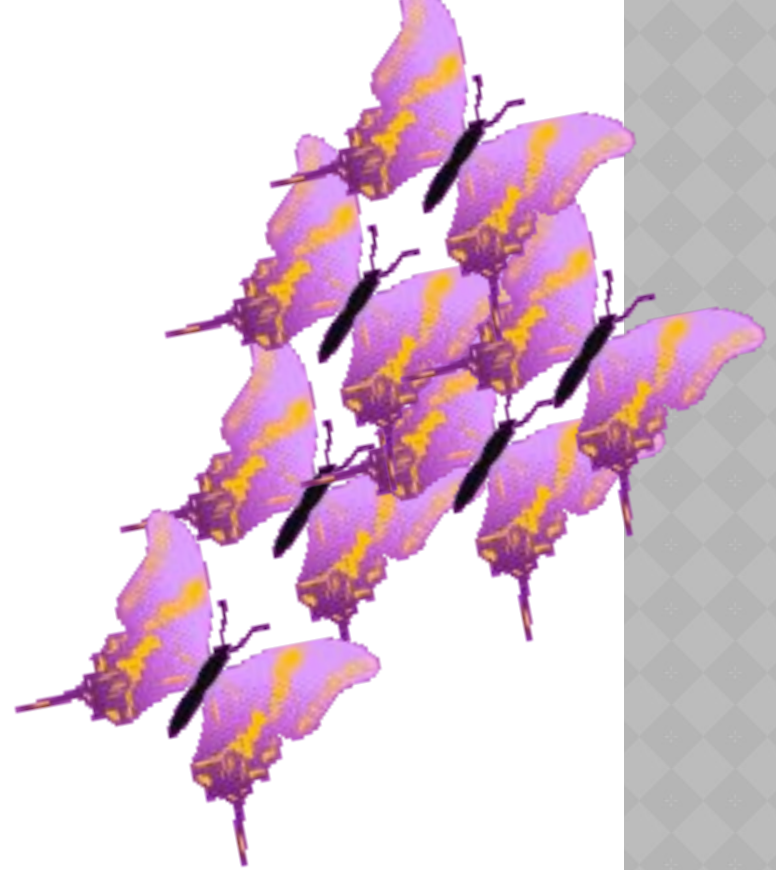
II. Негізгі бөлім

- Диагностикасы

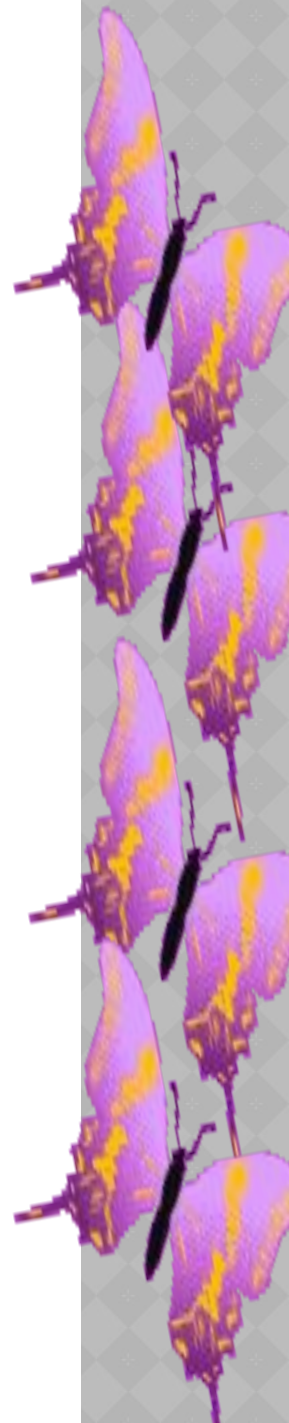
- Емі

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер



# КІРІСНЕ



Клиникалық ҚД-нің 5 кеш  
асқынуларын ажыратуға болады:

Тұқымқуалаушылық

Өмір салты

Стресс

Химиялық және физикалық  
факторлар

Дәрі-дәрмектер

**ҚД-1 кезінде аса  
клиникалық маңызды  
диабеттік микроангиопатия  
(нефропатия, ретинопатия)  
мен нейропатия (диабеттік  
табан синдромы) болып  
табылады.**



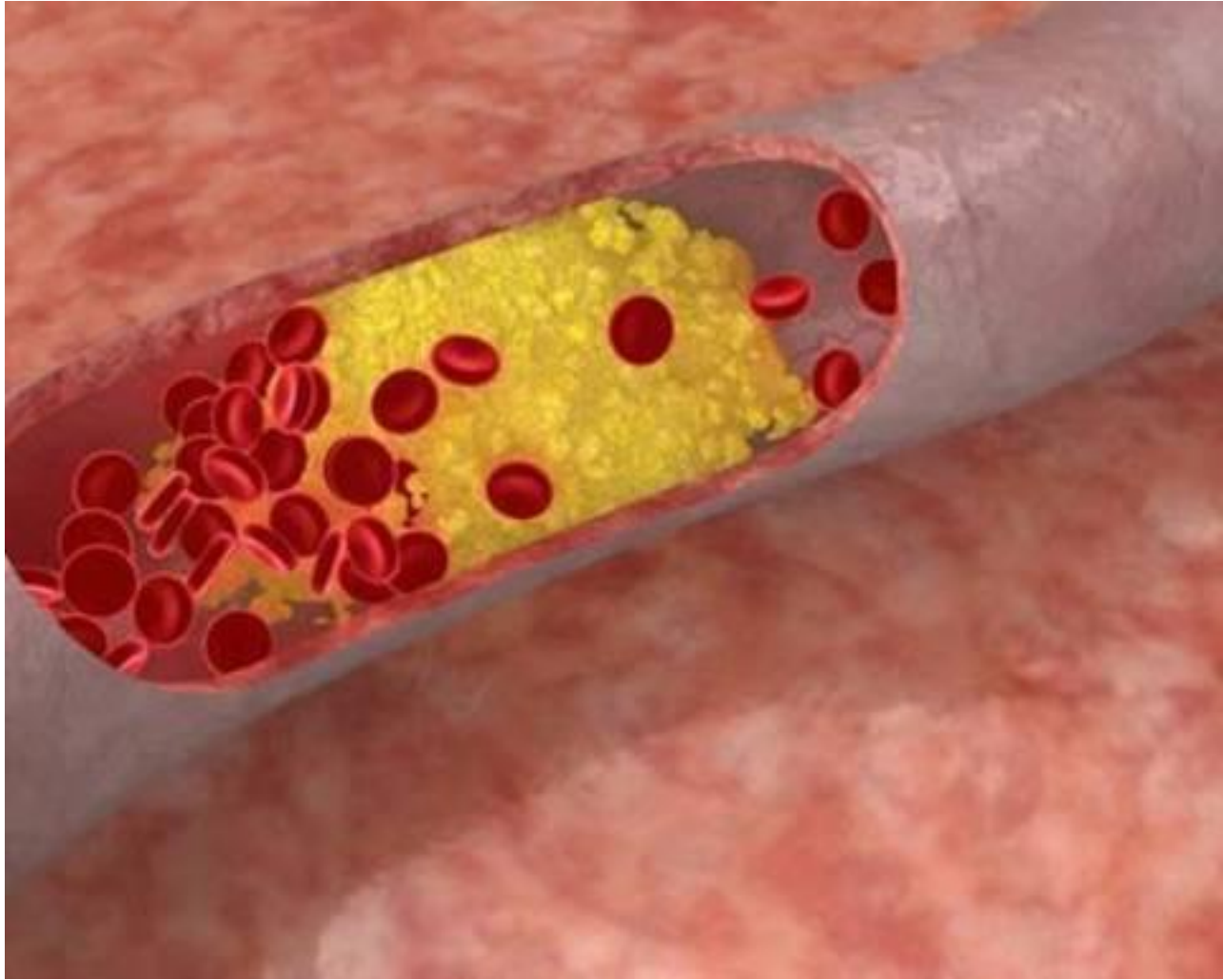
ҚД-2 кезінде кеш асқынулар диагнозды қою кезінде анықталады, бұл ҚД-2 манифестациясының диагнозды қойғанға дейін дамуымен байланысты. ҚД-2 кезінде көптеген науқастарда диагноз қою барысында анықталатын диабеттік макроангиопатия аса клиникалық маңызды болып табылады.



**ДИАБЕТТІК МАКРОАНГИОПАТИЯ** –  
КЛИНИКАЛЫҚ ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ  
АУРУЫ (ЖИА), БАС МИЫ, АЯҚ, ІШКІ  
АҒЗА ҚАНТАМЫРЛАРЫНЫҢ  
ОБЛИТЕРАЦИЯЛАУШЫ  
АТЕРОСКЛЕРОЗЫ ЖӘНЕ АРТЕРИЯЛЫҚ  
ГИПЕРТЕНЗИЯМЕН КӨРІNETІН, ҚД  
КЕЗІНДЕ ІРІ ҚАНТАМЫРЛАРДЫҢ  
АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҚ ЗАҚЫМДАЛУЫН  
БІРІКТІРЕТІН ҰҒЫМ









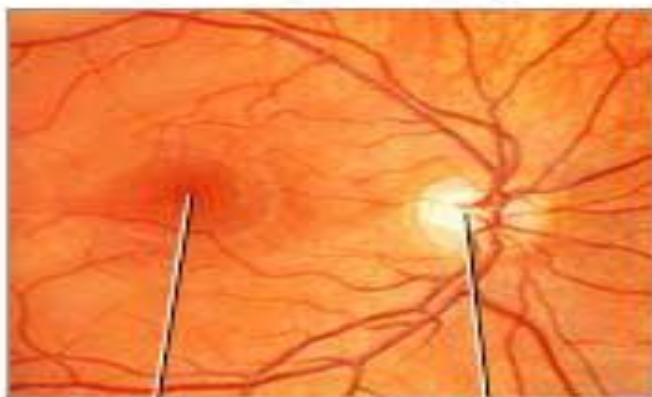
Этиологиясы мен патогенезі	Гипергликемия, артериялық гипертензия, дислипидемия, семіздік, инсулинрезистенттілік, гиперкоагуляция, эндотелиальды дисфункция, тотығулық стресс, жүйелік қабыну
Басты клиникалық көрінісі	ҚД көрініс бермеген науқастардағы клиникалық көріністермен ұқсас. ҚД кезінде 30% жағдайда миокард инфаркті ауырсынусыз өтеді
Диагностикасы	ҚД көрініс бермеген науқастардағы клиникалық көріністермен ұқсас
Салыстырмалы диагностикасы	Басқа да жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары, симптоматикалық артериялық гипертензия, екіншілік дислипидемиялар
Емі	Гипотензивті терапия, дислипидемияны коррекциялау, антиагрегантты терапия, ЖИА скринингтеу және емдеу
Болжамы	Жүрек-қантамыр жүйесі ауруларымен ҚД-2-мен сырқаттанған науқастардың 75%-ы, ал ҚД-1-мен сырқаттанған науқастардың 35%-ы қайтыс болады

*Диабеттік ретинопатия (ДР)* –  
жартылай немесе толық көру  
қабілетінің жоғалуына әкелетін,  
микроаневризма, қан құюылу,  
экссудативті өзгерістер мен жаңа  
түзілген қантамырлардың  
пролиферациясымен  
сипатталатын көздің торлы қабығы  
қантамырларының  
микроангиопатиясы

Этиологиясы мен патогенезі	Созылмалы гипергликемия, торлы қабық қантамырларының микроангиопатиясы, торлы қабықтың ишемиясы мен неоваскуляризациясы, артериовенозды шунттардың түзілуі, витреоретинальді тракциялар, торлы қабықтың сыдырылуы және ишемиялық дегенерациясы
Эпидемиологиясы	Еңбекке жарамды халық арасында соқырлыққа әкелетін басты себеп. ҚД-1 түрінде 5 жылдан кейін — науқастардың 8%-да, 30 жылдан кейін — 98%-да анықталады. ҚД-2 диагностикалау барысынла науқастардың 20–40%-да, ал 15 жылдан кейін — 85%-да көрініс береді. ҚД-1 кезінде салыстырмалы түрде жиі пролиферативті ретинопатия, ал ҚД-2 — макулопатия (75 % макулопатия жағдайларында) анықталады
Басты клиникалық көрінісі	Пролиферативті емес, препролиферативті, пролиферативті ретинопатия
Диагностикасы	Офтальмологиялық тексеру ҚД-1-мен сырқаттанған науқастардың барлығына дерлік сырқаттың манифестациясынан 3–5 жылдан кейін, ал ҚД-2-мен сырқаттанған науқастарға анықталғаннан бастап тағайындалады. Мұндай зерттеуді жыл сайын қайталап отыру қажет
Салыстырмалы диагностикасы	ҚД-мен сырқаттанған науқастарда дамиды басқа да көз аурулары
Емі	ҚД компенсациясы, лазерлі фотокоагуляция
Болжамы	ҚД-мен сырқаттанған науқастардың 2%-да соқырлық дамиды. ДР байланысты соқырлықтың жаңа жағдайлар жиілігі жылына 100000 халыққа 3,3 жағдайды құрайды. ҚД-1 кезінде HbA1c дейгейінің 7,0% түсуі ДР даму қаупін 75%-ға және оның үдемелі даму қаупін 60%-ға төмендетеді. ҚД-2 кезінде HbA1c деңгейінің 1%-ға төмендеуі ДР даму қаупін 20%-ға азайтады

ДР сатылары	Тән өзгерістер
Пролиферативті емес	<p>Торлы қабықтағы микроаневризмалар, қан құйылулар, ісіну, экссудативті ошақтар. Қан құйылулар үлкен емес нүкте, штрихтар немесе дөңгелек формалы дақтар түрінде көз түбі ортасында немесе торлы қабықтың терең қабаттарында ірі көктамырлар бойында орналасады. Қатты және жұмсақ экссудаттар көз түбінің орталығында орналасып, сарғыш немесе ақшыл түске ие болады. Бұл сатының басты элементі макулярлы аймақта және ірі қантамырлар бойында орналасатын торлы қабықтың ісінуі болып табылады</p>
Препролиферативті	<p>Көктамырлық аномалиялар: тәспі тәрізді, иректелген, екі еселенген және көлемі өзгерген қантамырлар. Көп мөлшерде қатты және «мақталы» экссудаттар. Интравитреальді микроқантамырлық аномалиялар, көптеген ірі ретинальді геморрагиялар (қан құйылулар)</p>
Пролиферативті	<p>Көру жүйкесі дискісінің және торлы қабықтың басқа бөлімдерінің неоваскуляризациясы, шыны тәрізді денеге қан құйылу, преретинальді қан құйылу аймақтарында фиброзды тіннің түзілуі. Жаңа түзілген қантамырлар өте жіңішке және нәзік, сондықтан жиі қан құйылулар дамиды. Витреоретинальді тракциялар торлы қабықтың сыдырылуына әкеледі. Нұрлы қабықта дамыған жаңа қантамырлар (рубхоз) жиі екіншілік глаукоманың дамуына себеп болады</p>

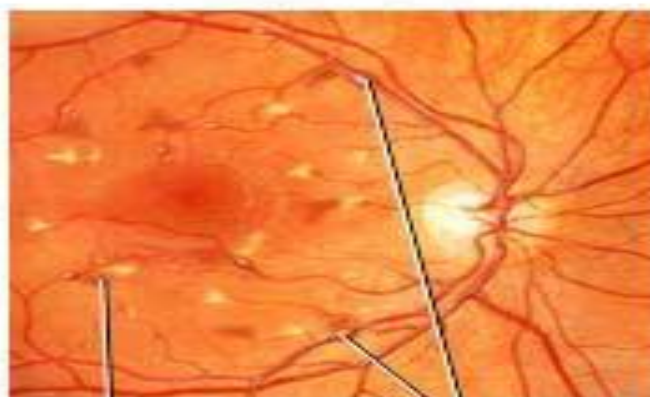
## Сетчатка глаза в норме



Макула

Диск  
зрительного  
нерва

## Ретинопатия

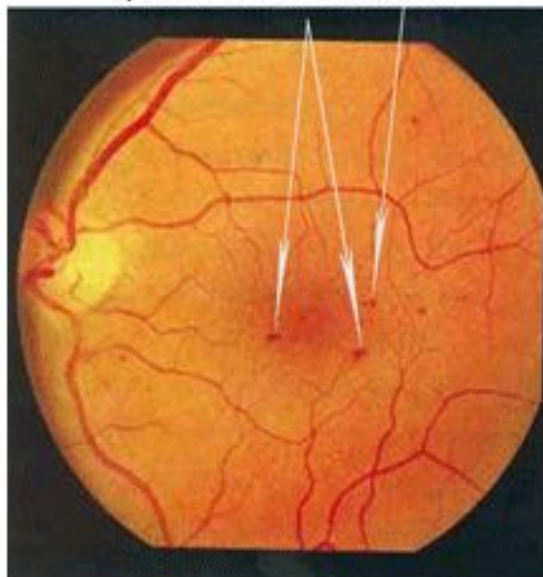


Геморрагия -  
кровоизлияние  
на сетчатке

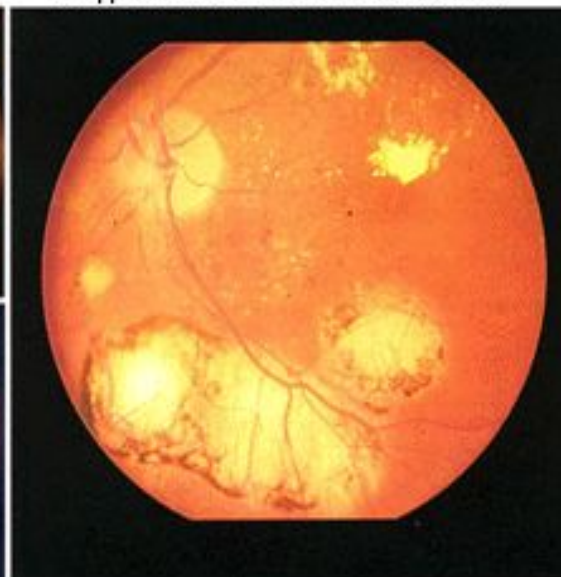
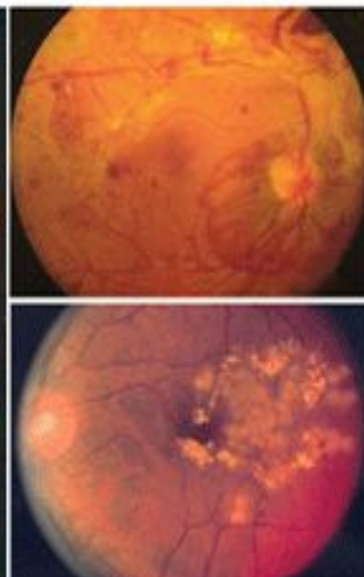
Аневризма  
сосуда

## диабетическая ретинопатия

кровоизлияние в сетчатке

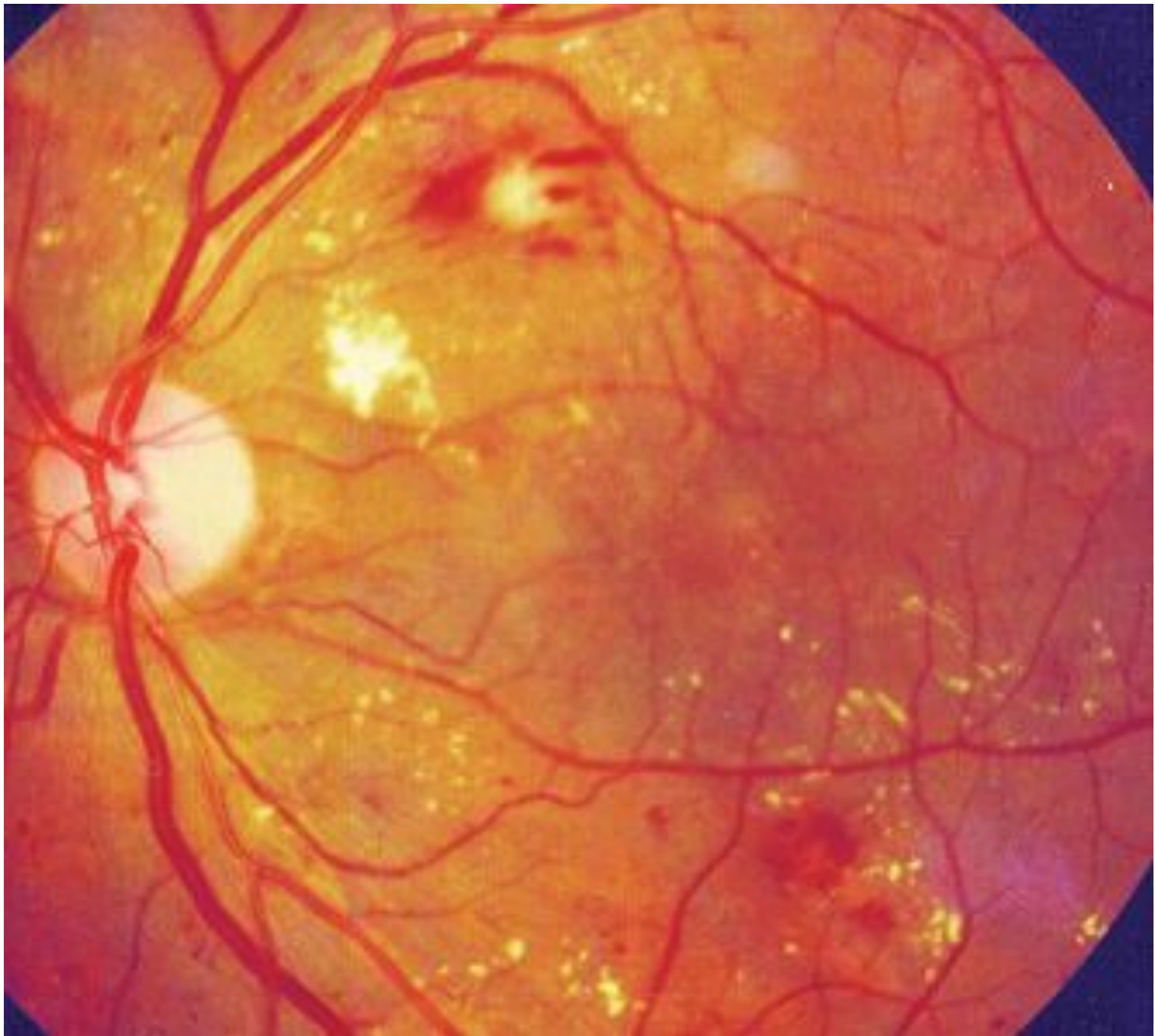


патология разрастания  
соединительной ткани на сетчатке



атрофия зрительных  
клеток сетчатки





Диабеттік нефропатия (ДНФ) ҚД-мен сырқаттанған науқастарда несеп инфекциялары, жүрек жеткіліксіздігі және басқа да бүйрек аурулары болмаған жағдайда альбуминурия (тәулігіне 300 мг альбумин немесе протеинурия тәулігіне 0,5 г ақуыз) және/немесе бүйректің фильтрациялық қызметінің төмендеуімен анықталады. Микроальбуминурия альбумин экскрециясы 30–300 мг/тәу немесе 20–200 мкг/мин болуымен анықталады.





Этиологиясы мен патогенезі	Созылмалы гипергликемия, шумақ ішілік және жүйелік артериялық гипертензия, генетикалық бейімділік
Эпидемиологиясы	ҚД-1-мен сырқаттанған науқастарда диабет манифестациясынан 5–15 жылдан кейін микроальбуминурия 6–60%-да анықталады. ҚД-2 кезінде ДНФ еуропалық нәсілді науқастардың 25%-да, ал азиялық нәсілді науқастардың 50%-да дамиды. ҚД-2 кезінде ДНФ-ның таралу көрсеткіші 4–30%-ды құрайды
Басты клиникалық көрінісі	Ерте сатыларында болмайды. Артериялық гипертензия, нефротикалық синдром, СБЖ
Диагностикасы	Микроальбуминурия (тәулігіне 30–300 мг/тәу немесе 20–200 мкг/мин альбумин экскрециясы), протеинурия, шумақтық фильтрацияның алғашында жоғарылап, кейін төмендеуі, нефротикалық синдром мен СБЖ-нің белгілері
Салыстырмалы диагностикасы	Бүйректің басқа да аурулары мен СБЖ-нің басқадай себептері
Емі	ҚД компенсациясы және артериялық гипертензия, ААФ ингибиторлары немесе ангиотензин рецепторларының блокаторлары, микроальбуминурия сатысынан бастап ақуызы мен тұзы аз емдәм. СБЖ дамығанда — гемодиализ, перитонеальды диализ, бүйрек трансплантациясы
Болжамы	Протеинурия көрініс берген ҚД-1-мен сырқаттанған науқастардың 50%-да, ҚД-2-мен сырқаттанған науқастардың 10%-да 10 жыл ішінде СБЖ дамиды. ҚД-1-мен ауырған жасы 50-ден жас науқастардың өлім көрсеткішінің 15%-ы ДНФ әсерінен дамыған созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінен болады



*Диабеттік нейропатия* (ДНЕ) дегеніміз жүйке жүйесінің зақымдануы нәтижесінде дамитын синдромдардың ұштасуы. ДНЕ жүйке жүйесінің бөлімдерінің зақымдануына (сенсомоторлы, автономды) мен таралуына және ауырлық дәрежесіне қарай жіктеледі

Нейропатия формалары		Клиникасы	Диагностикасы
Сенсомоторлы симметриялы			
Фокалды			
Авто номд ы	кардиваскулярлы		
	Гастроинтестинальді		
	Урогенитальді		
	Симптомсыз гипогликемия		
	қарашық функциясының бұзылуы		
	Тер бездерінің функциясының бұзылуы		

Этиологиясы мен патогенезі	Глюкоза метаболизмінің полиолды жолының белсенуі, жүйке жүйесі жасушаларының мембраналық және цитоплазмалық ақуыздарының гликолизденуі; микроангиопатия vasa nervorum
Эпидемиологиясы	ҚД-нің екі түрінде де таралу жиілігі шамамен 30% .
Басты клиникалық көріністері	Сенсомоторлы нейропатия: парестезия, сезімталдылықтың төмендеуі, аяқтың ауруы, «мазасыз аяқ синдромы». Вегетативті нейропатия: тыныштық тахикардиясы, ортостатикалық гипотония, гастропарез, нейрогенді қуық, эректильды дисфункция
Диагностикасы	Сезімталдықтың әр түрлерін бағалау (ең алдымен, табанның), вегетативті нейропатияның диагностикалау мақсатында функциональды сынақтар (ортостатикалық, Вальсальва)
Салыстырмалы диагностикасы	Басқа генезді нейропатия. Автономды нейропатияның басқа генезді органды патологиямен салыстырмалы диагностикалау қажет
Емі	Қант деңгейін төмендететін терапияны оңтайландыру, аяқ күтімі, нейротропты дәрілер, симптоматикалық терапия
Болжамы	Ерте сатысында тұрақты ҚД-тің эугликемиялық компенсациясы сақталғанда үрдіс қайтымды

*Диабеттік табан синдромы (ДТС) — шеткі жүйкенің, тері мен жұмсақ тіндердің, сүйек пен буындардың зақымдану көрінісінде жедел және созылмалы ойық жаралармен, сүйек-буындық зақымданулармен және іріңді-некроздік үрдістермен сипатталатын КД кезінде дамитын табанның патологиялық жағдайы*

<p>Этиологиясы мен патогенезі</p>	<p><i>Нейропатикалық түрі (70%)</i>: трофикалық иннервацияның төмендеуі, тірек нүктесінің өзгеруі, ауырсыну сезімталдығының төмендеуі, инфицирлену.</p> <p><i>Ишемиялық (3-7%) және нейроишемиялық (15–20%) түрі</i>: аяқ қантамырларының атеросклерозы</p>
<p>Басты клиникалық көрінісі</p>	<p><i>Нейропатикалық түрі</i>: барлық сезімталдықтың төмендеуі, табан деформациясы, ойық жараның инфицирленуі (әсіресе өкшеде, саусақ аралықтарда), остеоартропатия.</p> <p><i>Ишемиялық түрі</i>: «ауыспалы ақсақтық», табан қантамырларындағы пульсацияның төмендеуі, акральды некроз типі бойынша ойық жаралар (саусақ ұштары, өкше)</p>
<p>Диагностикасы</p>	<p>Аяқты қарау, неврологиялық статус пен артериялық қанайналымды бағалау, рентгенография, жарадан бөлінген бөліндіні бактериологиялық зерттеу</p>
<p>Салыстырмалы диагностикасы</p>	<p>Генезі басқа табанда дамидын жаралар, қантамырлардың басқа окклюзиялы аурулары, ДТС клиникалық түрлері арасында</p>
<p>Емі</p>	<p>Диабет компенсациясы, аяқ күтімі, науқастарды оқыту. <i>Нейропатикалық түрі</i>: табанға жүктемені азайту, антибиотикотерапия, жараны өңдеу, дұрыс аяқ киім таңдау.</p> <p><i>Ишемиялық түрі</i>: эрготерапия, реваскуляризациялық операциялар, аспирин, антикоагулянттар, тромболитиктер, простагландин дәрілері</p>
<p>Болжамы</p>	<p>ҚД-мен сырқаттанған науқастарда аяқ ампутациясы диабетпен ауырмайтындармен салыстырғанда 20–40 есе жиі орындалады</p>



# ДТС-НЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТҮРЛЕРІНІҢ САЛЫСТЫМАЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Белгісі	Нейропатикалық түрі	Ишемиялық түрі
Орташа жасы	Кез-келген, жиі 40 жаста	55 жастан жоғары
ҚД ұзақтығы	5 жылдан астам	Кез-келген, жиі 1-3 жыл
Басқадай кеш асқынулар	Жиі	Айқын көрініс бермеуі мүмкін.
Қантамырлық патология	Макроангиопатия дамымауы мүмкін	Артериялық гипертензия, гиперхолестеринемия, ЖИА
Анамнезіндегі табан ойық жаралары	Жиі	Сирек
Зақымданған аймақ жағдайы	Әдетте ауырсынусыз. Түнде қатты ауыру сезімі мен парестезия мазалауы мүмкін («мазасыз аяқ» синдромы)	Ауырсынумен. Аяқтың артериялық қанмен қамтамасыз етілуіне тест оң. Қосымша нейропатияның дамуы кезінде ауыспалы ақсақтық көрініс бермеуі мүмкін
Аяқ жағдайы	Аяқтары жылы, қызғылт ренді. Терісі құрғақ, қамыр тәрізді, жырған. Пульс анықталады, көктамырлары толыққанды	Аяқтары ылғалды, суық, көгерген. Пульс әлсіреген немес пальпацияланбайды. Түктену жоқ
Ойық жара локализациясы	Басым жағдайда табанда, башпай аралықтарында.	Жиі башпайда, өкшеде (акральді некроздар)
Сезімталдылығы	Вибрациялық, ауыру және температуралық сезімталдылықтың бұзылуы («шұлық» және «қолғап» типті бойынша), сонымен қатар тізе және өкше рефлекстерінің әлсіреуі, бұлшықет атрофиясы	Сезімталдылықтың айқын бұзылыстары әдеттер болмайды
Табан өзгерісі	Жиі табан деформациясы мен остеоартропатия дамиды.	Сүйек өзгерістері сирек дамиды
Рентгенография	Остеопения, остеолиз, табан буындарының спонтанды фрактурасы, табан күмбезі құрылымының өзгерісі	Тізе мен тобық қантамырларының медиасклерозы (tunica media қантамырларының кальцификациясы)

Снижение интенсивности кровотока



Повреждение нервов



Локальный гиперкератоз  
в области плюсны



Глубокие трещины





**Назар  
аударғандарыңызға  
рахмет!**

