

ЛИТЕРАТУРА

1. Герман, О. Ю. Спондилиты туберкулезной этиологии в структуре дорсалгий – актуальная проблема медицины // БМИК. 2018. №11.
2. Голка, Г. Г., Веснін, В. В., Фадеев О. Г., Бурлака, В. В., Олійник, А. О., Гаркуша, М. А. Общие принципы диагностики туберкулезного спондилита // Травма. 2017. №3
3. Свинцева, Е. В. Клинический случай туберкулезного спондилита с формированием натечных абсцессов / Е. В. Свинцева, Н. Н. Федорова, В. И. Горынцева, В. А. Бекмачева. // Молодой ученый. – 2021. – № 6 (348). – С. 106–110.
4. Хакимова, Р. А., Саиджонова, Ф. Л., Октамов, Р. Т., Исакова, Ш. И., Сайфуддинов, С. З. ЗНАЧЕНИЕ НОВЫХ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НАТЕЧНИКОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ // Теория и практика современной науки. 2020. №11 (65).

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ, НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Хасанова Н. О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Научный руководитель: проф. Маджидова Я. Н.

Актуальность. Сахарный диабет (СД), или нарушение углеводного обмена, продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем мировой медицины. Диабетические осложнения приводят к высокой заболеваемости и смертности, а также к значительному потреблению ограниченных медицинских ресурсов [1].

Значительное расширение возрастных границ диабета, развитие множества осложнений, высокий уровень инвалидизации и летальности определяют приоритетные позиции сахарного диабета в национальных программах здравоохранения всех без исключения стран мира, закрепленные нормативными актами ВОЗ [2].

Цель. На основе клинико-неврологического и нейрофизиологического анализа определить характер и тяжесть различных нейрокогнитивных нарушений у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа с дальнейшей оптимизацией подходов диагностики и коррекции.

Методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 102 пациента в возрасте от 7 до 18 лет, получавшим стационарное лечение по поводу сахарного диабета 1 типа

в детском отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии Минздрава Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение.

Нами было обследовано 102 пациента в возрасте от 7 до 18 лет получавшим стационарное лечение по поводу сахарного диабета 1 типа. Среди обследованных пациентов 57 (55,8%) составляли дети, имевшие возраст на момент манифестации СД младше 7-ми лет. Пациенты с возрастом на момент манифестации заболевания старше 7-ми лет составляли 45 (44,0%) детей.

По длительности СД в группе со стажем до 3-х лет отмечалось достоверное преобладание детей с манифестацией заболевания старше 7-ми лет – 27 (60,0%). Тогда как в группе детей с длительностью СД более 6 лет было достоверное доминирование детей с манифестацией заболевания до семилетнего возраста – 33 (57,9%). Пациенты со стажем заболевания от 3 до 6 лет имели практически одинаковый спектр встречаемости –18 (31,6%) и –14 (31,1%) соответственно.

При проведении неврологического осмотра у всех обследованных пациентов с СД 1 типа были выявлены различные по частоте и выраженности клинические проявления церебральных нарушений. Со стороны черепно-мозговых нервов отмечалась мелкоочаговая симптоматика в виде положительного симптома Данцинг Кунакова – 32 (31,4%), болезненности точек Валле – 33 (32,4%), горизонтального нистагма –17 (16,7%), слабости конвергенции – 41 (40,2%). Все перечисленные признаки скорее всего были связаны с наличием у данной категории пациентов цефалгического синдрома. В двигательной сфере в 14 (13,7%) случаях выявлялась гипотония на руках и ногах. Повышение сухожильных рефлексов на верхних и нижних конечностях регистрировалось у 16 (15,7%) пациентов, понижение – у 29 (28,4%) пациентов. В координаторной сфере наиболее чаще встречались интенционный тремор – 32 (31,4%) и неустойчивость в позе Ромберга – у 11(10,8%) пациентов, Экстрапирамидный синдром выявлялся у 6 (5,9%) детей.

Результаты нейропсихологического и психоэмоционального тестирования. Оценка высших психических функций – памяти, внимания, процессов утомляемости в группах пациентов, – выполнялась с помощью общепринятых стандартных методик – тестов А. Р. Лурия и Б. Бурдона. При анализе выраженности когнитивных нарушений у пациентов с СД регистрировались нарушения памяти (ассоциативной, кратковременной и долговременной), устойчивости внимания, продуктивности запоминания, замедление темпа обработки информации. Легкие когнитивные нарушения выявлены у 45,5% пациентов, умеренные когнитивные нарушения установлены у 54,4% пациентов. Чаще всего у лиц данной категории отмечалось снижение концентрации и устойчивости внимания (таблица 1.3).

Таблица 1.3. Результаты корректурной пробы Бурдона у пациентов с когнитивными нарушениями при СД 1-типа.

Показатели	Группа	Me	Q1 – Q3	n	p
умственная работоспособность AU (знаков/мин.)	1-я группа	2,19	1,87 – 2,79	42	<0,001*
	2-я группа	1,56	1,04 – 2,27	60	
показатель умственной продуктивности E (y. e.)	1-я группа	781,03	610,85 – 974,58	42	<0,001*
	2-я группа	586,48	434,83 – 845,33	60	
концентрация внимания K (%)	1-я группа	65,5	56,0 – 73,2	42	<0,001*
	2-я группа	55,0	46,5 – 66,0	60	
показатель устойчивости внимания Ku (y. e.)	1-я группа	64,5	52,3 – 97,2	42	<0,001*
	2-я группа	48,0	28,4 – 60,6	60	

* – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Так, в результате анализа корректурной пробы Бурдона установлено, что выявленные нарушения внимания превышают таковые в контрольной группе ($p < 0,001$). При внутригрупповой оценке показателей обнаружено достоверное снижение ($< 0,001$) значений «умственная работоспособность», «умственной продуктивности», «концентрация внимания», «устойчивость внимания» в группах пациентов 12-18 лет, чем в группе пациентов 7-11 лет. Таким образом, установлено, что в исследуемых группах у пациентов СД при незначительных неврологических функциональных нарушениях выявляются расстройства когнитивных функций. Замедляются продуктивность и точность выполнения задания, нарушается концентрация и устойчивость внимания, которые наиболее выражены проявляются у старших детей. Одним из самых ранних когнитивных расстройств было замедление темпа обработки информации, которое наступало прежде остальных нарушений.

Выводы. Самыми распространенными жалобами пациентов с когнитивным дефицитом при СД 1 типа являются проявления астено-невротического синдрома ($p = 0,154$), признаки цефалгического синдрома (52,7%), симптомы психоэмоционального напряжения (23,5%) с нарастанием по мере ухудшения метаболической компенсации ($p < 0,001^*$) и длительности заболевания ($p < 0,001^*$), а также когнитивные дисфункции (24,5%), достоверно ухудшающейся по мере роста длительности заболевания ($p < 0,001^*$). У детей и подростков при СД 1 типа когнитивные нарушения легкой степени

присутствуют в (45,5%) случаев и в умеренной степени фигурируют в (54,4%) случаев. Проявляются данные расстройства преимущественно снижением памяти и внимания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сахарный диабет 1 тип и аффективные расстройства у детей и подростков (клинико–этиологическое исследование) : дис. .. канд. мед. наук : 14.01.08 / Донникова Н. А.– Сургут, 2013.– 143 с.
2. Decreased Spontaneous Brain Activity and Functional Connectivity in Type 1 Diabetic Patients Without Microvascular Complications / W. Xia, Y. Chen, Y. Luo et al. // Cell Physiol. Biochem. – 2018. – Vol. 51. – P. 2694– 2703.

АНОЗОГНОЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Шигатов Г. О., Лозак И. С., Олизарович М. Ю.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Актуальность. Одним из самых важных клинических феноменов зависимости от алкоголя является алкогольная анозогнозия, поскольку от её выраженности во многом зависит эффективность терапевтических мероприятий. Алкогольная анозогнозия – тенденция к отрицанию или недооценке значимости заболевания, определяющей трудности формирования мотивации трезвости, повышенный риск рецидивов и общую резистентность к противоалкогольному лечению.

В контексте синдрома зависимости, анозогнозия может проявляться в том, что пациент не признает уровень своей зависимости, не осознает ущерб, который она наносит его физическому и психическому здоровью, а также не оценивает необходимость лечения и восстановления. Чаще такие пациенты воспринимают свое потребление алкоголя как нормальное или контролируемое. Клинические особенности заболевания (длительность развернутой стадии болезни, толерантность, кратность обращения за лечебной помощью, перенесенные алкогольные психозы, сопутствующие соматические заболевания), личностные характеристики, а также особенности микросоциального окружения (родительская и собственная семья пациента) и социального статуса способствуют увеличению или уменьшению отдельных компонентов алкогольной анозогнозии.

Изучение алкогольной анозогнозии позволяет разработать более эффективные методы работы с такими пациентами, а также предупреждать возможные осложнения и возвращение к употреблению алкоголя после