

(МоСА), которая учитывает такие функции, как внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. 26-30 баллов по шкале являются нормой. В исследование были включены пациенты с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типами течения заболевания, которые относятся к наиболее частым вариантам рассеянного склероза. Среди препаратов в группе пациентов, принимающих ПИТРС, использовались следующие: финголимод, интерферон-бета-1 b и глатирамера ацетат.

Результаты и их обсуждение. Средние значения EDSS в первой группе составили $3,2 \pm 1,9$ балла, во второй группе – $3,83 \pm 2,2$ балла. Когнитивный дефицит был выявлен у 4 пациентов (19 %) в первой группе и 7 пациентов (58 %) во второй группе. Среднее значение баллов по шкале МОСа для первой группы составил $26,82 \pm 2,7$, для второй группы – $25,38 \pm 2,6$. Среди лиц с выявленным когнитивным снижением в первой группе средний балл по шкале МОСа составил $23 \pm 2,2$, во второй группе – $23,16 \pm 1,2$.

Выводы. Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что у пациентов, не принимающих ПИТРС, клинически значимое снижение когнитивных функций встречается чаще. Данные указывают на необходимость раннего тестирования пациентов с рассеянным склерозом на наличие когнитивного дефицита не только для лечения, но и для проведения социальной реабилитации. Вместе с тем, необходимо учитывать, что данные нуждаются в наблюдении и уточнении в связи с небольшим количеством наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левин, О. С. Неврология : справочник практ. Врача / О. С. Левин, Д. Р. Штульман. – 10-е изд. – М. : МЕДпресс – информ, 2016. – 1024 с.
2. Яхно, Н. Н. Болезни нервной системы : Руководство для врачей: в 2 т. / под ред. акад. РАН, проф. Н. Н. Яхно. – 6-е изд., репринт. – М : МЕДпресс – информ, 2022.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГЛИКЕМИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Храповицкая К. А., Мартинкевич В. Е.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Жемойтак В. А.

Актуальность. Все острые осложнения сахарного диабета (СД) относятся к жизнеугрожающим состояниям. К наиболее частым вариантам декомпенсации обмена веществ, проявляющимся резким повышением уровня

глюкозы в крови, относятся диабетический кетоацидоз (ДКА) и гиперосмолярный гипергликемический статус (ГГС), представляющие собой экстремальные крайности, но не противоположности, во всем спектре декомпенсаций [1].

Если главная причина ДКА – это абсолютная или выраженная относительная инсулиновая недостаточность, то при ГГС – относительная инсулиновая недостаточность в сочетании с обезвоживанием.

Лечение ГГС имеет свои особенности (более медленное снижение гликемии и осмолярности, использование больших объемов жидкости для регидратации, в два раза меньшая доза инсулина), так как риск отека головного мозга при этом состоянии гораздо выше, чем при ДКА.

По данным литературы, если смертность при составляет 1 %, то при наличии ГГС она повышается до 20 %.

ДКА и ГГС представляют собой интерес и в том плане, что 30-40 % подростков с СД 2 типа манифестируют с кетозом, в отдельных случаях – с ГГС. Выделение группы пациентов с ГГС может быть полезным для дифференциальной диагностики СД 1 и 2 типа

Цель. Определить частоту ДКА, ГГС, лактат-ацидоза и их сочетание у детей с сахарным диабетом при острой декомпенсации заболевания.

Методы исследования. Проведен анализ медицинских карт стационарного больного детей с сахарным диабетом, находившихся на стационарном лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации ГОДКБ в период 2020-2022 гг.

Результаты и их обсуждение. В период с 2020-2022 гг. в отделение поступило 75 детей. Возраст пациентов варьировал от 1 года до 17 лет (преддошкольного возраста – 4 %, дошкольного возраста – 18,67 %, школьного возраста – 77,33 %), из них – 42,67 % мальчиков и 57,33 % девочек). Впервые выявленный СД 1 типа был зарегистрирован у 58,67 % пациентов. Средний стаж пациентов с СД составил $6,94 \pm 3,26$.

ДКА был выявлен у 47 пациентов – 72,3 % (умеренной степени тяжести – 31,91 %, средней степени тяжести – 27,66 %, тяжелой степени тяжести – 40,43 %). ГГС синдром наблюдался у 2 пациентов – 2,67 %.

Выраженная дегидратация, гиповолемия, метаболический ацидоз и электролитные нарушения – это основные факторы, определяющие тяжесть состояния пациента с декомпенсацией СД. Гипергликемия, если она не превышает 26-28 ммоль/л, не представляет непосредственной угрозы жизни больного. Первоочередная цель лечения – не снижение сахара крови, а борьба с ацидозом, дегидратацией, нарушениями электролитного состава крови. Безопасный уровень глюкозы при лечении ДКА – 12-15 ммоль/л. Гликемия более 26 – 28 ммоль/л может вызывать ГГС, особенно, если ей сопутствуют гиперазотемия и гипернатриемия. В связи с этим была выделена группа угрожаемых по гипергликемическому гиперосмолярному синдрому (УГГС) – 42,67 % пациентов.

У группы пациентов УГГС и у пациентов с гликемией менее 28 ммоль/л соответственно: среднее значение рН $7,19 \pm 0,166$ и $7,25 \pm 0,14$, мочевины $6,98 \pm 2,3$ и $4,78 \pm 1,65$, креатинин $102,55 \pm 37,5$ и $86,7 \pm 30,9$, бикарбонат $12,85 \pm 6,01$ и $14,08 \pm 6,22$, эффективная осмолярность $312,1 \pm 9,59$ и $299,84 \pm 9,31$, анионный промежуток $50,84 \pm 7,05$ и $49,43 \pm 8,68$.

При небольшом повышении гликемии крови, но наличии кетоацидоза, регистрируется редко встречающийся «эугликемический кетоацидоз», который наблюдался у 12 пациентов – 16 %.

Лактат-ацидоз вызывается активным синтезом лактата печенью, а также гипоперфузией периферических тканей в условиях снижения рН $< 7,0$. Среднее значение лактата – $2,41 \pm 1,4$ ммоль/л (лакта > 2 ммоль/л определялся у 49,3 %, $> 4-8$ % пациентов).

Выводы. Высокая частота сочетания ДКА и УГГС при декомпенсации СД у детей требует современного, тщательного ведения этих пациентов с целью избежать самого опасного осложнения – диабетической комы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская эндокринология : учебно–методическое пособие для студентов, обучающихся по специальности «Педиатрия» / Н. С. Парамонова, В. А. Жемойтак, Т. В. Мацюк – Гродно : ГрГМУ, 2019. – 396 с.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ И ПИЩЕВОГО СТАТУСА СТАРШЕКЛАССНИКОВ СШ №36 г. ГРОДНО

Цыдик Э. В.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: Синкевич Е. В.

Актуальность. Большинство факторов, вызывающих болезни цивилизации или способствующих их возникновению, находится в нашем повседневном окружении. Продукты питания как часть окружающей среды играют в этом существенную роль. Влияние наследственности на возникновение наиболее распространенных хронических заболеваний различно, однако в целом не столь значительно, как влияние внешних факторов. Обеспеченность эссенциальными элементами питания, в частности, витаминами и минеральными веществами, чрезвычайно важна для роста и развития ребенка [1]. И сбалансированный рацион питания должен полностью удовлетворять потребности детского организма в макро- и микронутриентах. Обеспечение рациональности питания требует постоянного медицинского