

малоэффективности проводимой терапии и отсутствия четких рекомендаций в тактике ведения больных с данной патологией.

ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Седакова Л.В., Карпов С.М., Власова Д.Ю., Францева А.П.
Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, e-mail: 17.dashka@rambler.ru

Сахарный диабет (СД) – хроническое дисметаболическое заболевание, основным проявлением которого является гипергликемия, связанная с нарушением секреции инсулина либо нарушением его взаимодействия с клетками организма, что в конечном итоге приводит к поражению всех функциональных систем организма.

СД является одним из самых распространенных заболеваний в мире. В 2010 году на земном шаре насчитывалось около 239,3 млн больных сахарным диабетом. В России диабетом страдает 3-6% населения, в возрастной группе старше 60 лет – до 10%, а старше 65 лет – до 16% (Балаболкин М.И., 1994). Поэтому СД является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Наиболее тяжелой формой диабета является СД I типа. Несмотря на то, что его доля среди всех форм диабета составляет не более 10-15%, именно СД I типа относят к важнейшей медико-социальной проблеме здравоохранения, так как это заболевание нередко возникает в детском и юношеском возрасте, характеризуется тяжестью течения, ранней инвалидизацией и смертностью. СД занимает одно из первых мест как причина слепоты, которая наступает в 25 раз чаще, чем в общей популяции (Калинин А.П. и др., 1998).

В этой связи изучение состояния зрительного анализатора при сахарном диабете I типа имеет особую актуальность. К настоящему времени доказано, что при СД поражаются все структуры зрительного анализатора. В основе зрительных расстройств при СД лежат патологические изменения на различных отрезках периферической части зрительного анализатора – в области сетчатки, зрительного нерва, хиазмы. В современных представлениях о диабетических поражениях нервной системы важное место отводят нарушениям микроциркуляции в системе *vasae nervorum*, диабетической аксонопатии, сегментарной демиелинизации (G. Dahlquist, 1996, C. Gibbon, 1997). Однако несмотря на пристальный интерес к проблеме в целом, проблема диабетической оптической нейропатии до сих пор остается малоизученной. Публикации по этой проблеме в отечественной и зарубежной литературе фрагментарны и не дают целостной картины диабетического поражения всего оптического пути.

В течение последних двух десятилетий появились современные нейрофизиологические методы для объективной оценки зрительной и мозговой функции, такие как электроретинография (ЭРГ) и исследование зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). Однако до настоящего времени нет единого мнения о влиянии сахарного диабета на функционирование проводящего отдела зрительного анализатора.

Распространенность диабетических осложнений со стороны зрительной системы, в частности у лиц молодого возраста, а также высокий уровень инвалидизации пациентов заставляет разрабатывать новые подходы к раннему выявлению нарушений зрительных функций и способы их коррекции у больных СД.

Менее известным осложнением СД является диабетическая энцефалопатия, приводящая к когнитивному снижению. Когнитивная дисфункция приводит не только к ухудшению качества жизни пациентов, нарушая их социальную активность, но также снижает способность адекватного контроля за течением болезни и, следовательно, увеличивает риск развития грозных осложнений, приводящих к тяжелой инвалидизации и смерти (Чугунов П.А., Семенова И.В., 2008).

Несмотря на большое число работ посвященных изучению когнитивной сферы больных СД, до сих пор не сформировано единое представление о когнитивных нарушениях (КН) при этом заболевании. Много общего найдено в механизмах формирования КН в условиях нарушения углеводного обмена и в процессе естественного старения. Спорным вопросом остается роль сосудистого фактора в генезе когнитивных расстройств при СД. Однако результаты широких эпидемиологических исследований доказывают, что СД является независимым фактором риска как сосудистой деменции, так и болезни Альцгеймера (Z. Arvanitakis, R.S. Wilson, L. Yan, 2006).

Таким образом, в настоящее время, несмотря на растущую актуальность проблемы диабетических осложнений остается большое число вопросов, требующих уточнения. В этой связи в настоящее время назрела проблема проведения исследований с использованием современной методологии, т.к. хроническое течение данного заболевания, а также нарушение всех видов обмена (углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого) приводит к развитию осложнений со стороны большинства органов и тканей молодого организма, определяя тем самым низкое качество жизни пациентов, раннюю инвалидизацию и высокую летальность.

Список литературы

1. Байчоров М.Э., Шевченко П.П., Карпов С.М. Использование препарата Актювегин в лечении больных сахарным диабетом с диабетической полинейропатией // Электронная конференция IV международного научного форума 2012.
2. Байчорова А.Э., Байчоров М.Э., Шевченко П.П., Карпов С.М. Эффективность препарата Мексикор в лечении больных сахарным диабетом с диабетической энцефалопатией // Электронная конференция IV международного научного форума 2012.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Текеева Д.С.

Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, e-mail: janna_blk@mail.ru

Актуальность. Сахарный диабет (СД) – сложное дисметаболическое заболевание, поражающее большинство органов и систем в организме. Наиболее частым проявлением дисфункции головного мозга при СД являются когнитивные нарушения. СД типа 2 и когнитивные нарушения – два самых частых хронических состояния, выявляемых у лиц 60 лет и старше. В этом возрастном периоде СД выявляется примерно у 18-20% лиц, когнитивные нарушения – примерно у 25% лиц, в том числе у 6-8% – деменция, а у 16-19% – умеренные когнитивные нарушения (О.С. Левин, Ф.Н. Ильясова).

Цель исследования: изучить характер и степень выраженности когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом II типа.

Методы исследования: анализ методических данных библиотечного фонда, источников Интернета.

Обсуждение. СД является хроническим дисметаболическим заболеванием, основным проявлением которого является гипергликемия, связанная с нарушением секреции инсулина либо нарушением его вза-

имодействия с клетками организма. Особенностью нейропсихологического профиля у пациентов с СД является преобладание нейродинамических и регуляторных нарушений, выявляемых в тестах на внимание, скорость психомоторных реакций, речевую активность, способность к переключению, концептуальному мышлению и т.д. В то же время сфера памяти часто остается более сохранной. Чувствительность Шкалы краткого исследования психического статуса (Mini-Mental State Examination (MMSE)) оказывается субоптимальной, у пожилых пациентов с СД типа 2 в среднем выявляется оценка на 1–2 балла ниже, чем у лиц того же возраста без СД, а в перспективе 2 лет оценка по MMSE у больных СД в среднем снижается на 0,5 балла быстрее, чем в отсутствие СД. Пожилой возраст пациентов, длительность заболевания повышают вероятность обнаружения когнитивного снижения. Деменция, развивающаяся у больного СД, может быть связана как с цереброваскулярной патологией, так и с первично дегенеративным процессом или иметь смешанный характер. Особую роль в развитии КН играет инсулинорезистентность, предопределяющая развитие артериальной гипертензии, дислипидемии и ожирения. Выявлена связь СД с заболеваемостью болезнью Альцгеймера.

Выводы. СД 2 типа сопровождается развитием когнитивного снижения у значительной части больных и является фактором риска развития как сосудистой деменции, так и болезни Альцгеймера. В структуре когнитивных расстройств при СД 2 типа преобладают нарушения регуляции произвольной деятельности, связанные преимущественной дисфункцией передних отделов коры головного мозга.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Текеева Д.С., Дремова К.А., Гамзалалиев Г.Н., Гадиан Д.И.

*Ставропольская государственная медицинская академия,
Ставрополь, e-mail: janna_blk@mail.ru*

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, избирательно поражающее нейроны черной субстанции и обусловленное недостаточностью дофамина. Классическими признаками БП являются двигательные нарушения. Однако одним из наиболее тяжелых проявлений БП выступают когнитивные

нарушения (КН), которые часто выходят на первый план в клинической картине заболевания и становятся главной причиной дезадаптации больных.

Цель исследования: изучить характер и степень выраженности когнитивных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона.

Методы исследования: анализ литературных данных библиотечного фонда, источников Интернета.

Обсуждение. Согласно результатам исследований с применением нейропсихологических методов, наиболее характерными для БП являются нарушения памяти, замедленность и инертность мышления и нарушения зрительно-пространственных функций. Степень выраженности и частота возникновения когнитивных дисфункций с возрастом нарастают. Пол больного существенно не влияет на выраженность когнитивных нарушений. Память в большинстве случаев БП страдает в легкой или умеренной степени, отмечается преимущественное нарушение оперативной памяти. Мышление при БП характеризуется замедленностью и нарушениями перехода с одного этапа интеллектуального процесса на другой. Под зрительно-пространственными нарушениями в нейропсихологии понимаются трудности распознавания и передачи пространственных взаимоотношений между частями зрительного образа. В основе указанных нарушений высших мозговых функций при БП лежит нарушение связей между подкорковыми базальными ганглиями и лобными долями головного мозга с возникновением вторичной дисфункции последних. В большинстве случаев когнитивные нарушения негрубы и выявляются только при специальном исследовании. Однако в части случаев, особенно у пациентов пожилого возраста, они могут достигать выраженности деменции (слабоумия). Для оценки когнитивного статуса используются: шкала краткого исследования психического статуса (Mini-Mental State Examination (MMSE)), батареи исследования лобных функций (Frontal Assessment Battery (FAB)), тест рисования часов (Clock Drawing Test (CDT)). Аффективные нарушения выявляются с помощью госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)).

Выводы. БП сопровождается не только двигательными, но и когнитивными и другими психическими нарушениями. У пожилых пациентов с длительным стажем болезни психические расстройства нередко достигают выраженности деменции.