ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

В.В. Туз, О.В. Макина, Н.А. Петрова, Е.А. Ларина, М.М. Батяева

ГБУЗ «ЯО Областная детская клиническая больница», ФГБОУ ЯГМУ МЗ РФ, Ярославль

АКТУАЛЬНОСТЬ. Диабетическая полинейропатия (ДПН) — наиболее раннее и частое осложнение сахарного диабета 1 типа, которое оказывает существенное влияние на трудоспособность и социальную активность больных. ДПН развивается на фоне хронической гипергликемии и ассоциирована с патологическими метаболическими изменениями (активация полиолового пути, накопление конечных продуктов гликирования, оксидативный стресс, дислипидемия).

ЦЕЛЬ — изучение частоты встречаемости, структуры и факторов риска ДПН у детей и подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Обследовано 44 ребенка с СД1 в возрасте 5–17 лет. Диагностика ДПН проводилась с помощью шкал для скрининга и оценки выраженности симптомов диабетической нейропатии: Мичиганского опросника для скрининга нейропатии, шкалы неврологических симптомов, оценки вибрационной чувствительности, тактильной и болевой стандартными методами. Статистическая обработка оценивалась методом проверки гипотез о равенстве средних значений двух выборок с помощью коэффициента Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. При неврологическом осмотре у 31,8% детей отмечено снижение вибрационной чувствительности, у 20,5% тактильной. Снижения температурной и болевой чувствительности, нарушения суставно-мышечного чувства выявлено не было. Клинические признаки были оценены нами по совокупности жалоб, их длительности, прогрессирования симптоматики с течением заболевания, а также исходя из снижения чувствительности и рефлексов нижних конечностей. Диагноз ДПН был выставлен 41% пациентам. Корреляционный анализ показал достоверную связь наличия ДПН с длительностью диабета ($p < 0,0005$), уровнем HbA_{1c} ($p < 0,05$). Взаимосвязи с возрастом пациентов, показателями липидного спектра в нашей выборке оказались статистически незначимыми. Диагностика кардиоваскулярной формы проводилась по результатам сбора жалоб пациентов: на приступы сердцебиения без особого напряжения — 9,1%, на головокружение — 20,5%, на головокружение при резкой смене положения тела — 15,9%. Жалобы гастроинтестинального характера на боли в животе предъявляли 18,2% пациентов, на ощущение переполнения желудка — 27,3%, на тяжесть и боль в правом подреберье — 6,8%, на тошноту — 11,4%. Подобные жалобы неспецифичны, но данный факт ставит вопрос о включении таких пациентов в группу риска по гастроинтестинальной нейропатии. Диагностически значимым исследованием мочеполювой нейропатии является урофлоуметрия. С помощью данного метода возможно своевременно определить начальную стадию нарушений мочеиспускания при СД и предотвратить их дальнейшее развитие.

ВЫВОДЫ.

1. Частота встречаемости ДПН составила 41% с преобладанием начальных клинических форм.
2. Достоверными факторами риска развития ДПН является длительность заболевания 4 года и более, декомпенсированные показатели HbA_{1c} .
3. Нарушение вибрационной чувствительности выявлено у 31,8%.
4. Пациентов со специфическими жалобами или симптомами необходимо определить в группы риска по формированию диабетической автономной нейропатии.