ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ

¹Макина О.В., ²Туз В.В., ¹Петрова Н.А., ¹Ларина Е.А., Батяева М.М.

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России», Ярославль

²ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», Ярославль

АКТУАЛЬНОСТЬ: диабетическая полинейропатия (ДПН) — наиболее раннее и частое осложнение сахарного диабета 1 типа, которое оказывает существенное влияние на трудоспособность и социальную активность больных [4]. ДПН развивается на фоне хронической гипергликемии и ассоциирована с патологическими метаболическими изменениями (активация полиолового пути, накопление конечных продуктов гликирования, оксидативный стресс, дислипидемия).

Впервые проведена комплексная оценка состояния периферической и вегетативной нервной системы у детей с СД1 для диагностики ДПН.

ЦЕЛЬ: изучение частоты встречаемости, структуры и факторов риска ДПН у детей и подростков Ярославской области.

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 методиками. 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 HbA1c ($p < 0,05$). 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 мочевого пузыря является урофлоуметрия. С помощью данного метода возможно своевременно определить начальную стадию нарушений мочеиспускания при СД и предотвратить их дальнейшее развитие.

ВЫВОДЫ: частота встречаемости ДПН составила 41% с преобладанием начальных клинических форм; достоверными факторами риска развития ДПН является длительность заболевания 4 года и более, декомпенсированные показатели HbA1c; нарушение вибрационной чувствительности выявлено у 31,8%; пациентов со специфическими жалобами или симптомами необходимо определить в группы риска по формированию диабетической автономной нейропатии.