

других поздних осложнений этого заболевания. Также при сборе анамнеза необходимо обратить внимание на наличие сопутствующих, непосредственно не связанных с СД заболеваний, которые могут влиять на скорость заживления раневых дефектов (сердечная и дыхательная недостаточность, онкологические заболевания, алиментарная недостаточность, терапия глюкокортикоидами и иммуносупрессантами).

Осмотр и пальпация конечностей. При осмотре стоп, голеней, кистей необходимо обратить внимание на состояние и цвет кожных покровов (сухие, влажные, бледные, розовые, гиперемированные), пальпаторно определить их температуру (холодные, теплые, горячие). Очень важно выявить асимметрию цвета и температуры кожи конечностей, что может служить первым признаком имеющегося нарушения.

Оценка состояния периферического артериального кровотока. Клинически значимая артериальная недостаточность может быть исключена при наличии хорошо пальпируемого пульса на периферических артериях конечностей или лодыжечно-плечевом индексе (ЛПИ) $>0,9$. ЛПИ $>1,3$ свидетельствует о ригидности артериальной стенки. У пожилых пациентов или у лиц с ЛПИ $>1,2$ состояние артериального кровотока должно быть подтверждено уровнем артериального давления в пальцевой артерии (величиной пальце-плечевого индекса) или данными транскутанной оксиметрии ($\text{SpO}_2 >40$ мм рт. ст.). Ультразвуковое дуплексное сканирование артерий подтверждает артериальную окклюзию, выявляет ее анатомическую локализацию и протяженность.

Оценка состояния периферической иннервации. Наличие диабетической нейропатии устанавливается на основании определения тактильной чувствительности с помощью 10 г монофиламента. Достоверность полученных результатов повышается при дополнительной оценке других видов чувствительности: вибрационной с помощью градуированного камертона 128 Гц или биотезиометра; болевой с помощью покалывания неврологической иглой; проприоцептивной с помощью пассивного сгибания в суставах пальцев стопы или кисти в положении больного лежа с закрытыми глазами; определение сухожильных рефлексов с помощью неврологического молоточка.

Оценка состояния костных структур нижних конечностей. «Золотым стандартом» оценки состояния костей и суставов остается рентгенография, позволяющая с высокой достоверностью определять очаги остеолитического (остеомиелит). Мультиспиральная компьютерная томография позволяет уточнить локализацию и размеры остеомиелитического очага при планировании объема оперативного вмешательства. Однако эти методы визуализации неинформативны в диагностике острой стадии диабетической остеоартропатии. В этом случае целесообразно использование МРТ. Данный метод позволяет выявить отек костного мозга в зоне предполагаемого поражения. Наиболее простым, доступным и достаточно информативным методом диагностики острой стадии полинейропатии признается инфракрасная термометрия. Разница температуры над пораженным и контралатеральным непораженным суставом в 2 и более градусов Цельсия позволяет с высокой долей вероятности диагностировать это осложнение.

Диагностика раневой инфекции. Основным методом диагностики инфекционного процесса в ране является бактериологическое исследование. Для анализа необходимо брать образцы тканей из разных участков, так как микрофлора может различаться в разных областях дефекта. Клинически значимым считается содержание бактериальных тел выше 1×10^6

на грамм ткани или обнаружение β -гемолитического стафилококка.

Оценка состояния углеводного и липидного обмена является абсолютно необходимым компонентом обследования. Для этого необходимо исследование таких параметров как уровень гликированного гемоглобина A1c (HbA1c), уровень пре- и постпрандиальной гликемии, общего холестерина, холестерина ЛПНП сыворотки крови. Коррекция нарушений углеводного обмена у больного с синдромом диабетической полинейропатии должна проводиться параллельно с лечением раневого дефекта.

Заключение. Ранняя диагностика сахарного диабета позволяет избежать возникновения грозных осложнений этой патологии, в том числе и диабетической полинейропатии. Задача врача состоит в правильном выборе метода диагностики и как можно более раннем начале лечения сахарного диабета.

Список литературы

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Клинические рекомендации Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 6-й выпуск, 2015 г. С. 150-175.
2. Левин О.С. Полиневропатия. Клиническая лекция для врачей, 2014. С. 3-15.
3. Дедов И.И., Токмакова А.Ю., Егорова Д.Н., Галстян Г.Р. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы, 2015 г. С. 100-170.
4. Францева А.П., Карпов С.М., Белякова Н.А., Седакова Л.В., Францева В.О., Чичановская Л.В., Шевченко П.П. Состояние зрительного анализатора при использовании препарата «тиогамма» при сахарном диабете I типа. Фундаментальные исследования. 2013. № 5-1. С. 164-167.
5. Францева А.П., Карпов С.М., Белякова Н.А., Штемберг Л.В., Муравьев К.А., Осипова Н.А. Оценка качества жизни при сахарном диабете I-го типа. Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 2 (144). С. 114-118.
6. Францева А.П., Карпов С.М., Белякова Н.А. Сахарный диабет I типа как фактор дисфункции зрительного анализатора. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 1 (33). С. 43-44.
7. Карпов С.М., Францева А.П., Белякова Н.А., Штемберг Л.В., Карпова Е.Н. Исследование зрительного анализатора на сменяющийся цветной шахматный паттерн у больных с сахарным диабетом I типа. Фундаментальные исследования. 2013. № 12-3. С. 486-490.
8. Frantseva A.P., Karpov S.M., Khatuaeva A.A. A state of visual analyzer according to the reverse color chees type pattern in case of patients with type 1 diabetes. European science review. 2014. № 11-12. С. 29-33.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Большат Г.К., Амиров Ш.М., Долгова И.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, megagashik@inbox.ru

Введение: когнитивные нарушения являются неотъемлемым спутником наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. Чаще всего легкие и умеренные когнитивные нарушения возникают и прогрессируют с возрастом у пожилых людей, страдающих артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, и их наличие ухудшает течение и прогноз этих заболеваний. В свою очередь, прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в сочетании с сахарным диабетом и метаболическим синдромом, способствует нарастанию проявлений когнитивных нарушений и формированию деменции. Именно с развитием когнитивного дефицита связывают огромные социально-экономические потери, которые несет общество. Распространенность когнитивных расстройств крайне высока, и в последние годы отмечается тенденция к ее неуклонному росту. Однако, несмотря на это, в ряде случаев присутствует недооценка роли факторов риска в развитии когнитивных нарушений. Несвоевременная диагностика начальных стадий когнитивного расстройства и, соответственно, отсутствие адекватной терапии приводят к их дальнейшему прогрессированию.

Цель работы: определить частоту и степень тяжести когнитивных расстройств у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Методы исследования: исследование проведено на базе Ставропольского краевого геронтологического центра, г. Ставрополь. Обследовано 30 человек, средний возраст которых составил 78 лет. В исследование включены пациенты с наличием в анамнезе гипертонической болезни I – II стадии, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности. В данной научно-исследовательской работе были применены тесты: мини-исследование психического статуса (шкала MMSE); шкала оценки субъективных неврологических симптомов; шкала апатии; геронтологическая шкала депрессии; субъективная шкала оценки астении.

Результаты исследования: на основании проведенного исследования по данным шкалы психического статуса (MMSE) легкие когнитивные нарушения выявлены у 7 (23%) человек. Деменция легкой степени выраженности у 5 (17%) человек. Деменция умеренной степени выраженности - у 13 (43%) человек. Тяжелая деменция - у 4 (14%) человек.

По оценке субъективных неврологических симптомов у 20 (67%) человек регистрировались субъективные симптомы в диапазоне от 0 до 10 баллов и у 10 (33%) человек - в диапазоне от 11 до 20 баллов.

По шкале апатии выявлена клинически значимая апатия - у 25 (85 %) человек.

По геронтологической шкале депрессии выявлена легкая депрессия у 15 (50 %) человек, тяжелая депрессия у 9 (30 %) человек.

По субъективной шкале оценки астении у 100 % опрошенных получено более 30 баллов, что свидетельствует о выраженной астении.

Выводы: в результате проведенного исследования, у обследуемых с заболеваниями сердечно-сосудистой системы обнаружено значительное количество больных с проявлениями умеренной и тяжелой деменции (43% и 14% соответственно).

Стоит отметить, что отмечались высокие показатели по шкале оценки субъективных неврологических симптомов – у 67% обследованных.

Также высокие показатели отмечаются по шкале апатии, где у 85% наблюдается высокая степень апатии.

Примечательным фактом является то, что показатели по субъективной шкале оценки астении вне «рамки» нормы у 100% обследуемых.

Эти все данные говорят о том, что частота когнитивных расстройств у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы очень высока, и, теоретически эта патология может быть причиной этих самых когнитивных расстройств. Что касается конкретно результатов тестов, использованных в нашей работе, то, в данном случае, нет возможности утверждать однозначно, что эти проявления патологии нервной системы непосредственно связаны кардиопатологией.

Результаты теста «субъективная шкала оценки астении» свидетельствуют, что все обследованные с кардиопатологией имеют проявление астенического синдрома. В связи с чем можно утверждать, что, у очень большого количества больных с хронической кардиопатологией будет наблюдаться проявление нарушений нервной системы в виде астенического синдрома.

Результаты нашего исследования позволяют сделать вывод о том, что существует необходимость постоянного неврологического обследования населения с проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний с целью начала своевременной профилактики психоэмоциональных расстройств.

Список литературы

1. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. Клинико-неврологические проявления хронических цереброваскулярных заболеваний, обусловленных артериальной гипертензией // Кубанский научный медицинский вестник. 2009. № 7. С. 44-47.
2. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. Когнитивные расстройства сосудистого генеза у пациентов молодого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. Т.110. № 10. С. 14-16.
3. Долгова И.Н., Стародубцев А.И. Коррекция хронических цереброваскулярных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. Т. 24. № 4. С. 34-36.

ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Бородин В.Д., Баграмян Д.В.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, Ставрополь, Россия, dborodin112@gmail.com

Актуальность. Сахарный диабет в последние годы распространяется с пугающей быстротой. По данным врачей – эндокринологов, на сегодняшний день сахарным диабетом больны более чем сто миллионов человек в мире. И каждый год эта цифра неминуемо растет. Причем сахарный диабет не щадит никого – ни молодых людей, ни беременных женщин, ни даже детей.

Цель: Раскрыть клинику осложнений сахарного диабета и необходимость ранней диагностики больных данной патологией.

Обсуждение. Сахарный диабет (diabetes mellitus) – заболевание, обусловленное абсолютным или относительным дефицитом инсулина в организме; характеризуется нарушением вследствие этого всех видов обмена и в первую очередь обмена углеводов. Заболеваемость сахарным диабетом неуклонно возрастает. Каждые 10-15 лет во всех странах мира число больных увеличивается вдвое. По мнению Комитета экспертов по сахарному диабету при Всемирной организации здравоохранения, «диабет и его сосудистые осложнения будут постоянно увеличивающимся бременем здравоохранения». Распространенность сахарного диабета – существенный фактор роста числа сердечно-сосудистых болезней, которые развиваются у большинства больных сахарным диабетом. Сахарный диабет стал главной причиной слепоты. В группе больных диабетом гангрена встречается в 20-30 раз чаще, чем среди лиц, не страдающих этим заболеванием. Среди причин смерти сахарный диабет занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В связи с большой распространенностью и увеличением заболеваемости сахарный диабет в настоящее время относят к социальным болезням, что требует ряда общественных мероприятий.

Этиология. Различают генетически (наследственные), обусловленные и не обусловленные генетически формы сахарного диабета. Диабетическая наследственность предрасполагает к сахарному диабету. Согласно современной гипотезе, предрасположенность к сахарному диабету определяется двумя или более генами и реализуется с участием эндогенных и экзогенных факторов. Установлено, что генетически обусловленный сахарный диабет неоднороден. В зависимости от патогенеза он может быть разделен условно на две группы – инсулинзависимый (тип I) и инсулиннезависимый (тип II).

При сахарном диабете опасно не само заболевание, а возникающие осложнения. Часто осложнения – необратимые процессы, развитие которых можно предотвратить.

Диабетическая нефропатия. Диабетическая нефропатия – собирательное понятие, объединяющее все клинические проявления патологии почек, обусловленные сахарным диабетом, включающие меж-