

## СИМПТОМЫ ДИАБЕТА И ЕГО ВТОРОЙ ФОРМЫ

Qurbonmurodov Axmadshoh Sobirovich

Asrorova Vasila Shuhrat qizi

Payg'amov Farangiz Xurshidovna

Sadullayeva Umida Sobir qizi

Abdukarimov Diyorbek Muzaffar o'g'li

*Аннотация: В настоящее время, в связи с всевозрастающими требованиями к эффективной интеллектуальной деятельности во всех сферах функционирования общества, все большую актуальность приобретает изучение когнитивных нарушений. Прогрессирующее старение населения и, как следствие, увеличение связанных с возрастом патологических состояний поставили вопросы снижения памяти и других когнитивных функций в ряд ведущих социальных и медицинских проблем. Есть основания полагать, что в дальнейшем тенденция к «постарению населения» экономически развитых стран мира будет сохраняться и даже усугубляться и что к 2030 г. более трети населения экономически развитых стран составят лица пожилого возраста.*

Поскольку возраст является сильным и независимым фактором риска когнитивных расстройств и деменции, число пациентов с этими расстройствами нарастает одновременно с увеличением числа лиц пожилого возраста. По статистике, от 5 до 25% лиц пожилого и престарелого возраста имеют тяжелые когнитивные нарушения (деменцию). Важно и то, что в общей популяции когнитивное снижение у пожилых лиц ассоциировано с риском инсульта. Смертность среди группы больных с когнитивными нарушениями сосудистого генеза в 2,4 раза выше, чем у лиц соответствующей возрастной группы без таких нарушений. Тот факт, что в Узбекистане уделяется недостаточное внимание осложнение сахарного диабета и цереброваскулярное заболевание, особенности течения заболевания, неудовлетворенное состояние диагностических и реабилитационных мероприятий, невнимание тому, что сахарный диабет сопровождается депрессией и тревогой, не используются специальные опросники в диагностике хроническая ишемия мозга, стадии хроническая ишемия мозга и их ранняя диагностика.

Цель исследования: выявить характерные особенности нарушения высших психических функций у больных с сахарным диабетом для проведения ранней диагностики и профилактики когнитивных нарушений у таких больных.

Алгоритм диагностики когнитивных нарушений

При подозрении на наличие у больного когнитивных нарушений, которое базируется на жалобах самого больного, словах родственников или общем клиническом впечатлении,

следует провести нейропсихологическое исследование. В большинстве случаев для первичной синдромальной диагностики когнитивных нарушений достаточно применения скрининговых нейропсихологических шкал. Рекомендуются для широкого применения в клинической практике четыре методики.

- Краткая шкала оценки психического статуса.
- Батарея тестов на лобную дисфункцию.
- Тест рисования часов.

Наиболее хорошо зарекомендовавшей себя скрининговой шкалой, которая используется уже более 30 лет неврологами и психиатрами большинства стран мира, является краткая

шкала оценки психического статуса (MMSE). Данная шкала представляет собой набор из 11 проб, оценивающих ориентировку во времени и месте, повторение слов, счет, слухоречевую память, называние предметов по показу, повторение фразы, понимание команды, чтение, письмо и рисунок. По данным разных исследователей, результаты краткой шкалы оценки психического статуса могут быть интерпретированы

следующим образом:

- 28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
- 24–27 баллов – умеренные когнитивные нарушения;
- 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0–10 баллов – тяжелая деменция.

Недостатком краткой шкалы оценки психического статуса является ее низкая чувствительность в отношении когнитивных нарушений лобного характера. Более чувствительной в отношении данного вида когнитивных расстройств является

батарея тестов на лобную дисфункцию (БТЛД), предложенная французским неврологом В. Dubois в 1999 г. Другой весьма распространенной оценочной клинической

шкалой является шкала общих нарушений (англ. GDS). Шкала общих нарушений описывает семь последовательных стадий когнитивных нарушений, начиная от очень легких и заканчивая тяжелой деменцией. По общему мнению, два балла данной шкалы соответствуют легким или умеренным когнитивным нарушениям, три – умеренным когнитивным нарушениям или легкой деменции, а четыре–семь – деменции

разной степени выраженности.

В исследование было включено 679 женщин в возрасте 65 лет и старше, сахарный диабет имелся у 382 (7%). Женщины с диабетом имели худшие показатели в 3 когнитивных тестах ( $p < 0,01$  – в двух тестах и  $p = 0,03$  – в MMSE). Пациентки с длительностью диабета от 15 лет и более имели на 57–114% повышенный риск когнитивных нарушений по

сравнению с лицами без диабета. 30-летнее наблюдение за 1892 больными сахарным диабетом в Israeli Ischemic Heart Disease study показало, что у пациентов с

СД статистически достоверно чаще развивалась деменция к концу исследования, чем у лиц без диабета. Исследование Zoe Arvanitakis et al. включало 424 пациента старше 55 лет, сахарный диабет был диагностирован у 15,4% больных. Через 5,5 лет наблюдений у 151 человека развилась болезнь Альцгеймера. Лица с диабетом имели 65%-ный

повышенный риск развития данной патологии. Четырехлетнее наблюдение за пациентами 59–71 года без когнитивных нарушений, разделенных на группы по признаку

нарушений углеводного обмена согласно критериям ADA (без нарушений, лица с НТГ, лица с СД), выявило, что лица с диабетом имели худшие показатели при тестировании когнитивных функций, включая тест MMSE ( $p < 0,09$ ). Последующая коррекция по уровню АД и влиянию таких факторов, как курение, алкоголь и прием медикаментов, не изменила вышеуказанные результаты. Данное исследование являлось частью

проспективного исследования Vascular Aging Study. Примечательно, что относительный риск развития деменции у больных СД 2 в разных популяциях (страны Западной Европы, США, Япония) существенно не различается.

Исследования, отрицающие связь СД и когнитивных нарушений немногочисленны, однако это может быть связано с тем, что отрицательные результаты реже публикуются. Следует также отметить, что исследование, в котором оценивались тесты MMSE и их ассоциация с длительностью диабета, уровнем HbA<sub>1c</sub>, наличием периферической полинейропатии, было одномоментным и включало всего 28 больных. Два других проспективных исследования не нашли взаимосвязи диабета и нарушения когнитивных функций при тестировании, но оба исследования включали менее 50

участников. Кроме того, одно исследование использовало только тест MMSE, который более информативен для скрининга деменции и недостаточно чувствителен для выявления легких и умеренных изменений когнитивных функций.

Заключение:

Таким образом, имеется большое количество убедительных данных о связи сахарного диабета, когнитивных нарушений и деменции. Высокая частота сахарного диабета 2 типа в пожилом возрасте в совокупности с возрастным риском когнитивных нарушений приводит к тому, что когнитивные нарушения становятся серьезной проблемой в диабетологии. Учитывая дальнейшее прогнозируемое постарение населения, можно ожидать, что выявление и лечение когнитивных нарушений при сахарном диабете будет привлекать все большее внимания. Необходимы новые исследования для того,

чтобы лучше понимать механизмы возникновения и прогрессирования когнитивных нарушений. Только на знаниях этих механизмов могут базироваться методы профилактики

и лечения характерных для СД 2 нарушений в важнейшей для современного человека когнитивной сфере.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Rakhmatova D.I. Forecasting of complications of facial nerve neuropathy according to the results of electroneuromyography // World journal of pharmaceutical research. – Индия, 2020. – Vol. 9, Issue 5. – P. 1547-1555. ISSN 2277 – 7105. SJIF Impact Factor 8.084.
2. Rakhmatova D.I. Opportunities Of Acupuncture In Treatment Of Facial Nerve Neuropathy // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 07, 2020. – P. 567-572.
3. Рахматова Д.И., Саноева М.Ж. Анализ причинно-наследственных факторов, предрасполагающих развитию осложнённых форм невропатии лицевого нерва // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – Ташкент, 2021. – №2. – С. 18-20.
4. Рахматова Д.И. Особенности психоэмоциональных расстройств больных с осложнёнными формами // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – Ташкент, 2021. – №2. – С. 39-41.
5. Rakhmatova D.I., Sanoeva M.J. Clinical Course of Facial Nerve Neuropathy in Patients with Comorbid Condition // International Journal of Research. – India, 2018. – № 4. – P. 532-539.
6. Рахматова Д.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с осложнёнными вариантами невропатии лицевого нерва// Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – Ташкент, 2021. – №3. – С. 6-9
7. Рахматова Д.И. Значение нейровизуализационного метода исследования в диагностике осложнённых форм невропатии лицевого нерва// Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – Ташкент, 2021. – №3. – С. 10-12
8. Rakhmatova D.I., Narzilloeva S.J. The effectiveness of neuroprotective therapy in ischemic stroke // European journal of modern medicine and practice. Vol. 2 No.1. – 2022. – P. 17-21
9. Rakhmatova D.I., Narzilloeva S.J. The Significance of Evaluation Scales for the Determination of Cognitive Dysfunction in Ischemic Stroke// Spanish Journal of Innovation and Integrity Vol.4. – 2022. – P. 128-132
10. Rakhmatova D.I. Peculiarities of neurological indicators in complicated forms of facial nerve neuropathy// Science Asia. 48 (2022). P. 881-885
11. Рахматова Д.И. Цереброваскулярные Патологии Сопровождающиеся Когнитивными Нарушениями // Procedia of engeneering and medical science. – 2022. – P. 5-9
12. Рахматова Д.И. Эффективность нейротрофической терапии сертозина при ишемическом инсульте// Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – Ташкент, 2022. – №1. – С. 42-45

13. Рахматова Д.И. Новые Возможности Оценки Лечения У Больных С Невропатией Лицевого Нерва Коморбидных С Сахарным Диабетом// Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali. 07. - 2022. - С. 38-43