

УДК 616.379-008.64:616.832.522]-036.1-092

Р.П. Ляшук1,

І.В. Бойко2,

А.А. Ілюшина1

Буковинський державний медичний
університет, м.Чернівці1,
Чернівецький обласний
ендокринологічний центр2

КОМОРБІДНІСТЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І БІЧНОГО АМІОТРОФІЧНОГО СКЛЕРОЗУ

Ключові слова: цукровий діабет,
поліневропатія, бічний аміотро-
фічний склероз, діагностика.

Резюме. У роботі наведені дані про етіопатогенез і діагностику бічного аміотрофічного склерозу. Описаний випадок поєднання цього захворювання у пацієнта з цукровим діабетом, ускладненим дистальною поліневропатією, що затрудняло діагностичний процес.

Цукровий діабет (ЦД) - поширене у світі ендокринне захворювання з ускладненнями якого, у першу чергу ангіополіневропатіями, стикаються лікарі практично всіх клінічних спеціальностей.

Бічний аміотрофічний склероз (БАС) - рідкісне невиліковне нейродегенеративне захворювання, за якого уражаються рухові нейрони спинного мозку, стовбура та кори головного мозку, що супроводжується паралічами та атрофією м'язів. Чоловіки хворіють частіше, ніж жінки [3, 6, 8]. БАС часто трапляється спорадично, у 90% випадків не пов'язаний зі спадковістю і немає даних щодо його зв'язку з будь-якими чинниками зовнішнього середовища. Решта 10% випадків - родинна форма, наявність котрої дослідники пов'язують із мутацією гена *Cu/Z*, що локалізується на 21-й хромосомі і відповідає за синтез ферменту супероксиддисмутази-1. У результаті цієї мутації синтезується мутантний білок із цитотоксичними властивостями, що призводить до розвитку патологічного процесу [5, 7].

Перші клінічні прояви БАС (м'язові посмикування, корчі, затерпність, слабкість у кінцівках) pojawiaються тоді, коли більшість мотоневронів уже загинули. З часом хвороба прогресує, виникають утруднення мови, атрофія скелетних м'язів, спастичність, патологічні пірамідні рефлекси [1, 2, 4].

Наводимо наше спостереження. Хворий К., 49 років, знаходиться під спостереженням ендокринолога Чернівецького обласного ендокринологічного центру протягом 10-и років з приводу ЦД типу 2, середньої тяжкості, ускладненого дистальною поліневропатією. Терапевтичний статус без особливостей. Очне дно: діабетична ретинопатія. Вуглеводний обмін у стані компенсації: глікемічний профіль - 6,2 - 11,3 - 7,0 ммоль/л, гліколізований гемоглобін - 6,0% (норма до 5,6), С-пептид - 2,7 нг/мл (норма 0,5 - 3,2). Клінічні та біохімічні показники крові в межах норми. ЕКГ:

ритм синусовий, ЧСС - 78/хв., помірні дифузні зміни міокарда. УЗД органів черевної порожнини і щитоподібної залози - без особливостей. Пацієнт придержується дієти типу № 9, отримує метформін по 500 мг двічі/добу.

При неврологічному обстеженні, крім даних за дистальну симетричну сенсорно-моторну поліневропатію (парестезії і нічні болі в дистальних відділах нижніх кінцівок, симетричне порушення больової, температурної та глибокої чутливості, зниження колінних і відсутність ахілових рефлексів) виявлені утруднення мови, м'язові посмикування, слабкість у руках з атрофією м'язів, патологічні пірамідні ознаки. Це дало підставу запідозрити БАС. Для верифікації діагнозу проведені електронейроміографія (ЕНМГ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ).

ЕНМГ: виявлені фасцикуляції в м'язах верхніх кінцівок та ритм "частотола", а також зниження швидкості проведення збудження в нервах верхніх кінцівок на 80% і на 50% - у нервах нижніх кінцівок (від середньої нормальної величини). МРТ: двобічна атрофія та дегенерація кортикоспінальних шляхів спинного мозку на рівні С6Т6.

Наведені результати досліджень підтверджують наявність БАС у нашого пацієнта.

До призначеної антидіабетичної терапії включені: нейромідин 20 мг двічі/добу протягом 2 місяців, нуклео-ЦМФ 2,0 в/м'язово №8, тіогама-турбо 50 мл (600 мг) в/венно крапельно № 10 і в табл. по 600 мг/добу протягом 3 міс, мільгама 2,0 мл в/м'язово через день № 10. Загальний стан хворого стабілізувався. Обнадійливі результати очікуються від призначення рилу тека [7].

Таким чином, наведений випадок із лікарської практики є прикладом поєднання (коморбідності) двох патогенетично різних захворювань з ураженнями нервової системи, які клінічно маскували одне одного і обтяжували загальний стан пацієнта.

Література. 1. Боковой амиотрофический склероз. Руководство для врачей /Под ред. И.А.Завалишина. - М: ООО "ИИА Евразия+", 2007. - 447 с. 2. Локшина А.Б. Боковой амиотрофический склероз /А.Б.Локшина, И.В.Дамулин // Рос.мед.журн. - 2004. - № 24. - С.32-37. 3. Скворцова С.А. Современные представления об этиологии, патогенезе и лечении болезни двигательного нейрона / С.А.Скворцова, С.А.Лимборская, П.А.Сломинский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2003.-№103(11).-С.46-52. 4. Юзвенко Т.Ю. Бічний аміотрофічний склероз на тлі цукрового діабету / Т.Ю.Юзвенко // Клінічна ендокринологія та ендокрин. хірургія. - 2012. - №4 (41). -С.75 -78. 5. Amyotrophic lateral sclerosis /P.Lewis, Rowland, A/Neil [et al.] //N.Engl.J.Med. -2001. - Vol.344, №22.-P. 1688 - 1700. 6. Genetic epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis. /D.Majoor-Krakauer, P.J.Willems [et al.] // Clin.Genet. - 2003. - Vol.63(2). - P.83 - 101. 7. Therapeutic vaccine for acute and chronic motorneuron diseases: Implications for amyotrophic lateral sclerosis /D.N.Angelov, S.Waibcl, O.Guntinas-Lichius [et al.] //Proc. Natl. Acad. Sci.USA. -2003. - Vol. 100(8) - 4790 - 4795. 8. Weydt P. Neuroinflammation in the pathogenesis of amyotrophic lateral sclerosis /P.Weydt, T.Moller //Neuroreport. - 2005. - Vol.25. - P.527 -531.

КОМОРБИДНОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА И БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА

Р.П.Ляшук, И.В.Бойко, А.А.Илюшина

Резюме. В работе приведены данные об этиопатогенезе

и диагностике бокового амиотрофического склероза. Описан случай комбинации этого заболевания у пациента с сахарным диабетом, осложненным дистальной полиневропатией, что затрудняло диагностический процесс.

Ключевые слова: сахарный диабет, полиневропатия, боковой амиотрофический склероз, диагностика.

COMORBIDITY OF DIABETES MELLITUS AND AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS

R.P. Liashuk, I.V. Boyko, A. A. Iliushina

Abstract. This paper presents data on the etiopathogenesis and diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. There was described the case of a combination of the disease in patient with diabetes mellitus complicated with distal polyneuropathy, which complicated the diagnostic process.

Key words: diabetes mellitus, neuropathy, lateral amyotrophic sclerosis, diagnosis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Regional Centre for Endocrinology (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2014. - Vol.13, №4 (50).-P.176-177.

Надійшла до редакції 01.12.2014

Рецензент – проф. В.Ф. Мислицький

© Р.П. Ляшук, І.В. Бойко, А.А.Ілюшина, 2014