

Клінічні особливості перебігу діабетичної полінейропатії

Н.В. Терентьєва

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведені результати обстеження, динамічного спостереження та лікування 56 пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу віком від 20 до 75 років (середній вік – 51,1±9,1 року), жінок було 62,5% (35 пацієнтів), чоловіків – 37,5% (21 пацієнт), середня тривалість ЦД – 8,1±4,2 року. При вивченні варіантів клінічного перебігу та факторів ризику розвитку діабетичної полінейропатії (ДПН) у 51,8% (29 пацієнтів) виявили ДПН з тривалістю захворювання від 1 до 5 років (1-а група), у 48,2% (27 пацієнтів) з тривалістю захворювання від 5 до 10 років (2-а група). Доведено, що у 2-й групі хворих статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше, ніж серед хворих 1-ї групи, діагностували хронічне серцеве недостатність (96,4%), декомпенсацію ЦД (50%), артеріальну гіпертензію (100%), надлишкову масу тіла (89,3%), спадкову обтяженість щодо ЦД (100%).

Ключові слова: діабетична полінейропатія, фактори ризику, профілактика, діагностика.

Діабетична полінейропатія (ДПН) є другою за частотою причиною нейропатичного болю і в структурі ендокринних захворювань цукрового діабету (ЦД) складає близько 70% [1–3]. У більшості пацієнтів з ЦД 2-го типу не вдається досягти стабільних показників метаболічного контролю [4, 5]. Майже у 50% хворих діагноз ЦД встановлюють через 7–12 років від початку захворювання, а у 30% хворих на ЦД 2-го типу виявляють мікро- і макросудинні ускладнення, які є основною причиною інвалідизації цих хворих, особливо працездатного віку [7, 9, 11]. Висока інвалідність і летальність хворих на ЦД зумовлюється більш частим розвитком неврологічного ускладнення – ДПН або синдрому діабетичної стопи, який без належного контролю може призвести до ампутації кінцівки [8, 12].

Рання діагностика і своєчасне лікування ДПН може зменшити кількість ампутацій у цій категорії хворих [9, 10, 13, 14]. Ураження периферійної нервової системи може бути предиктором розвитку і прогресування ЦД 2-го типу. Проте сьогодні в клінічній практиці ДПН частіше діагностують на пізніх стадіях розвитку патологічного процесу, коли ефективність терапії низька, мало уваги приділяють виявленню хворих групи ризику цього захворювання.

Мета дослідження: вивчити клініко-неврологічні особливості ДПН у хворих на ЦД 2-го типу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу дослідження покладено дані результатів обстеження, динамічного спостереження та лікування 56 пацієнтів із ЦД 2-го типу віком від 20 до 75 років (середній вік – 51,1±9,1 року), серед них жінок – 62,5% (35 пацієнтів), чоловіків – 37,5% (21 пацієнт), середня тривалість ЦД – 8,1±4,2 року. Хворі були обстежені на базі КЗ «Київська обласна клінічна лікарня» у поліклінічному та неврологічному відділеннях.

При вивченні варіантів клінічного перебігу та факторів ризику розвитку ДПН серед осіб з ЦД 2-го типу у 51,8% (29

пацієнтів) виявили ДПН з тривалістю захворювання від 1 до 5 років (1-а група), у 48,2% (27 пацієнтів) з тривалістю захворювання від 5 до 10 років (2-а група).

При спостереженні за хворими враховувалися такі клінічні прояви ДПН, як прогресивність перебігу, що характеризується появою нових скарг і неврологічних симптомів, наростанням їхньої вираженості, больового синдрому, вираженими вегетативно-трофічними порушеннями та формуванням синдрому діабетичної стопи. Пероральний глюкозолерантний тест проводили у разі сумнівних значень глікемії для уточнення діагнозу. При цьому глюкозію визначали до і через 2 год після перорального навантаження глюкозою (75 г глюкози, розчиненої в 300 мл).

Діагностичними критеріями ДПН (Dyck P.V. et al., 1999) є: наявність ЦД, тривала хронічна гіперглікемія, наявність дистальної симетричної сенсомоторної полінейропатії, виключення інших причин сенсомоторної полінейропатії, діабетична ретино- або нефропатія, близькі по тяжкості до полінейропатії.

Основні фактори ризику розвитку ДПН в обстежуваних осіб оцінювали за уніфікованими критеріями. Артеріальну гіпертензію діагностували при артеріальному тиску 140/90 мм рт.ст. і вище, а також при нормальному артеріальному тиску, якщо діагноз був встановлений раніше (призначене антигіпертензивне лікування). Надлишкову масу тіла реєстрували при індексі Кетле. Спадковість вважали обтяженою щодо ЦД, якщо у найближчих кровних родичів (батьки, рідні брати і сестри) обстежуваного пацієнта був ЦД.

Кількісний аналіз скарг здійснювали за загальною шкалою неврологічних симптомів (TSS), при цьому оцінювали: «стріляючий» біль, печію, оніміння, парестезії. За шкалою неврологічних розладів (NDS) оцінювали поріг вібраційної чутливості, температурну, больову чутливість і рефлекси ахіллового сухожилка. Вираженість больового синдрому оцінювали за візуальною аналоговою шкалою.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 78,3% хворих на ЦД 2-го типу відзначали ДПН різного ступеня вираженості. Спостерігали збільшення частоти ДПН у міру збільшення тривалості ЦД 2-го типу. При вперше виявленню ЦД 2-го типу ДПН спостерігалася у 29 (51,7%) пацієнтів. За тривалістю перебігу ЦД хворі були поділені на дві групи: 1-у групу склали 24 (82,7%) пацієнта, 2-у групу склали 26 (89,6%) пацієнтів.

У хворих з ДПН у 96,4% випадків діагностували сенсомоторну форму, дистальний тип. У 16 (55,2%) пацієнтів 1-ї групи були переважно вегетосенсорні порушення. Хворі пред'являли скарги на парестезії (100%), крамп (93,1%), «похолодання» кінцівок (82,7%), зниження вібраційної чутливості стоп (100%), больову гіперестезію (68,9%), тоді як рефлекторна сфера та тактильна чутливість не страждали. Одночасне полінейропатичне ураження кінцівок із сенсорними і моторними проявами було достовірно ($p < 0,05$) поширене

серед хворих 2-ї групи (96,2%) – дистальна сенсомоторна ДПН (100%), вегетативна нейропатія (48,1%).

Нейропатичний біль виникав у хворих 1-ї групи у 25,9% випадків, біль за шкалою ВАШ мав незначний характер (100%). У 2-й групі больовий синдром спостерігався у 59,2% хворих, при цьому помірний рівень по ВАШ був у 96,2%, а виражений больовий синдром – у 3,8%. Виражені вегетативно-трофічні зміни («діабетична стопа») були у 22,2% хворих цієї групи. Під час проведення аналізу прогностично значущих факторів ризику розвитку ДПН виявлено: хронічну серцеву недостатність (у 96,4% випадків), декомпенсацію ЦД (у 50%), артеріальну гіпертензію (у 100%), надлишкову масу тіла (у 89,3%), спадкову обтяженість щодо ЦД (у 100% випадків).

Були виділені три варіанти клінічного перебігу ранніх форм ДПН: стабільне, повільнопрогресивне, швидкопрогресивне з формуванням синдрому діабетичної стопи. З 56 хворих у 2 (39,2%) осіб ЦД був у стадії тривалої компенсації, у 31 (55,3%) хворого – короткочасної декомпенсації, у 3 (5,4%) хворих – гіпоглікемія до 3 разів на рік. Повільнопрогресивний перебіг характеризувався поступовим прогресуванням неврологічної симптоматики протягом року. У цій групі був 31 (55,3%) хворий, у 11 (19,6%) хворих відзначали стан компенсації, кетоацидотичний стан спостерігався у

1 (1,7%) хворого, у 16 (28,5%) хворих виявили мікросудинні ускладнення у формі приєднання ретинопатії, у 10 (17,8%) хворих спостерігався нейропатичний больовий синдром.

Швидкопрогресивний перебіг характеризувався значним зростанням вираженості симптоматики у 4 (7,1%) хворих, у 100% хворих протягом року з'явилися ознаки ретинопатії, у 6 (10,7%) хворих приєдналися ознаки нефропатії, у 100% хворих виявили нейропатичний больовий синдром. У 1 (1,7%) хворого спостерігалися гнійно-септичні ускладнення і нейропатичний больовий синдром.

ВИСНОВКИ

Установлення варіанту клінічного перебігу у хворих з ЦД і виявлення «керованих» чинників ризику, що здійснюють значущий вплив на розвиток несприятливого перебігу ДПН, дозволяють проводити профілактичні та лікувальні заходи хворим на ЦД. У групі хворих з тривалим перебігом ЦД статистично достовірно ($p < 0,05$) частіше зустрічалися особи похилого віку із хронічною серцевою недостатністю (96,4%), декомпенсацією ЦД (50%), артеріальною гіпертензією (100%), надлишковою масою тіла (89,3%), спадковою обтяженістю щодо ЦД (100%). Це може бути враховано при проведенні профілактики та лікування ускладнень ДПН у хворих на ЦД.

Клинические особенности течения диабетической полинейропатии Н.В. Терентьева

В статье приведены результаты обследования, динамического наблюдения и лечения 56 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа в возрасте от 20 до 75 лет (средний возраст – 51,1±9,1 года), женщин – 62,5% (35 пациентов), мужчин – 37,5% (21 пациент), средняя длительность СД – 8,1±4,2 года. При изучении вариантов клинического течения и факторов риска развития диабетической полинейропатии (ДПН) в 51,8% (29 пациентов) выявили ДПН с длительностью заболевания от 1 до 5 лет (1-я группа), в 48,2% (27 пациентов) с длительностью заболевания от 5 до 10 лет (2-я группа). Доказано, что в второй группе больных статистически достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем среди больных первой группы, встречались больные с хронической сердечной недостаточностью (96,4%), декомпенсацией СД (50%), артериальной гипертензией (100%), избыточной массой тела (89,3%), наследственной отягощенностью по СД (100%).
Ключевые слова: диабетическая полинейропатия, факторы риска, профилактика, диагностика.

Clinic and diagnosis of diabetic polyneuropathy N.V. Terentyeva

The study is based on data from the survey results, the dynamic observation and treatment of 56 patients with diabetes mellitus (DM) type 2 in age from 20 to 75 years (mean age – 51,1±9,1 years), women – 62,5% (35 patients), men – 37,5% (21 patients), the average duration of diabetes – 8,1±4,2 years. To explore options for clinical course and risk factors of diabetic polyneuropathy (DPN) in 51,8% (29 patients) was FPG with disease duration from 1 to 5 years (group 1), 48,2% (27 patients) with duration of disease from 5 to 10 years (group 2). It is proved that in the second group of patients was significantly ($p < 0,05$) more often than patients of the first group, met patients with chronic heart failure (96,4%), decompensation of diabetes mellitus (50%), hypertension (100%), overweight (89,3%), family history on diabetes (100%).

Key words: diabetic polyneuropathy, risk factors, prevention, diagnosis.

Сведения об авторе

Терентьева Наталья Валентиновна – кафедра неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Баггоутовская, 1. E-mail: nmyrashko@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балаболкин М.И. Фармакоэкономика сахарного диабета / М.И. Балаболкин // Фарматека. – 2003. – № 16. – С. 5–10.
2. Богданов Э.И. Диабетические нейропатии / Э.И. Богданов, В.В. Талантов, Р.З. Мухамедзянов // Неврол. вестн. – 2000. – № 3. – С. 59–67.
3. Галиева О.Р. Лечение диабетической нейропатии / О.Р. Галиева, П.Х. Джанашия, Е.Ю. Мирнина // Рус. мед. журн. – 2005. – № 10. – С. 648–654.
4. Гуламов А.А. Организационная модель оказания консультативной помощи больным сахарным диабетом / А.А. Гуламов // Рус. мед. журн. – 2005. – № 3. – С. 3–6.
5. Дедов И.И. Диабетическая стопа / И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян. – М.: Практ. медицина, 2005. – 197 с.
6. Диабетическая нейропатия: клинические проявления, вопросы диагностики и патогенетической терапии / О.В. Занозина, Г.Н. Варварина, Г.П. Рунов, Л.С. Снегирева. – Н. Новгород, 2006. – 60 с.
7. Карпов А.Ю. Предупреждение макрососудистых осложнений у больных сахарным диабетом с артериальной гипертензией / А.Ю. Карпов // Рус. мед. журн. – 2003. – № 27. – С. 1524–1525.
8. Левин О.С. Полиневропатии: клинич. рук. / О.С. Левин. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 496 с.
9. Методы диагностики диабетической полинейропатии: рук. для врачей / Под ред. Н.А. Шнайдер, М.М. Петровой. – Красноярск: Буква С, 2009. – 416 с.
10. Рачко Т.А. Клинико-психологические особенности больных сахарным диабетом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Рачко. – Красноярск, 2007. – 24 с.
11. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных / О.Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2002. – 305 с.
12. Prevalence of diabetes, antidiabetic treatment and chronic diabetic complications reported by general practitioners / W. Fabian, L. Majkowska, A. Stefanski et al. // Przegl. Lek. – 2005. – V. 62, № 4. – P. 201–205.
13. Risk of diabetes-related amputations in South Asians vs. Europeans in the UK / N. Chaturvedi, C.A. Abbott, A. Whalley et al. // Diabetes UK. Diabetic Medicine. – 2002. – V. 19, № 2. – P. 99–104.
14. Said G. Diabetic neuropathy: a review / G. Said // Nat. Clin. Pract. Neurol. – 2007. – V. 3, № 6. – P. 331–340.

Статья поступила в редакцию 17.11.2014