

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Забавская Л. В., Андреева М. А.

*Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Ключевые слова: диабетическая полинейропатия, нейропатическая боль, оценочные шкалы диабетической полинейропатии.

Резюме: В статье приведены собственные результаты исследования диабетической полинейропатии и качественных особенностей болевого синдрома у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Resume: The article presents the results of original studies of diabetic polyneuropathy and qualitative features of pain syndrome with patients with type 2 diabetes mellitus.

Актуальность. По данным Международной диабетической федерации за 2015 год, у каждого 12-го взрослого имеется сахарный диабет. Согласно прогнозам, к 2040 году общее число больных составит 642 млн (каждый 10-ый житель планеты) [1]. Около 70% поражений нервной системы при сахарном диабете приходится на диабетическую полинейропатию [2].

Диабетическая периферическая нейропатия (ДПН) – клиническое состояние, обусловленное дистрофически-дегенеративными изменениями в строении и соответствующими нарушениями функций периферических соматических и вегетативных нейронов, возникающими на фоне нарушения метаболических процессов при сахарном диабете. Сахарный диабет (СД) - самая частая причина болевой полинейропатии. Около 30% пациентов с диабетической сенсомоторной нейропатией страдают от нейропатической боли, что значительно снижает качество жизни пациентов с сахарным диабетом [3].

Боль является сложным, многомерным чувством, отражающим одновременно интенсивность боли, ее сенсорную и эмоциональную составляющие. При использовании одномерных ранговых шкал боль оценивается только количественно, качественные же особенности игнорируются.

Цель: изучить представленность болевого синдрома (БС) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, выявить особенности сочетанных БС.

Задачи:

1. Изучить наличие и выраженность диабетической полинейропатии у пациентов с СД 2 типа с помощью ряда специализированных шкал и неврологического обследования.
2. Выявить достоинства и недостатки применяемых шкал, взаимосвязь между ними.
3. Определить распространенность БС у пациентов с СД 2 типа.
4. Выяснить корреляцию между степенью ДПН и выраженностью БС.
5. Определить качественные особенности БС у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с СД 2 типа, находившихся на лечении в УЗ «9 ГКБ» г. Минска (средний возраст – $65,82 \pm 8,68$ лет, 76% - f, 24% - m, средняя давность постановки диагноза - $8,65 \pm 7,02$ года). У 13 пациентов имелся сопутствующий вертеброгенный БС. Для выявления качественных отличий БС у пациентов с СД 2 типа группой сравнения выступили 10 пациентов (средний возраст - $61,6 \pm 8,3$ лет, 80% - f, 20% - m) с вертеброгенной люмбоишиалгией без СД 2 типа. Наличие и выраженность ДПН определялись клинически с использованием Мичиганского опросника для скрининга нейропатии (MNSI), шкалы неврологических симптомов (NSS), шкалы нейропатического дисфункционального счета (NDS). Скринингом нейропатической боли послужила Лидская шкала нейропатической боли (LANSS). Для изучения особенностей БС использовался опросник боли Мак-Гилла (MPQ) и визуальная аналоговая шкала (VAS).

Результаты и их обсуждение. Шкала MNSI включает анамнез и физикальное обследование. Анкета для сбора анамнеза состоит из 15 вопросов: 13 из них служат для выявления нейропатии, 1 вопрос позволяет заподозрить нарушение кровообращения в ногах (было у 62%) и 1 - наличие астении (у 68%). Физикальное обследование заключается в визуальной оценке состояния стоп (нарушения выявлены у 46%); в выявлении изъязвлений, оценке ахилловых рефлексов, вибрационной и тактильной чувствительности.

Корреляция между результатами опроса и физикального обследования оказалась низкой (коэффициент корреляции - 0,248).

Это дает нам важную информацию, указывая на то, что одного лишь опроса недостаточно для адекватной оценки состояния пациента.

Шкала NDS. Здесь оцениваются коленные и ахилловы рефлексы, а также температурная, болевая, тактильная и вибрационная чувствительности.

Достоинством данной шкалы является то, что она учитывает не только факт, но и уровень снижения чувствительности (Рис. 1).

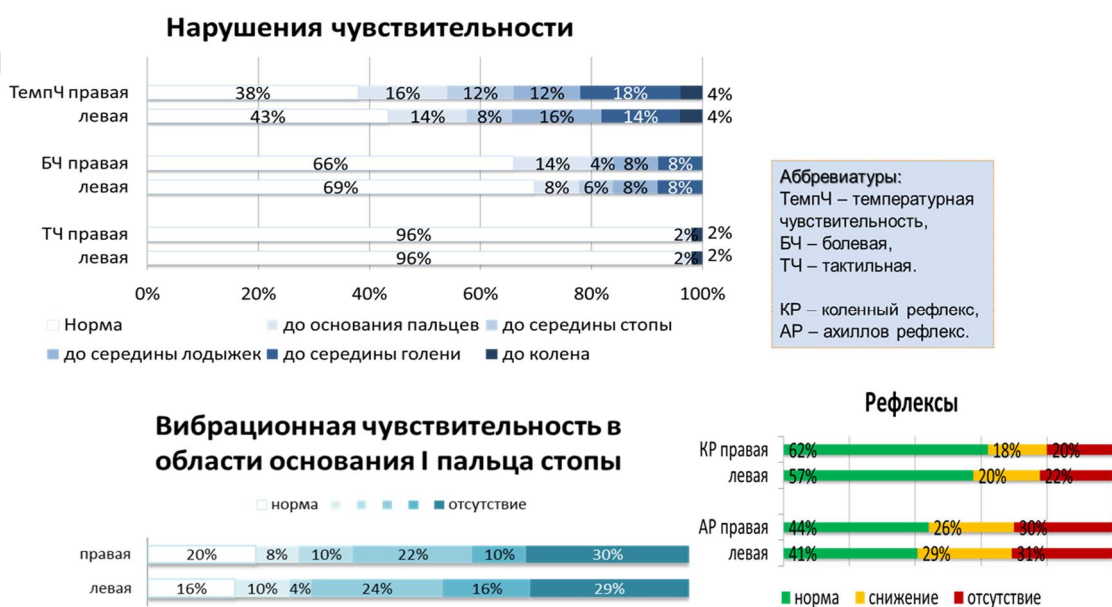


Рис. 1 – Результаты оценки NDS у пациентов с СД 2 типа

Преимущественно наблюдалось нарушение вибрационной чувствительности, в меньшей степени температурной и болевой. Тактильная чувствительность в подавляющем большинстве случаев оставалась сохранной.

Нами была оценена распространенность периферической нейропатии у пациентов с СД 2 типа. MNSI позволил заподозрить наличие ДПН у 64%, NDS – у 84%. Связь между шкалами оказалась умеренной (коэффициент корреляции – 0,567).

Шкала NSS. Субъективный инструмент, строится лишь на основании опроса. Жалобы, характерные для ДПН, предъявляло большинство пациентов (90%). Так, жжение, онемение, покалывание отмечали 72%, утомляемость, судороги, боль – 74% опрошенных. В 44,4% случаев указанные симптомы локализовались в стопах, в икрах – у 35,6%, 20% отмечали иную локализацию. У 42,2% симптомы появлялись как ночью, так и днем, у 28,9% - только ночью, у 13,3% - сразу после пробуждения, у 15,6% - днем. 44,4% пациентов отмечали уменьшение выраженности симптомов при ходьбе, 33,3% - лежа, 13,3% - стоя.

Шкалы NDS и NSS используются для оценки выраженности нейропатии. При этом градация NDS основана на данных физикального обследования, NSS имеет сугубо субъективный характер. Объективно превалирует умеренная нейропатия (76%), субъективная оценка показывает более значительную степень (Рис. 2).

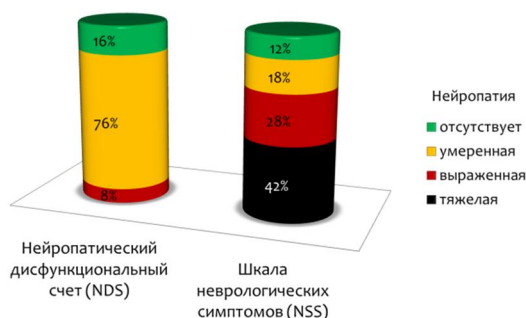


Рис. 2 – Выраженность нейропатии по данным NDS и NSS

Корреляция между шкалами оказалась слабой (коэффициент – 0,187). При оценке выраженности нейропатии следует руководствоваться данными NDS.

Оценка боли у пациентов с СД 2 типа

40,54% пациентов с СД 2 типа предъявляли жалобы на боль. С помощью LANSS было выявлено наличие нейропатического компонента боли у 16,22%. Кроме того, у 53,84% пациентов с СД 2 типа в сочетании с люмбоишиалгией была выявлена болевая форма ДПН. Таким образом, 26% пациентов с СД 2 типа с/без вертеброгенного БС страдали от нейропатической боли.

Связь между интенсивностью боли по VAS и результатами физикального исследования оказалась слабой (коэффициент корреляции между VAS и NDS составил 0,093, между VAS и MNSI – 0,182).

Мак-Гилловский болевой опросник (MPQ). В опроснике все дескрипторы, описывающие качественные особенности боли, разделены на 20 подклассов,

образующих три основных класса: сенсорную, аффективную и оценочную шкалу[4].
 Нами была предпринята попытка разделить имеющиеся 13 сенсорных подклассов на три блока следующим образом: 1,3,4,11 подклассы – 1-й блок (объединяет характеристики типичные для ноцицептивной боли), 2,7,8,12,13 – 2-й блок (склеротомная боль), 5,6,9,10 – 3-й блок (нейропатическая боль) (Рис. 3).

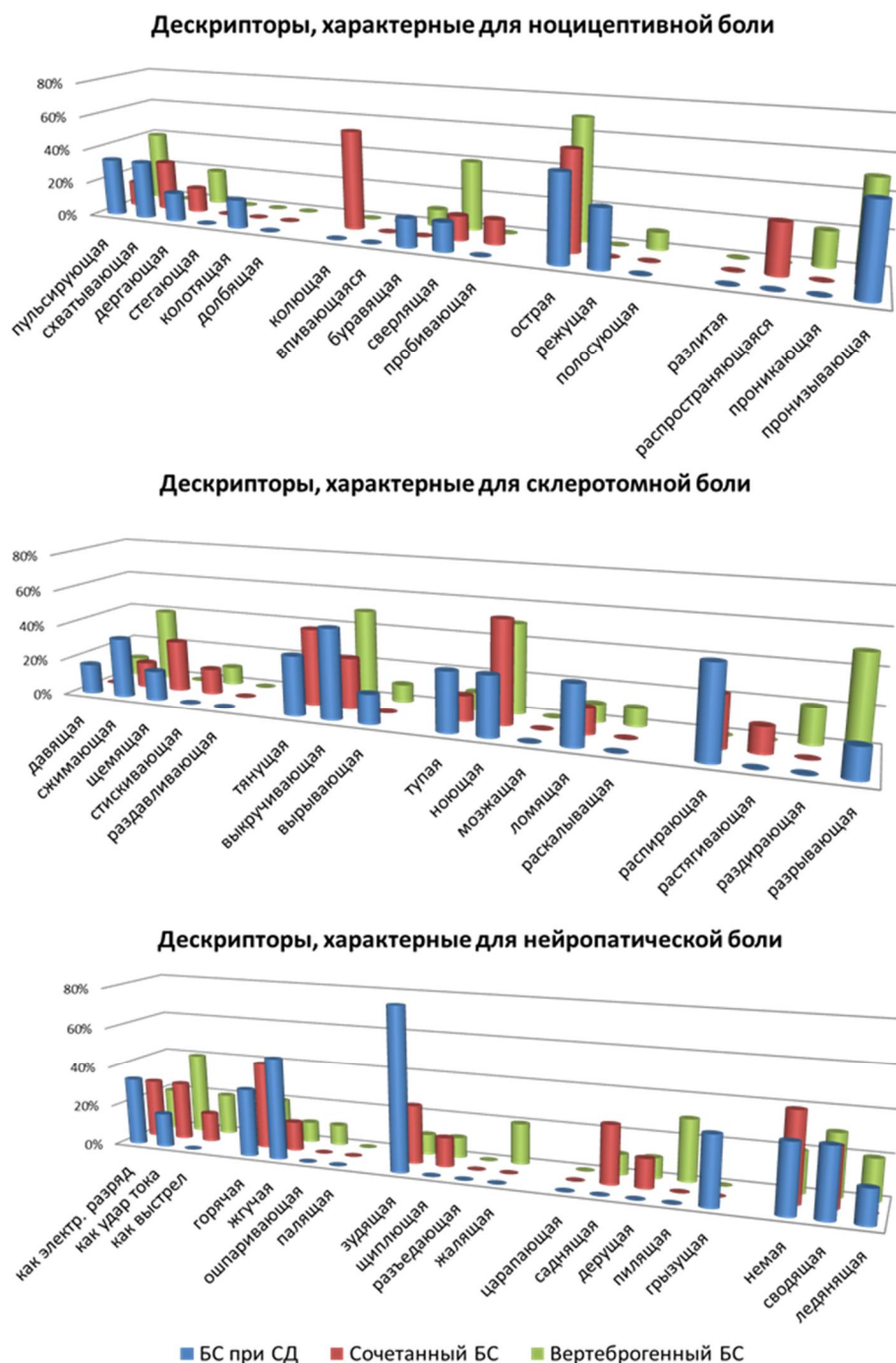


Рис. 3 – Сравнительная качественная характеристика болевых синдромов (MPQ)

Среднее значение по ВАШ для болевого синдрома при СД 2 типа составило $5,84 \pm 1,3$, для сочетанного болевого синдрома – $5,94 \pm 1,23$, для вертеброгенного – $6,34 \pm 0,71$.

83,33% пациентов с СД 2 отмечали умеренную интенсивность боли, 16,67 – сильную. 71,43% пациентов с болевой формой диабетической нейропатии в сочетании с вертеброгенным болевым синдромом предъявляли жалобы на умеренную боль, 28,57% - на сильнейшую. Пациенты с вертеброгенной патологией без СД 2 типа в 40% случаев отмечали сильнейшую боль, на долю сильной и умеренной боли пришлось по 30%.

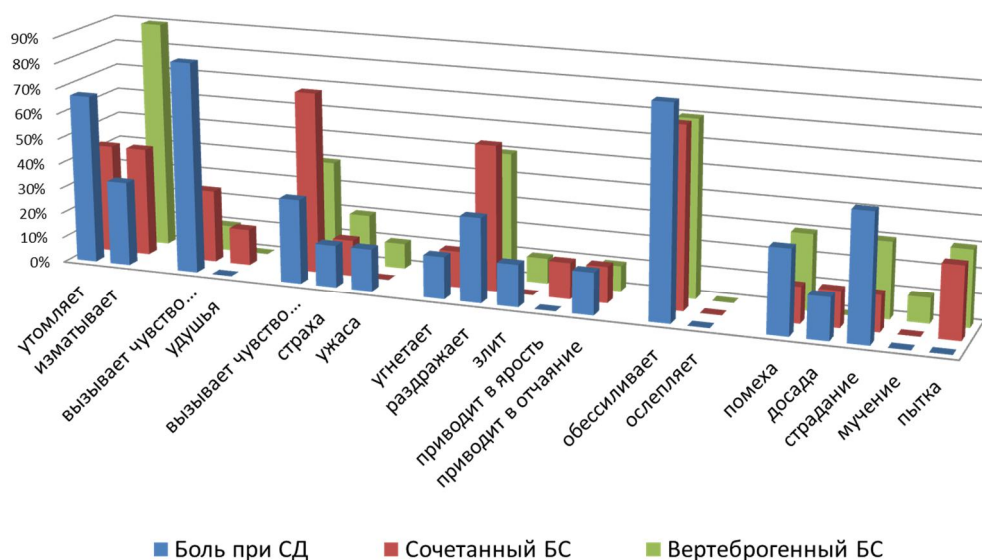


Рис. 4 – Сравнение аффективной составляющей боли (MPQ)

Выводы:

1. По нашим данным, ДПН выявлялась у 64-84% пациентов с СД 2 типа.
2. Субъективных шкал, таких как анкета MNSI, NSS, недостаточно при оценке наличия и степени выраженности нейропатии у пациентов с СД 2 типа. Данные этих шкал не коррелируют с результатами физикального обследования.
3. По нашим данным, БС выявлялся у 40,54% пациентов с СД 2 типа, 26% пациентов страдали от нейропатической боли.
4. Наличие и выраженность боли при СД 2 не зависит от степени ДПН.
5. По данным нашего исследования, сочетанный БС переносился пациентами легче, чем БС в группе сравнения.
6. MPQ является удобным инструментом для определения не только количественных, но и качественных характеристик БС.

Литература

1. IDF Diabetes Atlas - 7th Edition URL: <http://www.diabetesatlas.org/> (дата обращения: 09.03.2016).
2. Антонова, К. В. Диабетическая полинейропатия : возможности патогенетического воздействия // Российский медицинский журнал. - 2011. - №13. - С. 816-820.

3. International Association for the Study of Pain URL: <http://www.iasp-pain.org/index.aspx> (дата обращения: 09.03.2016).

4. Харченко, Ю. А. Адекватная оценка боли — залог ее успешного лечения // UNIVERSUM: медицина и фармакология URL: [http://7universum.com/pdf/med/4\(5\)/Kharchenko.pdf](http://7universum.com/pdf/med/4(5)/Kharchenko.pdf) (дата обращения: 09.03.2016).