

Л. В. Забавская

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Научный руководитель ассист. М. А. Андреева

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

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

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

L. V. Zabavskaia

ASSESSMENT OF PAIN SYNDROME WITH PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Tutor assistant M. A. Andreeva

*Department of Nervous and Neurosurgical Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

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.

Keywords: diabetic polyneuropathy, neuropathic pain, scale for the assesment of the diabetic polyneuropathy.

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 [1].

Порядка 70% поражений нервной системы при сахарном диабете приходится на диабетическую полинейропатию (ДПН) [2]. Около 30% пациентов с ДПН страдают от нейропатической боли, что значительно снижает качество их жизни [3].

Цель: Улучшить объективность диагностики ДПН путем сравнительной оценки диагностической значимости валидизированных шкал, рекомендованных для использования в клинической практике.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов с СД 2 типа (основная группа). 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 болевого синдрома использовался опросник боли Мак-Гилла (MPQ) и визуальная аналоговая шкала (VAS).

Результаты и их обсуждение. Шкала MNSI включает сбор анамнеза и физикальное обследование (визуальная оценка состояния стоп (нарушения об-

наружены у 46%), оценка ахилловых рефлексов, вибрационной и тактильной чувствительности). Кроме того, вопросы шкалы позволяют заподозрить нарушение кровообращения в ногах и наличие астении (выявлено у 62% и 68% соответственно).

Корреляция между результатами опроса и физикального обследования оказалась низкой (коэффициент корреляции - 0,248), что указывает на то, что одного лишь опроса недостаточно для адекватной оценки состояния пациента.

Шкала NDS позволяет оценить коленные и ахилловы рефлекс, а также температурную, болевую, тактильную и вибрационную чувствительность, учитывая не только факт, но и уровень снижения чувствительности. Преимущественно наблюдалось нарушение вибрационной чувствительности, в меньшей степени температурной и болевой. Тактильная чувствительность в подавляющем большинстве случаев оставалась сохранной.

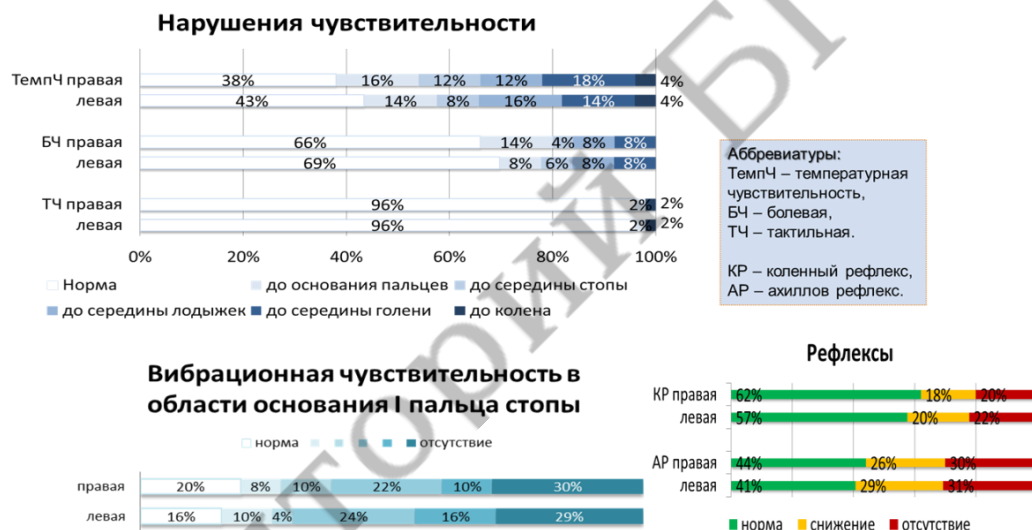


Рисунок 1 – Результаты физикального обследования пациентов основной группы пациентов по данным NDS

Нами была оценена распространенность периферической нейропатии у пациентов основной группы. MNSI позволил заподозрить наличие ДПН у 64%, NDS – у 84%. Связь между шкалами оказалась умеренной ($r=0,567$).

Шкала NSS является субъективным инструментом, строится на основании опроса. Жалобы, характерные для ДПН, предъявляло большинство пациентов (90%). Жжение, онемение, покалывание отмечали 72%, утомляемость, судороги, боль – 74%. В 44,4% случаев указанные симптомы локализовались в стопах, в икрах – у 35,6%. 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. У 44,4% пациентов выраженности симптомов уменьшалась при ходьбе, у 33,3% – лежа, у 13,3% – стоя.

Шкалы NDS и NSS используются для оценки выраженности ДПН. 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 (рисунок 2). Корреляция между шкалами оказалась слабой ($r=0,187$).

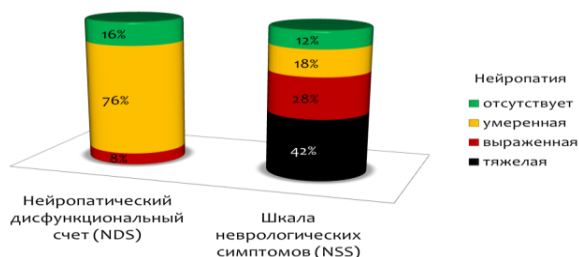


Рисунок 2 - Сравнение распределения степени выраженности полинейропатии у пациентов основной группы по данным NDS и NSS

В исследуемую группу для оценки болевого синдрома были включены 28 (44%) пациентов основной группы, предъявляющих жалобы на боль. С помощью LANSS было выявлено наличие нейропатического компонента боли у 13 пациентов (26%) исследуемой группы. У 6 пациентов с нейропатией наблюдалась болевая форма ДПН (1-я группа), у 7 в сочетании с вертеброгенным болевым синдромом (2-я группа).

Для выявления качественных отличий боли у пациентов с СД 2 типа группой сравнения выступили 10 пациентов с вертеброгенной люмбоишиалгией без СД 2 типа (3-я группа).

Среднее значение по VAS в 1-й группе составило $5,84 \pm 1,3$, во 2-й – $5,94 \pm 1,23$, 3-й – $6,34 \pm 0,71$. Связь между интенсивностью боли по VAS и физикальными данными была слабой (r между VAS и NDS – 0,093, между VAS и MNSI – 0,182).

83,33% пациентов 1-й группы отмечали умеренную интенсивность боли, 16,67 – сильную. 71,43% пациентов 2-й группы предъявляли жалобы на умеренную боль, 28,57% – на сильнейшую. Пациенты с 3-й группы в 40% случаев отмечали сильнейшую боль, на долю сильной и умеренной боли пришлось по 30%.

Заключение. ДПН является распространенным осложнением СД 2 типа: шкала MNSI позволила выявить ДПН у 64% пациентов, NDS – у 84%. Субъективных шкал, таких как анкета MNSI, NSS, недостаточно для оценки наличия и степени выраженности полинейропатии у пациентов с СД 2 типа. Данные этих шкал не коррелируют с результатами физикального обследования, но могут применяться как вспомогательный метод для анализа субъективных симптомов пациента. Неврологическое обследование рекомендовано пациентам с СД 2 типа вне зависимости от того, предъявляют ли они активные жалобы. В клинической практике для объективизации наличия и степени выраженности ДПН рекомендовано использование NDS ввиду ее высокой чувствительности. Болевой синдром широко представлен у пациентов с СД 2 типа. 44% пациентов основной группы предъявляли жалобы на боль в нижних конечностях, нейропатический компонент был выявлен у 26% пациентов основ-

ной группы. Наличие и выраженность боли не коррелировала со степенью выраженности ДПН.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликовано 2 статьи в сборниках материалов, 1 тезис докладов, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (кафедра нервных и нейрохирургических болезней).

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).

Репозиторий БГМУ