

Мищанчук Е.А., Макаревич Т.О.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Яковлева Е. В.

Кафедра поликлинической терапии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Диабетическая полинейропатия является самым частым осложнением сахарного диабета. В среднем частота нейропатии среди пациентов с сахарным диабетом составляет 25%, при углубленном неврологическом исследовании она возрастает до 50%, а при применении электрофизиологических методов исследования, исследовании вегетативных функций и количественной оценки чувствительности – до 90%. Нейропатическая боль - болевой синдром, обусловленный поражением соматосенсорной нервной системы вследствие разных причин.

Согласно рекомендациям Европейской федерации неврологических обществ (EFNS) по терапии некоторых состояний, сопровождающихся нейропатической болью, наиболее признанной в лечении данного вида боли, является рациональная фармакотерапия, которая проводится с учетом индивидуальных особенностей пациента и клинико-фармакологических характеристик лекарственных средств.

Цель: оценить адекватность лечебно-диагностической стратегии ведения пациентов с диабетической полинейропатией в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских амбулаторных карт 22 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Результаты и их обсуждение. Диабетическая полинейропатия была определена у 15 (68%) из 22 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа по, как минимум, 3 критериям из 5 и классифицировалась как дистальная симметричная, преимущественно сенсорная полинейропатия.

Определение нейропатического компонента боли осуществлялось без ссылки на опросник по диагностике нейропатической боли «DN 4». Подавляющее большинство пациентов (73%) характеризовали боль как жгучую, стреляющую, ноющую, “как будто бьет током” или как иные странные ощущения. Отмечали онемение в болевых зонах - ощущение «ползания мурашек» или «иголок под кожей») 60% пациентов, а гиперчувствительность к прикосновению или холоду наблюдалась у 33%.

Лекарственные средства первой линии для фармакотерапии нейропатической боли (антиконвульсанты и антидепрессанты) были назначены только 6 пациентам (40%): габапентин - 3 пациентам, прегабалин - 1 пациенту, amitриптилин - 2 пациентам. Данные лекарственные средства назначались короткими курсами и без учета динамики болевого синдрома. Препараты глубокого резерва (опиоиды) не применялись у данной категории пациентов. Важно отметить тот факт, что всем пациентам с диабетической полинейропатией периодически назначались нестероидные противовоспалительные средства (мелоксикам, нимесулид, ацеклофенак и т.д.).

Выводы. Лечебно-диагностическая стратегия ведения пациентов с диабетической полинейропатией в амбулаторных условиях имеет ряд проблемных зон:

- не проводилась оценка интенсивности болевого синдрома;
- не использовались специальные опросники для диагностики нейропатического компонента боли;
- фармакотерапия нейропатической боли проводилась эпизодически без учета динамики болевого синдрома.

Преодоление вышеуказанных проблем позволит индивидуализировать фармакотерапию болевого синдрома у пациентов с диабетической полинейропатией.