

*Л.В. Забавская*

## **ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

*Научный руководитель ассист. Андреева М.А.*

*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.

**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 (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 36 пациентов с СД 2 типа, находившихся на лечении в УЗ «9 ГКБ» г. Минска (средний возраст -  $66 \pm 8,5$  лет, 72,2% - f, 27,8% - m, средняя давность постановки диагноза -  $8,7 \pm 5,9$  лет). У 12 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 люмбагои 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 61%) и 1 - наличие астении (у 75%). Физикальное обследование заключается в визуальной оценке состояния стоп (у 47,2%); в выявлении изъязвлений, оценке ахилловых рефлексов, вибрационной и тактильной чувствительности.

Корреляция между результатами опроса и физикального обследования оказалась низкой (коэффициент корреляции - 0,249).

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 рефлексy, а также температурная, болевая, тактильная и вибрационная чувствительности.

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

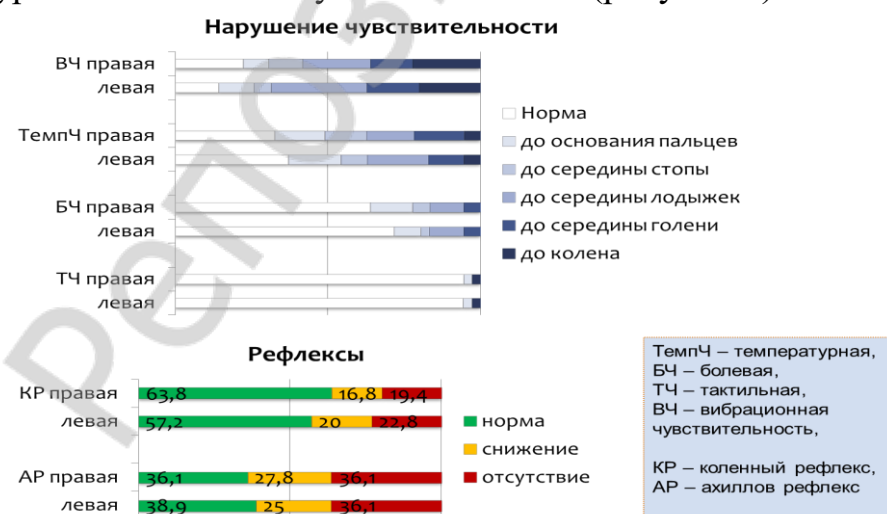


Рисунок 1 – Результаты оценки NDS у пациентов с СД 2 типа

Преимущественно наблюдалось нарушение вибрационной чувствительности, в

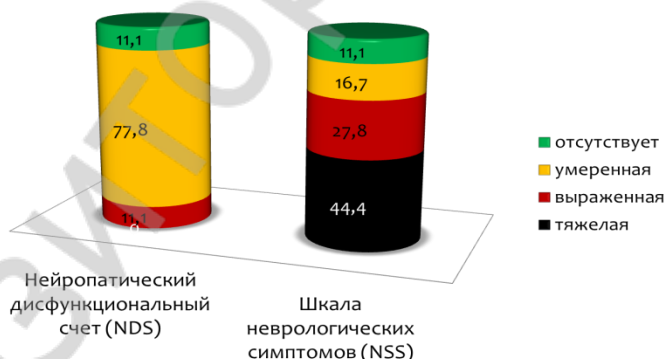
меньшей степени температурной и болевой. Тактильная чувствительность в подавляющем большинстве случаев оставалась сохранной.

Следует также отметить, что при физикальном обследовании у 44,4% пациентов была выявлена гиперпатия в ответ на укол иглой, у 5,6% – аллодиния в ответ на прикосновение кисточкой.

Нами была оценена распространенность периферической нейропатии у пациентов с СД 2 типа. MNSI позволил заподозрить наличие ДПН примерно у 66,7%, NDS – у 88,9%. Связь между шкалами оказалась умеренной (коэффициент корреляции – 0,625).

**Шкала NSS.** Субъективный инструмент, строится лишь на основании опроса. Жалобы, характерные для ДПН, предъявляло большинство пациентов: так жжение, онемение, покалывание отмечали 69,4%, утомляемость, судороги, боль – 77,8% опрошенных. В 44% случаев указанные симптомы локализовались в стопах, такая же доля пришлась на икры, 12% отмечали иную локализацию. У 37% симптомы появлялись как ночью, так и днем, у 31% – только ночью, у 19% – сразу после пробуждения, у 13% – днем. 50% пациентов отмечали уменьшение выраженности симптомов при ходьбе, 38% – лежа, 12% – 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 (78%), субъективная оценка показывает более значительную степень (рисунок 2).



**Рисунок 2** – Выраженность нейропатии по данным NDS и NSS

Корреляция между шкалами оказалась слабой (коэффициент – 0,169). При оценке выраженности нейропатии следует руководствоваться данными NDS.

#### Оценка боли у пациентов с СД 2 типа

54,4% пациентов с СД 2 типа предъявляли жалобы на боль. Среднее значение по VAS составило  $5,7 \pm 1,9$ . С помощью LANSS было выявлено наличие нейропатического компонента боли у 30,6% пациентов.

Связь между интенсивностью боли по VAS и результатами физикального исследования оказалась слабой (коэффициент корреляции между VAS и NDS составил 0,116, между VAS и MNSI – 0,176).

**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. MPQ доказал высокую эффективность в многомерной оценке боли. [4]

В таблице 1 представлены наиболее распространенные сенсорные и аффективные характеристики боли у пациентов с СД 2 типа.

**Таблица 1.** Характеристика болевого синдрома у пациентов с СД 2 типа

СД 2 типа		
Компонент	Характеристика боли	Распространенность, %
<i>Сенсорный</i>	Колющая	29,2
	Выкручивающая	25
	Зудящая	25
	Сводящая	25
	Ноющая	20,8
<i>Аффективный</i>	Утомляет	37,5
	Обессиливает	37,5
	Вызывает чувство тошноты	20,8

Большинство опрошенных оценивали свою боль как умеренную (61%), 31% отмечали сильную боль, 8% - слабую. Среднее значение по VAS группе пациентов с СД 2 типа составило 5,68.

Пациенты с вертеброгенным БС выбирали большее число описательных характеристик боли и более тяжелые регистры интенсивности. Преобладающие дескрипторы представлены в таблице 2. Стоит отметить, что 90% пациентов при описании боли использовали такую характеристику, как «изматывающая». Никто из пациентов не охарактеризовал свою боль, как слабую, по 30% говорили о умеренной и сильной боль, 40% пациентов отмечали сильнейшую боль. Среднее значение по VAS составило 5,57.

**Таблица 2.** Качественная характеристика вертеброгенного болевого синдрома

Вертеброгенный болевой синдром		
Компонент	Характеристика	Распространенность, %
<i>Сенсорный</i>	Острая	70
	Выкручивающая	50
	Ноющая	50
	Пронизывающая	50
	Подобная удару тока	40
	Пульсирующая	40
	Сверлящая	40
	Сжимающая	40

Продолжение таблицы 2

<i>Аффективный</i>	Изматывает	90
	Обессиливает	70
	Раздражает	50
	Вызывает чувство тревоги	40
	Боль – помеха	30
	Боль – страдание	30
	Боль –пытка	30

При сочетанном болевом синдроме наблюдалось большее разнообразие в описании пациентами своей боли (таблица 3).

**Таблица 3.** Качественная характеристика сочетанного болевого синдрома

<b>Сочетанный болевой синдром</b>		
<b>Компонент</b>	<b>Характеристика</b>	<b>Распространенность, %</b>
	Ноющая	50
	Острая	41,6
	Коллющая	33,3
	Тянущая	33,3
<i>Сенсорный</i>	Немая	33,3
	Как электрический разряд	25
	Подобна удару тока	25
	Щемящая	25
	Горячая	25
	Пронизывающая	25
<i>Аффективный</i>	Вызывает чувство тревоги	50
	Раздражает	50
	Изматывает	41,6
	Обессиливает	41,6
	Утомляет	33,3
	Боль – страдание	25

У пациентов с сочетанным болевым синдромом возросло чувство тревоги (отмечали 50%). Половина пациентов описывали свою боль, как умеренную, 16% - как слабую, снизилась доля сильной и сильнейшей боли (по 17%).

Среднее значение по VAS составило - 5,37.

**Выводы:**

1. По нашим данным, ДПН выявлялась у 66,7-88,9% 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 54,4% пациентов с СД 2 типа.
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. МРQ является удобным инструментом для определения не только количественных, но и качественных характеристик БС.

*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

**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).