

УДК: 616.833-002-031.14 : 616.379-008.64

Редкие формы диабетической полинейропатии

В.В. Самохвалова

The rare form of diabetic polyneuropathy

V.V. Samokhvalova

¹Государственное учреждение «Крымский Государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», Симферополь

Ключевые слова: сахарный диабет, проксимальная моторная полинейропатия

Сахарный диабет (СД) – одна из основных причин поражения периферической нервной системы и черепных нервов. Диабетическая периферическая невропатия (ДПН) является одним из наиболее частых микроваскулярных и метаболических осложнений СД. Медицинскую и социально-экономическую значимость проблемы ДПН трудно переоценить учитывая снижение качества жизни и социальной активности больных, а также колоссальные материальные затраты на их лечение и социальное обеспечение [2, 4, 5, 7].

Признаки ДПН являются предикторами самого СД и диагностируются у больных задолго до развития болезни [7].

В настоящее время ДПН определяется наличием симптомов и/или признаков нарушения функции периферических нервов у **больных** СД после исключения других причин [4, 7].

ДПН, являясь поздним осложнением СД, не только значительно снижает качество жизни больного, но и способствует развитию других осложнений СД, таких как язвенные дефекты стоп (нейропатическая форма синдрома **диабетической** стопы) и нейро-остеоартропатия (стопа Шарко). ДПН лежит в основе 50–75% всех нетравматических ампутаций при СД.

Эндокринолог и невропатолог, занимающиеся **лечением** осложнений СД, чаще всего встречаются с симметричной дистальной сенсорной полинейропатией, которая выявляется более чем у 50% больных с сахарным диабетом (СД) 1-го и 2-го типа. Частота нейропатии у больных СД, диагностируемой на основании симптомов, составляет около 25%, а

при проведении электронейромиографического исследования — 100% [2, 7].

Диагностика ДПН основывается на тщательном клинико-неврологическом и эндокринологическом обследовании больного, а также электромиографических исследованиях.

Клинически ДПН проявляется покалыванием, чувством «ползания мурашек», онемением, зябкостью стоп или чувством жжения, колющими, режущими болями в области стоп, в основном в состоянии покоя, ближе к вечеру.

Дистальная симметричная локализация болей – характерный признак ДПН. При физической активности интенсивность жалоб уменьшается, что является характерным диагностическим признаком. Со временем жалобы принимают постоянный и упорный характер. Нередко уже на стадии постановки диагноза СД 2 типа, у больного имеются те или иные нарушения чувствительности, снижение рефлексов на нижних конечностях (ахилловых, коленных) [2, 5].

При несвоевременно начатом лечении и неэффективности терапии развиваются такие осложнения ДПН, как язвы стоп, которые могут приводить к некрозу, гангрене (диабетическая стопа) и часто к ампутациям. Пациенты с СД нуждаются в ежегодном неврологическом и клиническом обследовании стопы [2, 4].

¹95006, Украина, Симферополь, Крым, бульв. Ленина 5/7, e-mail office@csmu.strace.net

Патогенез ДПН сложен и до конца не изучен. Длительная гипергликемия приводит, прежде всего, к метаболическим изменениям в нервных волокнах и развитию оксидантного стресса, однако в патогенезе заболевания важную роль играет и поражение *vasa nervorum* с нарушением кровоснабжения нервных волокон [5].

Клинические варианты диабетической полиневропатии с вовлечением проксимальных мышечных групп гораздо менее известны врачам в отличие от хорошо известной формы диабетической полиневропатии, при которой имеется двусторонний симметричный дистальный сенсомоторный дефект.

Асимметричная проксимальная моторная невропатия (диабетическая амиотрофия) развивается при длительно существующем диабете II типа, чаще у мужчин. Пик заболеваемости приходится на 50-60 лет, причем эта форма часто сопровождается декомпенсацией сахарного диабета и значительной потерей массы тела, что часто вызывает подозрение о злокачественной опухоли. Начинается она с остро или подостро развивающихся интенсивных болей жгучего характера по передней поверхности бедра или поясницы. Снижение чувствительности минимально или отсутствует. На фоне болевого синдрома возникает парез и атрофия передних мышц бедра. Боль обычно проходит в течение нескольких недель. Парез и атрофия сохраняются много месяцев [8, 9]. Близкую картину асимметричной проксимальной слабости и атрофии дают такие заболевания, как карциноматозная или лимфоматозная радикулопатия

Симметричная проксимальная моторная невропатия – еще более редкий вариант диабетической полирадикулоневропатии, также возникающий у больных с инсулиннезависимым сахарным диабетом. Она развивается подостро, на протяжении нескольких недель или месяцев, характеризуется нарастающей слабостью и атрофией проксимальных мышц ног, иногда – мышц плечевого пояса и плеча. Нарушения чувствительности выражены минимально или отсутствуют. Это состояние иногда ошибочно принимают за первичное мышечное поражение или миелопатию [8, 9].

Для развития проксимальной диабетической полиневропатии (равно как для развития всех других форм диабетической невропатии) совсем не обязательно наличие тяжелых метаболических нарушений: иногда они могут выявляться впервые при проведении глюкозо-толерантного теста (латентный диабет).

Также развитие симметричной проксимальной мышечной слабости в верхних и нижних конечностях имеет место при полимиозите. Однако сухожильные рефлексы при полимиозите практически никогда не исчезают полностью. Атрофии мышц лишь очень легкие или отсутствуют. Также типичными являются сердечно-легочные осложнения, воспалительные изменения крови.

Паранеопластическая полиневропатия (подо-

страя моторная невропатия) часто сопутствует полимиозиту (5-65%), а также имеет сходную клиническую картину в виде вялого тетрапареза, более выраженного в ногах, развития амиотрофий, фасцикуляций и отсутствием чувствительных расстройств. Протекает с периодами ремиссии. Однако онкологическая настороженность у клинициста в подобных случаях должна всегда присутствовать.

При диабетических проксимальных моторных невропатиях, даже в тяжелых случаях, прогноз благоприятен, но восстановление может занять от нескольких месяцев до нескольких лет, а у части больных сохраняется резидуальный дефект.

Патогенетическое лечение, исходя из данных доказательной медицины, состоит из коррекции гипергликемии, применения альфа-липоевой (тиоктовой) кислоты, бенфотиамина, витаминов группы В [1, 3].

Симптоматическая терапия болевого синдрома включает нестероидные противовоспалительные средства, анальгетики, трициклические антидепрессанты, габапентин, сосудорасширяющие средства, физиотерапевтическое лечение и лечебную физкультуру [3, 6].

Таким образом, несмотря на значительное превалирование в структуре диабетических невропатий типичной симметричной дистальной полиневропатии, не следует забывать о возможности развития у пациентов и более редких их форм, которые могут быть диагностированы на основании клиники, результатов соответствующих обследований и с учетом данных проведенной дифференциальной диагностики. Это позволяет назначить пациентам адекватное лечение, и прогнозировать благоприятный исход.

Литература

1. О.Р. Галиева Лечение диабетической невропатии / О.Р. Галиева, Г.Х. Ажанашия, Е.Ю. Мирина // *Международный неврологический журнал*. – 2008. – №1. – С.77-81.
2. А.А. Дзяк Диабетическая полинейропатия (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение) / А.А. Дзяк, О.А. Зозуля // *Международный неврологический журнал*. – 2008. – №4. – С.61-71.
3. В.В. Корпачев Мильгамма®: комбинированные препараты нейротропных витаминов группы В в лечении диабетической невропатии / В.В. Корпачев, Н.М. Турина // *Международный неврологический журнал*. – 2008. – №5. – С.74-78.
4. А.О. Литвинова Сучасний стан поширеності цукрового діабету серед населення країн світу та Європейського регіону (до Всесвітнього дня боротьби з цукровим діабетом 14 листопада 2008) / А.О. Литвинова, О.Б. Тонковид // *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. – 2008. – №3. – С. 93-96.
5. Мищенко Т.С., Романова І.П. Основные принципы лечения диабетической полинейропатии: в фокусе – патогенетическая терапия // *Здоров'я України*. – 2010. – № 1. – С. 31.
6. А.М. Шилов Препарат с метаболічним действием (Мильгамма®) в комплексном лечении осложнений сахарного диабета (полинейро- и ангиопатии) / А.М. Шилов, А.П. Авиалумов // *Международный неврологический журнал*. – 2010. – №2. – С.55-61.
7. Н.А. Шнайдер Диабетическая невропатия / Н.А. Шнайдер, М.М. Петрова, Г.А. Кирилкова // *Международный неврологический журнал*. – 2008. – №3. – С.115-119.
8. А.Р. Штульман Неврология. Справочник практического врача / А.Р. Штульман, О.С. Левин – М.: МЕДпресс, 2002. – 784с.
9. Ясно Н.Н., А.Р. Штульман Болезни нервной системы – М.: Медицина, 2005. – Т.1. – 743 с.

Редкие формы диабетической полинейропатии

В.В. Самохвалова

В статье приводится описание редких форм диабетической полинейропатии с привлечением проксимальных мышечных групп. Обсуждаются вопросы дифференциальной диагностики и лечения.

Ключевые слова: сахарный диабет, проксимальная моторная полинейропатия.

Рідкісні форми діабетичної полінейропатії

В.В. Самохвалова

У статті наводиться опис рідкісних форм діабетичної полінейропатії із залученням проксимальних м'язових груп. Обговорюються питання диференційної діагностики та лікування.

Ключові слова: цукровий діабет, проксимальна моторна полінейропатія.

The rare form of diabetic polyneuropathy

V.V. Samokhvalova

The article describes a rare form of diabetic polyneuropathy with the involvement of the proximal muscle groups, discusses the differential diagnosis and treatment.

Keywords: diabetes mellitus, proximal motor polyneuropathy.