

Анализ Встречаемости Диабетической Нейропатии По Дистальному Типу У Больных Сахарным Диабетом, Находящихся На Стационарном Лечении

Омонбаева Дилрабо Назарбековна ¹, Гимадуддинова Асия Ринатовна ²

Аннотация: Диабетическая нейропатия является наиболее распространенным осложнением сахарного диабета (СД), поражающим до 50% пациентов с СД 1-го и 2-го типов. Диабетическая периферическая нейропатия предполагает наличие симптомов или признаков дисфункции периферических нервов у людей с сахарным диабетом после исключения других возможных причин. Данная статья позволяет составить общее представление о стационарных больных СД, оценить у них глубокую и поверхностную чувствительность нижних конечностей с целью выявления диабетической периферической нейропатии (ДПН), сделать выводы о распространенности ДПН и мерах по предупреждению ее прогрессирования.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая нейропатия, периферическая диабетическая полинейропатия, поверхностная и глубокая чувствительность.

Введение.

Сахарный диабет (СД) представляет собой группу метаболических заболеваний, связанных с нарушением углеводного, липидного и белкового обмена. Он характеризуется стойкой гипергликемией, которая возникает в результате нарушения секреции или действия инсулина.

Численность больных сахарным диабетом в мире за последние 10 лет увеличилась более, чем в 2 раза. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации к 2030 году СД будет страдать 578 млн человек, а к 2045 году это количество достигнет 700 млн человек [1; 18-20-с.].

Неблагоприятный прогноз у пациентов с СД 2-го типа ассоциирован с развитием микро- и макрососудистых осложнений, в основе патогенеза которых лежит многолетний недостаточный контроль гликемии, что приводит к поражению сосудов разного калибра [2; 14-15-с.]. Диабетическая полинейропатия (ДПН) – специфическое для СД осложнение, сопровождающееся клинической симптоматикой или без нее, характеризующееся поражением как периферической, так и автономной нервной системы при исключении других причин ее развития [3; 3-4-с.]. ДПН классифицируют по стадиям (табл. 1) [4; 5-с.].

Таблица 1. Классификация ДПН по стадиям:

Стадия	Характеристика
Стадия 0	Симптомов и признаков ДПН нет, автономные рефлексы отрицательные, при электронейромиографии моторных периферических нервов (не менее 2-х на одной стороне) патология не выявляется
Стадия 1-субклиническая (1А, 1Б)	1А. Симптомов и объективных неврологических признаков нет. Сочетание 2-х любых изменений по данным электромиографии либо положительные автономные тесты. 1Б. Жалоб нет. При клиническом обследовании выявляют 2

¹студентка 4-го курса 2-го лечебного факультета Ташкентской медицинской академии

²Научный руководитель, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней Ташкентской медицинской академии



	и более объективных неврологических признака на одной стороне.
Стадия 2-клиническая(2А, 2Б)	2А. Типичные для ДПН жалобы (онемение, жжение, боль, парестезии) и/или выраженный сенсорный неврологический дефицит. 2Б. Наличие характерных для ДПН симптомов вовлечения в патологический процесс двигательных волокон (больной не может стоять или ходить на пятках)
Стадия 3- тяжелая	Нейропатии с нарушением трудоспособности и/или социальной адаптации (выраженный болевой синдром, синдром диабетической стопы, тяжелая ортостатическая гипотония)

Наиболее распространенными типами ДПН являются дистальная симметричная полинейропатия, которая диагностируется более чем у 50% больных СД и автономная нейропатия; менее распространенными проявлениями являются мононейропатия и радикулопатия. У пациентов с дистальной симметричной полинейропатией, как правило, наблюдается потеря чувствительности нижних конечностей, а также двигательная слабость, хотя у многих пациентов это заболевание протекает бессимптомно. Чаще всего диагноз ДПН может быть установлен на основании жалоб пациента и данных тщательного медицинского осмотра. Скрининг на наличие ДПН при неудовлетворительном гликемическом контроле следует проводить у всех больных СД 1-го типа спустя 5 лет от дебюта заболевания, у больных СД 2-го типа – с момента установления диагноза СД.

Цель работы.

Изучить распространенность диабетической периферической полинейропатии у госпитализированных больных СД.

Материалы и методы.

В ходе исследования были осмотрены 60 пациентов, находящихся на лечении в отделении эндокринологии 1-ой и 3-ей клиник Ташкентской медицинской академии и Национального медицинского центра, проанализированы их истории болезни. Из них женщины составили 60%, мужчины 40% соответственно. Возрастной диапазон больных- от 20 до 80 лет, из них лица от 61 до 70 лет представлены в наибольшем количестве(46,7%).

СД 1 типа был диагностирован у 8,3% исследованных, СД 2 типа- у 91,7%. Средний стаж заболевания- 10 лет(mode)*,среднее значение гликированного гемоглобина(HbA1) составило 9,5%(mean)**, средние значения целевой гликемии- 13 и 17 ммоль/л, до и через 2 часа после еды соответственно. Следует отметить, что неврологический осмотр нижних конечностей является важным и неотъемлемым методом диагностики периферической нейропатии. Исследовательская работа была направлена на выявление нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нижних конечностей больных, при проведении которой использовались нижеприведенные материалы и методы. В частности, для определения вибрационной чувствительности был использован камертон с частотой колебаний 128 Гц. Тактильная чувствительность определялась при помощи монофиламента 10г и ватных валиков с применением сенсорного теста Ipswich (легкое и кратковременное (1-2 секунды) прикосновение монофиламентом к кончикам первого, третьего и пятого пальцев обеих стоп)[5; 1-с.]. При определении болевой чувствительности были применены непроникающие заостренные предметы, с помощью которых проводились уколы на тыльной поверхности стоп и в области концевой фаланги I пальца стопы. Оценка температурной чувствительности основывалась на правильном распознавании больными пробирок с горячей и холодной водой соответственно. При оценке прицептивной чувствительности учитывалось распознавание положения пальцев стоп при закрытых глазах больных в горизонтальном положении.



Результаты.

Анализ данных показал, что нарушение вибрационной чувствительности было обнаружено у 55% больных, нарушение проприоцептивной чувствительности у 52,2% больных. Тем временем расстройство поверхностной чувствительности было представлено следующими показателями: у 57% больных наблюдалась дисфункция тактильной чувствительности, у 38% нарушение болевой чувствительности, у 60% нарушение температурной чувствительности соответственно. Распространенность ДПН у госпитализированных больных СД по стадиям выявила следующие результаты: так почти половина больных(53%) с выявленной ДПН находились на клинической стадии заболевания, 38% - имели субклиническую стадию, у 9% выявлена тяжелая стадия. Исследуемая патология встречалась как у мужчин, так и у женщин среднего/пожилого возраста с одинаковой частотой, средняя длительность СД у которых составила 10 лет(mode), целевой уровень гликемии по HbA1 которых превысил верхнюю границу нормы- 8%.

Выводы.

На лечении в отделении эндокринологии 1-ой и 3-ей клиник Ташкентской медицинской академии и Национального медицинского центра находятся в основном пациенты с СД 2 типа, с декомпенсацией достижения целевых уровней сахаров и длительностью заболевания более 10ти лет. Среди госпитализированных пациентов диабетическая периферическая полинейропатия встречается в 56,6% случаев, что определяет необходимость обследования чувствительной сферы у всех больных СД. Следует отметить, что данная патология встречается одинаково как у женщин, так и у мужчин в среднем и пожилом возрасте. В основном эти больные находятся на клинической стадии ДПН, с длительностью СД более 10ти лет, у большинства из которых нет достижения целевых уровней глюкозы по HbA1c. Диабетическая полинейропатия по дистальному типу встречается практически у такого же количества больных, что и диабетическая нефропатия(56,7%) и относится к числу частых хронических осложнений СД, что определяет необходимость обследования чувствительной сферы всех больных СД с целью своевременного выявления дистальной полинейропатии и предупреждения в дальнейшем развития изъязвлений, а также нарушений нормальной архитектоники стопы.

*Mode- most common value(наиболее часто встречающееся значение)

**Mean- (sum of values)/(total number of values) (среднее арифметическое всех значений)

Список литературы:

1. Сахарный диабет. Клинические рекомендации по эндокринологии. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова, 2018.-18-20 с.
2. Хронические осложнения сахарного диабета. Учебно-методическое пособие. К.м.н Е.В. Бруцкая-Стемпковская, к.м.н, доц. А.И. Близнюк, асс. Т.А. Гюрджян. 2022.-14-15 с.
3. Diagnosis of diabetic peripheral neuropathy. Methods of its early detection Fokina A.S., Strokov I. A., Demura T. A. 2020.-3-4 с.
4. Diagnosis of diabetic peripheral neuropathy. Methods of its early detection Fokina A.S., Strokov I. A., Demura T. A. 2020.-5 с.
5. The Ipswich Touch Test: a simple and novel method to screen patients with diabetes at home for increased risk of foot ulceration. S. Sharma, C. Kerry. 2020.-1с.
6. Frontiers in diagnostic and therapeutic approaches in diabetic sensorimotor neuropathy (DSPN). S. Scharma, G. Rayman.
7. AMBOSS: medical knowledge platform for doctors and students
8. <https://apps.uworld.com/>
9. <https://www.medscape.com/>

