

ВНУТРИКОСТНЫЕ БЛОКАДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ СИММЕТРИЧНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

© Арсюхин Н.А.[✱], Корнилова Л.Е.[✦], Соков Е.Л.[✦]

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Дана краткая характеристика проблеме лечения боли при дистальной симметричной диабетической полинейропатии. Представлены предварительные результаты оценки эффективности метода внутрикостных блокад в лечении болевого синдрома при дистальной симметричной диабетической полинейропатии.

Актуальность темы: Сахарный диабет (СД) является актуальной проблемой мирового здравоохранения. В настоящее время, по данным Международной диабетической ассоциации, число больных СД в мире составляет более 250 млн человек [1], из них в России – около 9,6 млн человек. К 2030 году ожидается увеличение количества больных СД до 380 млн. человек [1].

Одним из наиболее частых осложнений СД является диабетическая нейропатия, частота встречаемости которой составляет от 10 до 90 %. На момент первичной диагностики СД клинические признаки нейропатии выявляются у 8-12 % пациентов, а спустя 20 лет – в среднем в 50 % случаев [3].

Наиболее частой формой диабетической нейропатии является дистальная симметричная полинейропатия, характеризующаяся преимущественным поражением нижних конечностей. Наличие дистальной симметричной диабетической полинейропатии (ДСДП) значительно повышает риск развития синдрома диабетической стопы. Болевой синдром, присутствующий в клинической картине ДСДП, значительно снижает качество жизни пациентов. Частота нейропатического болевого синдрома при ДСДП по данным различных исследований варьирует от 3 [6] до 32 % [7]. В настоящее время в лечении боли при ДСДП преобладает медикаментозный метод.

Основными препаратами для лечения нейропатического болевого синдрома при ДСДП являются: антидепрессанты, антиконвульсанты, опиоиды и местные анестетики [2]. Недостатком медикаментозного метода лечения боли является необходимость приема препаратов в течение длительного времени (месяцы и даже годы), а также возможные противопоказания и побочные действия.

[✱] Аспирант кафедры Нервных болезней и нейрохирургии.

[✦] Доцент кафедры Нервных болезней и нейрохирургии, доктор медицинских наук.

[✦] Заведующий кафедрой Нервных болезней и нейрохирургии, доктор медицинских наук, профессор.

Для немедикаментозного лечения боли при ДСДП применяются рефлексотерапия, бальнеотерапия, магнитотерапия, чрескожная электронейростимуляция и электростимуляция спинного мозга [3]. Однако эффективность большинства этих методов не подтверждена с позиций доказательной медицины, также для некоторых требуется дорогостоящее оборудование.

Несмотря на стремительное развитие фармакологической промышленности, новых медицинских технологий и медицинского оборудования, проблема лечения болевого синдрома при ДСДП до сих пор не решена, поэтому разработка инновационных методов лечения нейропатического болевого синдрома при ДСДП является актуальной.

Цель исследования: Изучить эффективность применения внутрикостных блокад у пациентов с ДСДП с болевым синдромом.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением в стационаре дневного пребывания неврологического профиля 41 отделении ГКБ № 64 находились 16 пациентов (14 женщин и 2 мужчин), с диагнозом: «Сахарный диабет 2 типа, субкомпенсированный, осложненный ДСДП с болевым синдромом». Средний возраст пациентов составил $63,2 \pm 8,3$ года. Средняя длительность СД составила $10,7 \pm 7,5$ лет. Средняя длительность нейропатического болевого синдрома – $4,4 \pm 4,0$ года. Средний уровень гликозилированного гемоглобина крови (HbA1c) был равен $7,3 \pm 1,5$ %. Для лечения СД диетотерапию применял 1 человек (6,2 %), пероральные гипогликемические средства – 8 человек (50 %), инсулинотерапию – 4 человека (25 %), комбинированное лечение (инсулинотерапия + пероральное гипогликемическое средство) – 3 человека (18,8 %). 9 из 16 (56,3 %) пациентов ранее получали медикаментозное лечение (антидепрессанты или антиконвульсанты) болевого синдрома при ДСДП без существенного эффекта.

Всем пациентам были проведены детальный сбор анамнеза, клинический, алгический и электронейромиографический методы исследования. Ежедневно пациенты оценивали уровень гликемии натощак, вели пищевые дневники с учетом суточной дозы сахароснижающих препаратов и инсулина.

Диагноз ДСДП подтверждался путем неврологического осмотра, применения опросника для диагностики нейропатической боли DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions) [5], исследования вибрационной чувствительности градуированным камертоном Riester (Германия) с частотой 64/128 Гц и электронейромиографического обследования. Оценка болевого синдрома проводилась с применением визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), так же в баллах изучались его отдельные характеристики: жжение, стреляющие боли, ноющие боли, покалывание и судороги. Кроме того, стреляющие боли, жжение, парестезии и онемение оценивались в баллах по шкале общего счета симптомов TSS (Total Symptoms Score) [4].

Эффективность внутрикостных блокад оценивалась путем анализа изменений клинико-неврологического статуса, показателей ВАШ и шкалы TSS до и после курса терапии.

Внутрикостные блокады через день проводились в симметричные дистальные костные образования нижних конечностей: внутренние и наружные лодыжки, проксимальные эпифизы большеберцовых костей, головки малоберцовых костей.

Результаты и их обсуждение: При поступлении все пациенты предъявляли жалобы на жжение и ноющие боли в стопах. Чаще всего боль характеризовалась такими словами-дескрипторами, как жгущая, разъедающая, раздражающая, пронизывающая, долбящая, боль-страдание. Часть пациентов предъявляли жалобы на ощущение «ошпаренных ног», отмечали, что боль подобна удару электрического тока, боль-пытка.

Большинство пациентов из-за болевого синдрома отмечали нарушения засыпания, частые пробуждения по ночам, повышенную раздражительность, быструю утомляемость.

При проведении клинично-неврологического обследования выявлялось отсутствие ахилловых и снижение коленных рефлексов, болевая, температурная и тактильная гипестезия или анестезия по типу носков, снижение вибрационной чувствительности на большом пальце и медиальной лодыжке. У трети пациентов отмечалась аллодиния и гипералгезия в стопах. У троих больных выявлялись периферические парезы разгибателей пальцев стопы до 4 баллов.

У всех пациентов по данным электронейромиографии выявлялась аксональная полинейропатия нижних конечностей.

До курса лечения в данной группе пациентов средний балл по опроснику нейропатической боли DN4 составил $7,5 \pm 1,5$, средний балл по шкале TSS был равен $10,85 \pm 2,15$, выраженность болевого синдрома по ВАШ составила $6,6 \pm 1,1$ баллов. Выраженность отдельных характеристик стимулонезависимой (спонтанной) боли по ВАШ была следующей: жжение – $6,8 \pm 1,7$ баллов, стреляющие боли – $4,2 \pm 2,7$ балла, ноющие боли – $6,3 \pm 1,5$ баллов, покалывание – $5,6 \pm 2,7$ баллов, судороги – $3,8 \pm 2,9$ балла.

После проведенного курса лечения средний балл по шкале TSS составил $3,48 \pm 2,28$, выраженность болевого синдрома по ВАШ – $1,8 \pm 1,2$ балла. Выраженность отдельных характеристик стимулонезависимой боли по ВАШ была следующей: жжение – $1,2 \pm 1,4$ балл, стреляющие боли – $0,6 \pm 1,1$ балл, ноющие боли – $2,1 \pm 1,5$ балла, покалывание – $1,3 \pm 1,5$ балл, судороги – $0,80 \pm 0,9$ балл.

Пациенты отмечали уменьшение боли и жжения в стопах. Чаще всего боль характеризовалась такими словами-дескрипторами, как тупая, немая, ноющая, слабая. Так же отмечали нормализацию сна, улучшение общего самочувствия. В процессе лечения пациентов внутрикостными блокадами осложнений не было.

Выводы: Внутрикостные блокады являются высокоэффективным методом лечения болевого синдрома при дистальной симметричной диабетической полинейропатии.

Список литературы:

1. Анциферов М.Б., Котешкова О.М. Управление сахарным диабетом: организация и значение самоконтроля // Трудный пациент. – 2009. – Т. 7, № 10. – С. 41.
2. Данилов А.Б. Фармакотерапия болевого синдрома при диабетической полиневропатии // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 9. – С. 85-89.
3. Левин О.С. Полиневропатии (клиническое руководство). – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – С. 161-221.
4. Строков И.А., Новосадова М.В., Баринов А.Н., Яхно Н.Н. Клинические методы оценки тяжести диабетической полиневропатии // Неврологический журнал. – 2000. – № 5. – С. 14-19.
5. Bouhassira D., Attal N., Alchaar H. et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4) // Pain. – 2005. – P. 114. – P. 29-36.
6. Sorensen L., Molyneaux L., Yue D.K. Insensate versus painful diabetic neuropathy: the effects of height, gender, ethnicity and glycaemic control. Diabetes Res Clin Pract. – 2002. – V. 57. – P. 45-51.
7. Ziegler D., Gries F.A., Spuler M., Lessmann F. The epidemiology of diabetic neuropathy: DiaCAN Multicenter Study Group // Diabet Med 10. – 1993. – (Suppl. 2). – P. 828-868.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

© Давлетшин Ф.А.*

Городская поликлиника № 8, г. Казань

Приводятся данные о структуре заболеваемости, механизмах передачи, удельном весе различных нозологий вирусных гепатитов, включая носительство вирусов гепатита В и гепатита С, социальной значимости этих болезней для общественного здоровья населения Республики Татарстан. В рамках реализации приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» (2006-2008 гг.) в республике было зарегистрировано снижение заболеваемости населения гепатитом В в 2,5 раза.

Для профилактики вирусных гепатитов рекомендована коррекция организационно-управленческих технологий в работе учреждений первого уровня управления здравоохранением РТ.

Здоровье населения является важнейшим компонентом экономического, социального и культурного развития социума и представляет собой

* Главный врач, кандидат медицинских наук.