

ПРОБЛЕМА ДІАБЕТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Малик Н.В.

Харківський національний медичний університет

Ураження нервової системи – діабетична нейропатія – одне з найчастіших ускладнень цукрового діабета. При цьому в патологічний процес можуть втягуватись різні відділи нервової системи: головний та спинний мозок, периферичні соматичні та вегетативні нерви з формуванням відповідної клінічної симптоматики.

Нейропатичний біль з'являється при первинному пошкодженні або дисфункції периферичної або центральної нервової системи. Цей біль схильний до хронізації, не несе захисної функції та суттєво знижує якість життя. Хронічний нейропатичний біль є актуальною медико-соціальною проблемою, тому що виснажує емоційні ресурси людини та призводить до соціальної та трудової дезадаптації. За даними закордонних епідеміологічних досліджень біля 6-8% населення планети страждає на нейропатичні больові синдроми. Нейропатичний біль складає 20% усіх випадків хронічного болю. Найбільш розповсюдженою серед неврологічних захворювань є діабетична полінейропатія.

Больовий синдром – займає ведуче місце в клініці діабетичної нейропатії. Більшість пацієнтів, що страждають на діабетичну полінейропатію, - це люди похилого та старечого віку, які мають велику кількість супутніх захворювань, що також проявляються больовим синдромом (артрити, вертеброгенний больовий синдром, хронічна артеріальна або венозна недостатність судин нижніх кінцівок та ін.). Коли такі пацієнти потрапляють на прийом до лікаря, його діагностичний пошук та терапевтичне втручання, нажаль, зупиняється саме на цьому переліку патологічних станів, і практично не приділяється увага нейропатичному болю внаслідок діабетичної нейропатії.

Нейропатичний біль - це біль, пов'язаний з первинним ураженням нервової системи. Внаслідок ураження периферичних нервів (локальна демієлінізація, дегенерація аксонів) на периферії виникає ектопічна імпульсація, яка досягає по нервовим волокнам центральної нервової системи, де формується вогнище патологічного збудження та виникає відчуття нейропатичного болю.

Клінічна діагностика нейропатичного болю не складає труднощів, тому що самі пацієнти описують специфічні больові відчуття, як «повзання мурашок», «удар струмом», «печіння» та ін. Для об'єктивізації больових відчуттів та їх інтенсивності існують спеціальні клінічні інструменти: шкала нейропатичного болю (NPS), Лідська шкала оцінки нейропатичного болю (LANSS), опитувальник нейропатичного болю (NPO), діагностичний опитувальник нейропатичного болю (DN4) та опитувальник PAIN DETECT. Диференційними ознаками нейропатичного болю є настороженість по відношенню до цього болю у пацієнтів з діабетичною нейропатією; біль

нейропатичного походження не залежить від фізичного навантаження і не зникає після припинення руху; біль посилюється вночі; резистентність до терапії звичними анальгетиками.

Однією з головних умов профілактики та лікування діабетичної нейропатії є стабільна і максимальна компенсація метаболічних порушень. У хворих із встановленим діагнозом діабетичної нейропатії лікування, насамперед, повинно бути спрямовано на досягнення оптимального метаболічного контролю цукрового діабета, підтримання нормоглікемії шляхом підбора адекватних доз і схем інсуліна або пероральних цукрознижуючих засобів. За наявності ускладнень у вигляді нефропатії, ретинопатії та інших проявів пацієнтам повинно призначати відповідне лікування. Враховуючи необхідність уникнення клінічних проявів діабетичної периферичної нейропатії, важливе значення має вибір адекватних та ефективних засобів симптоматичної терапії.

Згідно рекомендаціям Європейської федерації неврологічних суспільств (2010) препаратами вибору з найбільш переконливими доказами ефективності та безпечності є антидепресанти (амітриптилін, селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніна), антиконвульсанти – агоністи кальцієвих каналів (прегабалін, габапентин), антиконвульсанти – блокатори натрієвих каналів (карбамазепін), трамадол, опіоїдні анальгетики, місцеві засоби (лідокаїн) та агоністи N-метіл-D-аспартатних рецепторів (кетамін, мемантин, амантадин). Українські неврологи все частіше застосовують при нейропатичному болю препарати першої лінії – антиконвульсанти. Однак другою за частотою залишається група нестероїдних протизапальних препаратів, хоча відомо, що ці препарати не ефективні при даному виді болю. В план лікування необхідно включати судинні препарати, вітамінотерапію.

Таким чином, адекватна терапія діабетичної нейропатії, яка заснована на поєднанні симптоматичних та патогенетичних препаратів, сприяє швидкому поліпшенню загального стану пацієнтів, ефективно знижує прояви іритативно-больового синдрому, сприяє відновленню чутливості, є дієвим засобом профілактики синдрому діабетичної стопи і, тим самим, покращує якість життя пацієнтів.