

А. Ф. Сажин, А. О. Мешкова

Волгоградский государственный медицинский университет

ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ И ТЯЖЕСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ОТ ДАВНОСТИ И УСПЕШНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

В результате исследования была проанализирована частота диабетической полинейропатии и ее степень выраженности в зависимости от давности и успешности лечения сахарного диабета (СД). Методом случайной выборки было обследовано 134 больных СД первого типа. Проведенное исследование продемонстрировало, что СД является большой медико-социальной проблемой, а частота и тяжесть диабетической полинейропатии напрямую зависят от давности и успешности лечения СД.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая полинейропатия, осложнения сахарного диабета, трудоспособность при сахарном диабете.

A. F. Sazhin, A. O. Meshkova

SEVERITY OF DIABETIC POLYNEUROPATHY DEPENDING ON ANTIDIABETIC THERAPY

As a result of research we analyzed the frequency of diabetic polyneuropathy and its degree of severity depending on the success of antidiabetic therapy. 134 patients with diabetes were randomly surveyed. The study demonstrated that diabetes is a serious medico-social problem, and the frequency of diabetic polyneuropathy and its degree of severity directly depends of the effectiveness of antidiabetic therapy.

Key words: diabetes, diabetic polyneuropathy, complications of diabetes, ability to work with diabetes.

Сахарный диабет (СД) представляет актуальную проблему здравоохранения для всех стран мира, так как является частым заболеванием, приводящим к ранней инвалидизации и летальности; к тому же требуются большие материальные затраты общества для оказания помощи заболевшим [2].

Осложнения со стороны нервной системы многообразны, но наиболее доминирующим из них является дистальная полинейропатия нервов ног и рук. Частота ее, по обобщенным литературным данным [6], составляет от 1 до 99 %. Очевидно, что такой огромный диапазон связан как с критериями диагностики нейропатии, так и с изучаемым контингентом больных.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать частоту диабетической полинейропатии (ДП), ее степень выраженности в зависимости от давности и успешности лечения СД.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано методом случайной выборки 134 больных СД первого типа как наиболее тяжелой формы заболевания.

Все больные находились на лечении в эндокринологическом отделении Волгоградской областной клинической больницы, из них мужчин было 76 человек, женщин 58 человек. Возраст колебался от 16 до 55 лет, в среднем составил $(36,4 \pm 0,5)$ лет. Длительность СД была от 1 месяца до 35 лет.

Больные осматривались в первые дни поступления в стационар и при выписке. Подробно изучалась имеющаяся документация (поликлиническая карта, история болезни), уточнялись течение заболевания, проводимые мероприятия по оптимизации лечения, осведомленность больных о возможных осложнениях СД и приверженность их к профилактике осложнений. Для целостного восприятия здоровья кроме подробного неврологического обследования были обобщены данные состояния органов зрения, сердечно-сосудистой системы, почек; уточнялась трудоспособность.

Среди изученных больных СД для адекватного анализа по клиническим признакам были выделены:

- больные без клинических признаков ДП;
- больные с субклиническими проявлениями ДП;
- больные с начальными проявлениями ДП;
- больные с выраженной ДП;
- больные с резко выраженной, далеко зашедшей ДП.

С этой же целью клиническая картина изучена и сопоставлена отдельно у больных с длительностью заболевания СД до 5 лет включительно и у больных с давностью СД свыше 5 лет.

Первую группу (СД до 5 лет) составили 65 человек, из них у 10 человек СД был впервые выявленным; во вторую группу (СД свыше 5 лет) вошло 69 человек. Аналогичный подход в изучении периферической нервной системы при СД был использован ранее другими исследователями [5, 7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное обследование, как видно из табл. 1, показало, что среди лиц первой группы только у 23 человек (35,3 %) не было каких-либо клинических признаков ДП. Средняя продолжительность СД у них составила 1 год. Субклинические проявления ДП нервов ног обнаружены у 17 человек (21 %), длительность СД у них равнялась 1,4 года. Начальные проявления ДП имелись у 22 больных (33,8 %), в среднем продолжительность СД у них составила 2,3 года. Выраженное проявление полинейропатии нервов ног отмечено у трех больных (4,6 %) со сроком давности СД 1, 1,5 и 4 года.

ТАБЛИЦА 1

Частота полинейропатии и степень ее выраженности в зависимости от давности СД

Проявления полинейропатии	Длительность СД < 5 лет (1 гр.) n = 65	Длительность СД > 5 лет (2 гр.) n = 69	Средняя длительность СД (годы)	
			1 группа	2 группа
Не имелись	23	4	1	7,8
Субклинические	17	5	1,4	9,6
Начальные	22	23	2,3	13,8
Выраженные	3	16	1,8	14,6
Резко выраженные	0	21	0	19

Иная картина наблюдалась во второй группе больных. В ней достоверно ($p < 0,05$) снизилось число больных СД без клинических признаков ДП и увеличилось число больных ($p < 0,05$) с выраженной ДП; кроме того, у многих больных обнаружена резко выраженная, далеко зашедшая форма ДП. Клинических признаков полинейропатии не имелось лишь у 4 человек (5,8 %), давность СД у них равнялась 7,8 лет. Субклиническая полинейропатия отмечена у 5 больных (7,2 %), длительность СД составила 9,6 лет. Начальные проявления полинейропатии (средняя длительность СД 14,6 лет) имелись у 16 больных (23,3 %). Резко выраженная, далеко зашедшая полинейропатия нервов ног обнаружена у 21 больного (30,4 %). В среднем длительность СД у них составляла 19 лет. Аналогичная тенденция развития осложнений в группах, как видно из табл. 2, наблюдалась также со стороны других органов.

Ретинопатия обоих глаз обнаружена у 124 человек. В первой группе у 10 больных (15,4 %) сосуды сетчатки не страдали, у 53 больных (81,5 %) была простая ретинопатия, у 2 больных (3,1 %) — пролиферативная ретинопатия. Во второй группе ретинопатия отмечена у всех больных, причем пролиферативная форма имела у 18 больных (26,1 %). Патология со стороны почек наблюдалась в первой группе в виде хронического пиелонефрита у 3 че-

ловек; во второй группе проявлялась в одном случае хроническим пиелонефритом и у 21 больного — диабетической нефропатией II-III степени (30,4 %). Макроангиопатия артерий стоп и голеней имела у 3 больных в первой группе и отмечалась у 7 больных из второй группы.

ТАБЛИЦА 2

Осложнения со стороны других органов при СД

Другие осложнения	Длительность СД < 5 лет, n = 65	Длительность СД > 5 лет, n = 69
Сосуды сетчатки в норме	10	0
Простая ретинопатия	53	51
Пролиферативная ретинопатия	2	18
Хронический пиелонефрит	3	1
Нефропатия	0	21
Макроангиопатия артерий стоп, голеней	3	7

У 11 человек имелся инфаркт миокарда. Трофические нарушения тканей ног, остеопороз, артропатия мелких суставов, макроангиопатия у 5 больных (также из второй группы) укладывались в картину диабетической стопы. Как правило, выраженная и особенно резко выраженная полинейропатия нервов ног у одного и того же больного сочеталась с различными вариантами других осложнений СД: полинейропатия с пролиферативной ретинопатией или полинейропатия с нефропатией и пролиферативной ретинопатией, атеросклерозом артерий ног, сердца.

Среди наших больных с давностью СД до 5 лет, как представлено в табл. 3, у 4 человек (6,2 %) имела третья группа инвалидности (частичная утрата трудоспособности), у 3 человек (4,6 %) — вторая группа инвалидности (полная утрата трудоспособности).

ТАБЛИЦА 3

Состояние трудоспособности у больных СД

Наличие группы инвалидности	Длительность СД < 5 лет, n = 65	Длительность СД > 5 лет, n = 69
Не имелось	58	31
3-я группа	4	11
2-я группа	3	24
1-я группа	0	3

Среди лиц с длительностью СД свыше 5 лет полная инвалидизация наступила у 27 больных (39,1 % от 69 человек), из них вторая группа была у 24 человек и первая группа (нуждались в уходе) — у 3 человек. Частичное снижение трудоспособности (3 группа инвалидности) установлено у 11 больных (15,6 % от 69 человек).

Данные обследования наших больных показали, что состояние углеводного обмена при поступлении в стационар было в компенсированном состоянии всего у 19 человек (14,1 % от 134 больных), у 56 человек (41,7 % от 134 больных) — субкомпенсированном и у 59 человек (44,1 % от 134 больных) в декомпенсированном состоянии.

Причиной несбалансированности уровня гликемии являлись: нарушение режима введения инсулина из-за неправильно подобранной дозы, его низкого качества, временного отсутствия препарата или самовольное прекращение лечения. Отягощающими факторами служили частые нарушения диеты в результате употребления обильной, сладкой, жирной пищи, алкогольной интоксикации (табл. 4), отсутствие у большинства больных индивидуальных средств контроля гликемии и глюкозурии. Все вышеотмеченное приводило к частым и длительным гипергликемическим или гипогликемическим состояниям с последующим обращением в лечебные учреждения.

ТАБЛИЦА 4

Усугубляющие факторы течения и меры профилактики осложнений СД

Отягощающие факторы	Длительность СД < 5 лет, n = 65	Длительность СД > 5 лет, n = 69
Нарушение режима введения инсулина, диеты	47	31
Табакокурение	33	20
Злоупотребление алкоголем	18	10
Одновременно табакокурение и злоупотребление алкоголем	13	6
Профилактика осложнений СД	4	12
Обучались в школе диабета	10	15

Неблагоприятное течение заболевания усугублялось в большинстве случаев отсутствием профилактики и лечения осложнений СД, у многих больных — одновременно табакокурением, бытовым

пьянством (табл. 4). Отсутствие профилактики осложнений СД больными объяснялось незнанием этой проблемы. Видимо, в большинстве случаев ситуация соответствовала действительности. Больные не имели реальных представлений о необходимости и возможности контроля уровня гликемии, самого раннего применения антиоксидантных средств, витаминов группы В. Обучение в школе диабета, как правило, однократное, прошли только 25 человек (18 % от 134 больных), регулярную профилактику осложнений СД проводили всего 16 человек (11,9 % от 134 больных). В то же время рекомендации больным по профилактике осложнений имелись в единичных амбулаторных картах и выписках из истории болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что СД является большой медико-социальной проблемой, а частота и тяжесть диабетической полинейропатии напрямую зависит от давности и успешности лечения сахарного диабета. В связи с этим требуется создание целевой программы по более раннему обнаружению СД у людей, обратившихся за помощью в поликлинику, в первую очередь лицам с факторами риска СД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбачева Ф. Е., Зиновьева О. Е., Мохова О. И. и др. // Неврологический журнал. — 2003. — Т. 3, № 8. — С. 21—25.
2. Дедов И. И., Балаболкин М. И. Новая классификация, новые диагностические критерии и современные подходы к медикаментозной терапии сахарного диабета 2. — М., 2001. — С. 23.
3. Дедов И. И., Сумцов Ю. И., Кудрякова С. В. и др. // Проблемы эндокринологии. — 1998. — Т. 44, № 2. — С. 47—51.
4. Ефимов А. С., Ткач С. Н. // Советская медицина. — 1979. — № 7. — С. 49—52.
5. Ефимов А. С., Ткач С. Н. // Советская медицина. — 1981. — № 9. — С. 59—63.
6. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы. — М., 1989. — С. 190—196.
7. Прихожан В. М. Поражение нервной системы при сахарном диабете. — М., 1981. — С. 296.
8. Экономика диабета // Медицинская газета. — 2000. — № 24, 29.03. — С. 6.