

Гагик ГАЛСТЯН:

«Диабетическая полинейропатия – очень распространенное заболевание, прогрессирование которого можно предотвратить»

Одним из наиболее частых и опасных осложнений сахарного диабета (СД) признана диабетическая полинейропатия (ДПН) – болезнь, характеризующаяся прогрессирующей гибелью нервных волокон и приводящая пациента к инвалидности.

О мерах, позволяющих снизить риск заболеваемости, возможностях современной диагностики и терапии ДПН мы решили поговорить с Гагиком ГАЛСТЯНОМ, заведующим отделением диабетической стопы ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России, профессором, д.м.н.

? *Уважаемый Гагик Радикович, ДПН – тяжелое заболевание, развивающееся на фоне СД и существенно ухудшающее качество жизни больных. Каковы его основные особенности и насколько высока распространенность?*

– ДПН гетерогенна по своей природе, она поражает разные отделы периферической нервной системы (ПНС), в структуру которой входят различные типы нервных волокон: тонкие немиелинизированные, толстые миелинизированные и волокна со средним уровнем миелинизации. Что касается распространенности заболевания, то эти данные значительно варьируют из-за сложности диагностики и методов, которые используются для верификации диагноза. Согласно некоторым научным публикациям, частота выявления ДПН в среднем колеблется в пределах от 30 до 65%. Более точной оценки не существует, поскольку большие эпидемиологические исследования с участием пациентов разных возрастных групп, с разной длительностью течения сахарного диабета, не проводились. В то же время можно определенно сказать, что ДПН – это очень распространенное заболевание. Оно реже встречается в дебюте СД и намного



Профессор Г.Р. Галстян

чаще – до 90% – среди людей, давно страдающих СД. Наиболее высок риск ДПН в возрастной группе старше 65 лет.

? *В какой степени грамотная профилактика может предотвратить развитие ДПН?*

– Прежде чем говорить о профилактике ДПН, следует определить факторы, влияющие на ее развитие. Гипергликемия, нарушение углеводного обмена – ведущий, но не единственный фактор риска, особенно

если речь идет о СД II типа. На формирование ДПН также могут влиять артериальная гипертензия, избыточный вес, дислипидемия, курение и злоупотребление алкоголем. Все вышеперечисленные факторы являются модифицируемыми. Для профилактики мы рекомендуем больным нормализовать уровень сахара в крови, артериальное давление, обмен липидов.

Важно отметить, что снижение веса очень существенно улучшает прогноз ДПН. Проводилось исследование с участием больных с преддиабетом, в рамках которого оценивали толщину нервных волокон в коже. Выяснилось, что у пациентов, страдающих ожирением, толщина нервных волокон уменьшена, т.е. имеются начальные признаки нейропатии. После снижения веса происходит даже реиннервация, увеличивается количество нервных окончаний.

Двигательная активность также способствует нормализации функционирования ПНС. Некоторые виды физических упражнений, например упражнения на баланс, на удержание равновесия, существенным образом улучшают состояние больных с нейропатией. Ряд исследований показали, что такие занятия повышают скорость распространения нервных импульсов.

Что касается лекарственной профилактики, то пациентам с СД в обязательном порядке назначают статины. Кроме того, имеются данные, свидетельствующие о целесообразности применения фибратов. Масштабное клиническое исследование, проведенное в Австралии, показало, что фибраты в определенной степени снижают риск возникновения микрососудистых осложнений.

? Чем опасно данное заболевание?

– Одним из осложнений ДПН является т.н. стопа Шарко – диабетическая нейроостеоартропатия, развитие которой может привести к нарушению костного скелета стопы (страдают связочный аппарат, сухожилия), а затем патологическому изменению формы стопы и коллапсу ее свода. У пациентов могут возникать мелкие, малотравматичные переломы, открытые незаживающие раны. На фоне сниженной чувствительности больные их не ощущают, в то время как процесс травматизации становится постоянным. Из-за незаживающих трофических язв стопы может потребоваться ампутация нижних конечностей. Поэтому при отсутствии специфического лечения пациента ожидает длительная нетрудоспособность или стойкая инвалидизация.

На фоне нейропатии также ухудшается работа сигнальной системы по распознаванию гипогликемии. Это очень важно, особенно на фоне постоянного приема инсулина или сахароснижающих препаратов. Такие больные могут умереть во сне из-за продолжительной гипогликемической комы, которую не почувствовал организм. Кроме того, ДПН может приводить к развитию сердечной недостаточности, нарушениям ритма сердца. У больных существует риск внезапной сердечной смерти.

? Каковы ключевые проявления ДПН? В чем заключаются основные подходы к ее диагностике?

– Ключевыми проявлениями ДПН могут быть болевые ощущения, но они появляются не всегда. Это зависит от стадии нейропатии. На ранних стадиях болевой синдром выражен сильнее, на поздних – боль носит более замаскированный характер. Она может напоминать такие ощущения, как удары тока, «ползание мурашек», онемение.

Иногда боль ограничивает движения или вовсе делает их невозможными. В такой ситуации очень важны активные расспросы больных на приеме у врача. Разработаны специальные опросники, которые помогают понять, есть ли у пациента болевая нейропатия. Если она подтверждается, врач должен определить интенсивность этих болей и степень тяжести заболевания. Это могут быть как начальные стадии развития диабетической полинейропатии, так и более тяжелые состояния.

Кроме того, необходимо исследовать разные виды чувствительности – вибрационную, тактильную, температурную. Для этого разработан специальный инструментарий. Он очень простой в применении, но им нужно уметь пользоваться. Для диагностики ДПН также применяются методы объективизации, но они, как правило, оценивают функцию толстых миелинизированных волокон, (например, нейромиография), тогда как ПНС состоит не только из нервных волокон, покрытых миелином.

Состояние немиелинизированных нервных волокон оценить очень сложно. Существующие диагностические методы имеют большую вариабельность. Условным золотым стандартом является панч-биопсия, но ее проводят в редких случаях. Между тем в исследовательских целях этот метод применяется, с его помощью оценивают плотность и разветвленность нервных волокон. Разработан и используется метод конфокальной микроскопии. С помощью специального прибора врач может увидеть на роговице глаза мелкие нервные волокна. Этот метод неинвазивный, безболезненный, слегка дискомфортный из-за соприкосновения геля с роговицей. В реальной клинической практике он практически не используется из-за своей дороговизны, поскольку нуждается в определенном оборудовании, специальной программе и персонале, обученном интерпретировать увиденное.

? Что включает современная фармакотерапия заболевания? Какие препараты применяются для патогенетического и симптоматического лечения?

– В случае ДПН, сопровождающейся выраженным болевым синдромом, назначают антиболевую симптоматическую терапию адьювантными анальгетиками. По сути, это симптоматическое лечение с патогеническим компонентом, влияющее на механизмы формирования нейропатической боли. Данная терапия включает применение препаратов, которые снижают возбудимость нервного волокна, – противосудорожные ЛС (препараты первой линии – габапентин, прегабалин), а также некоторые селективные антидепрессанты, в частности ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (например, дулоксетин, который является классическим антидепрессантом, но среди показаний указана и диабетическая полинейропатия). Также могут использоваться местные средства (мази), среди которых есть препараты 1, 2 и 3-й линии. Если необходимый терапевтический эффект не достигается, используют малые опиаты. Часть пациентов при умеренных проявлениях ДПН принимают препараты тиоктовой (альфа-липовой) кислоты.

И наконец, разработаны электрофизиологические методы лечения, т.н. Frenns-терапия. Метод основан на проведении электростимуляции токами разной частоты. Но его доказательная база невелика, потому что по объективным причинам крупных исследований не проводилось. В то же время в ряде серьезных исследований показано, что ношение качественной ортопедической обуви снижает риск образования ран стопы. Пациентам также доступны «умные» стельки с сенсорами, которые позволяют модифицировать стопу в зависимости от приходящей нагрузки. В развитии данного направления терапии я вижу большие перспективы.

Беседовала **Ирина Широкова**,
«Ремедиум»

