



Профессор А.Б. ДАНИЛОВ: «Лечение диабетической полиневропатии должно быть комплексным и включать патогенетическую и симптоматическую терапию»



Нервная и эндокринная системы в организме человека взаимосвязаны. Доказательством тому служит вовлечение нервной системы в патологические процессы при большинстве эндокринных заболеваний. При сахарном диабете наиболее уязвима периферическая нервная система. Нередко ее поражение сопровождается появлением боли. Очевидно, что лечение диабетической полиневропатии требует комплексного подхода и усилий врачей разных специальностей.

О современной концепции развития боли, об актуальных подходах к профилактике и лечению диабетической полиневропатии беседуем с д.м.н., профессором кафедры нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Андреем Борисовичем ДАНИЛОВЫМ.

– Неврологические осложнения сахарного диабета в последние годы приобретают все большую медико-социальную значимость. Чем это обусловлено?

– Неврологические осложнения сахарного диабета (СД) признаны основной причиной инвалидизации и смерти больных. Год от года они приобретают все большую значимость в связи с неуклонным ростом заболеваемости СД. По последним данным, количество пациентов за последние десять лет увеличилось более чем в два раза и к концу 2015 г. достигло 415 млн. Согласно прогнозам Международной федерации диабета, к 2040 г. уже 642 млн человек будут страдать этим заболеванием.

– С риском развития каких осложнений ассоциируется диабетическая полиневропатия?

– Диабетическая полиневропатия (ДПН) связана с риском развития поздних осложнений СД. Среди них особо следует выделить диабетическую стопу, которая в большин-

стве случаев становится причиной нетравматической ампутации конечностей, нейропатическую боль, а также вегетативную невропатию, ассоциированную с высокой смертностью.

– Когда пациентам необходима помощь невролога?

– Помощь невролога особенно востребована при оценке болевого синдрома и выборе подхода к его терапии. У пациентов с ДПН боль отмечается в 25–45% случаев.

– Каковы причины появления боли и ее особенности у пациентов с диабетической полиневропатией?

– Причина боли кроется в поражении тонких сенсорных волокон, ответственных за болевую чувствительность. Важными механизмами в развитии нейропатической боли являются периферическая и центральная сенситизация, генерация импульсов из эктопических очагов пораженных нервов, избыточная экспрессия потенциалзависимых

натриевых каналов периферических нейронов и др.

Нейропатическая боль при ДПН характеризуется сочетанием позитивных и негативных сенсорных феноменов. К типичным жалобам относятся покалывание и онемение в стопах и голени, усиливающиеся в ночное время. Могут также возникать резкие, стреляющие, ланцинирующие, пульсирующие и жгучие боли. У некоторых пациентов отмечаются аллодиния и гиперестезия.

– Изменились ли за последние годы представления о боли и, следовательно, подходы к ее лечению?

– Французский философ Этьен Жильсон сказал: «Чем далее мы продвигаемся в глубину изучаемого объекта, тем сложнее становится дальнейшее продвижение». Сегодня мы понимаем, что хроническая боль – это состояние, при котором пациент не только испытывает стресс, но и сталкивается с другими повседневными трудностями, влияющими на все аспекты жизни. Хроническая боль истощает эмоци-



Актуальное интервью

ональные ресурсы, приводя к ощущению беспомощности, безнадежности и в конечном итоге депрессии и социальной дезадаптации.

Современная биопсихосоциальная концепция боли позволяет учесть все механизмы, способствующие развитию хронической боли, и определить наиболее эффективные способы терапии. В соответствии с этой концепцией боль рассматривается как результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов. Поэтому для достижения успеха необходимо воздействовать не только на физиологические процессы, что, безусловно, очень важно, но и на когнитивные, эмоциональные и поведенческие нарушения, связанные с хронической болью.

– Каковы диагностические критерии диабетической полиневропатии?

– Для подтверждения ДПН предложены минимальные диагностические критерии типичной дистальной симметричной сенсомоторной полиневропатии (Toronto Diabetic Neuropathy Expert Group). Так, при возможной ДПН должен иметь место один из следующих признаков: снижение чувствительности, позитивные невропатические сенсорные симптомы (онемение во сне, колющие, простреливающие, жгучие, ноющие боли) преимущественно в пальцах ног, стопе или во всей нижней конечности, достоверное снижение или выпадение ахилловых рефлексов, симметричное снижение чувствительности в дистальных отделах.

При вероятной дистальной симметричной сенсомоторной полиневропатии необходимо наличие двух или более признаков. Речь, в частности, идет о невропатических симптомах, снижении чувствительности в дистальных отделах, достоверном снижении или выпадении ахилловых рефлексов. При подтвержденной невропатии отмечается снижение скорости распространения возбуждения, а также один или несколько симптомов из указанных ранее.

– Когда необходимо проведение дополнительных нейрофизиологических исследований?

– При наличии у пациентов клиники типичной диабетической полиневропатии проведение дополнительных нейрофизиологических исследований нецелесообразно. Однако при нетипичном течении (острое начало, асимметрия, проксимальное поражение или неожиданно тяжелое течение) такие исследования необходимы для подтверждения ДПН.

– Существуют ли новые решения для ранней диагностики заболевания?

– Как известно, на ранних стадиях диабетической невропатии чаще поражаются аксоны малого диаметра, поэтому для подтверждения клинически установленного диагноза может применяться биопсия кожи с оценкой внутриэпидермальной плотности нервных волокон. Кроме того, может проводиться конфокальная микроскопия роговицы. Этот неинвазивный метод обнаружения невропатии считается наиболее чувствительным.

– Каковы на сегодняшний день основные проблемы в лечении?

– Ранее считалось, что жесткий контроль гликемии – наиболее эффективная стратегия борьбы с осложнениями СД 1 и 2 типов. Позднее выяснилось, что главные факторы риска развития осложнений при СД 2 типа – метаболические и воспалительные последствия ожирения. Так, снижение массы тела и регулярные физические упражнения оказывали положительное влияние у пациентов с невропатией, развившейся как вследствие диабета, так и вследствие нарушения толерантности к глюкозе. Однако внедрение программ, направленных на модифицируемые факторы риска развития невропатии, требует значительных изменений в понимании проблемы в обществе в целом и сфере общественного здравоохранения в частности.

Кроме того, проведенные исследования и реальная практика показали, что многие препараты, влияющие

на диабетическую полиневропатию (ингибиторы кислородного окисления, ингибиторы альдозоредуктазы, ингибиторы протеинкиназы С-бета, препараты, воздействующие на пути гексозамина, конечные продукты гликирования), неэффективны, несмотря на хорошие результаты доклинических и ранних клинических исследований.

– С какими инновационными подходами к терапии диабетической полиневропатии, на ваш взгляд, связаны основные надежды?

– В первую очередь это необходимость проведения комплексного лечения, которое включает в себя как патогенетическую терапию (назначение препаратов альфа-липоевой кислоты, витаминов группы В), так и симптоматическую для уменьшения интенсивности болевого синдрома, парестезий, улучшения качества жизни. Важно также мотивировать пациентов к изменению образа жизни (соблюдению диеты и повышению физической активности), контролировать ожирение, в частности висцеральное, дислипидемию и артериальную гипертензию.

– Использование каких препаратов может сыграть важную роль в терапии заболевания?

– Достаточно выраженный эффект при лечении ДПН в отношении уменьшения интенсивности болевого синдрома, улучшения общего состояния можно получить при применении препаратов, содержащих пиримидиновые нуклеотиды (Келтикан), витаминов группы В (Мильгамма), а также метаболических лекарственных средств (Кокарнит). Одновременно для улучшения качества жизни пациентов необходимо проводить грамотную симптоматическую терапию трициклическими антидепрессантами (амитриптилином и нортриптилином), антиконвульсантами (габапентином и прегабалином), ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетином и венлафаксином). ☺

Эндокринология