

Д.Б.ТЄЙХ,

*Днепропетровский государственный университет
Медицинский факультет*

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Проанализовано 48 историй хвороб пацієнтів на ЦД с ДН. Доведено, що ЗВЧ є раннім симптомом ДН, крім того В Ч виникає пізніше інших порушень видів чутливості. Необхідно добиватися задовільної компенсації ЦД, до того ж призначати найефективніші препарати : тегретол 200 мг на добу та Еспа-Ліпон за схемою в/в 600 мг 10-20 діб, потім per os також 600 мг протягом 1 місяця. Необхідно проводити контроль за перебігом ЦД та ДН за допомогою вимірювання вуглеводних показників та В Ч камертоном.

проявляется разнообразной симптоматикой (боль, парез, парестезия и т.д.) В то же время эти симптомы не всегда носят стойкий характер и зачастую являются поздними признаками ДН. Одним из ранних симптомов ДН является снижение вибрационной чувствительности (СВЧ), поэтому выявление СВЧ способствует ранней диагностике и своевременной терапии ДН. В клинике института за 1998-99 гг. проведено лечение 48 больных сахарным диабетом (СД), и диабетическая нейропатия (ДН) является результатом ультрафакторного поражения Шванновской оболочки, нейроглии и нейтроцитов. Доказано токсическое действие продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) на нервную ткань, усугубляющееся глюкозотоксичностью, накоплением сорбитола и т.д. Клинически это осложненным ДН. У 17 больных был СД I типа (1-я группа), у 31 - СД II типа (2-я группа). Наличие СВЧ проверялось с помощью градуированного камертона фирмы «Экспарма» и наряду с остальной симптоматикой было положено в основу диагноза ДН. Степень СВЧ оценивалась в баллах, за норму был принят показатель > 6 баллов, за СВЧ I степени - 5-6 баллов, II - 4-5 баллов, III - <= 3 балла. Состояние углеводного обмена контролировали динамическим определением гликемии, глюкозурии, профиля глюкозы крови и мочи, определением уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1C). В 1-й группе у 9 человек на момент осмотра был декомпенсированный СД (СД1ДК), у 5 человек субкомпенсированный (СД1СК), у 3 человек СД имел лабильный характер с большой суточной амплитудой гликемии. Средний показатель СВЧ в 1-й группе составлял 4,5±0,6 балла, что соответствовало ДН I-II степени. Во 2-й группе средний показатель СВЧ составил 4,4±0,5 балла, что также соответствовало ДН I-II степени. При этом декомпенсация СД II (СДПДК) был у 16 больных, субкомпенсация (СДПСК) у 13 больных, компенсация - у 4-х больных. Критерии компенсации СД соответствовали критериям «реальной компенсации», принятым ВОЗ. Всем пациентам была назначена терапия. Включающая сахароснижающие препараты и нейропротекторы. В качестве последних применены: тегретол 200 мг/сутки per os у 12 пациентов, эспа-липон по 600 г/сутки в/в. затем per os - у 30 пациентов, витамины группы В в среднетерапевтических дозах для ДН - у 6 пациентов. Сахароснижающие препараты (таблетки, инсулин) назначались в дозах, адекватных состоянию углеводного обмена. После окончания курса лечения эффект был полный у 34 человек (достигнута компенсация СД, регресс ДН), частичной (нестойкая компенсация СД, частичный регресс ДН) у 7 человек, у 4-х человек компенсация СДК удерживалась в ходе всего периода наблюдений: у 3-х больных ТДК, и с лабильным течением регрессировала ДН лишь частично.

Логично, что лучшие результаты были у больного СДК обоих типов. Улучшение отмечали как на прием тегретола, так и на терапию эспа- липонола. При этом тегретол (Т) намного эффективнее снимал невралгию при ДН, а эспа-липон (ЭЛ) в большей степени способствовал регрессу СВЧ и ДН. Эффективность такой терапии при СДК удерживалась на 2-3 месяца дольше, чем при СДСК. В то же время при СДСК Т. и Э. достаточно эффективно действовали на своем направлении каждый. При среднесуточной гликемии <= 11.1 ммоль/л, HbA1C<9,6% после терапии Э. отмечено увеличение ВЧ в среднем на 1.4±0.2 балла, тогда как при гликемии > 11,1 ммоль/л. HbA1C>9,7%. лишь на 0.6±0,08 балла. Аналогичная картина получилась и при применении Т., болевой синдром был быстрее купирован и не рецидивировал при СДК и СК. тогда как при СДДК эффект от Т. был нестойким. Комплекс витаминов группы В, раннее часто назначаемый при ДН уступает в эффективности Э., в нашем исследовании он приводил лишь к умеренному регрессу СВЧ (до 0,7 балла в среднем) с непродолжительным эффектом по времени. Очевидно, это связано с тем, что Т. намного эффективнее витаминов (В) устраняет медиаторный компонент невралгии при ДН. а Э. намного активнее. В тормозит процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и влияние их токсических продуктов на нервную ткань. Кроме того Э. активизирует акторы роста нервной ткани (ФРНТ) намного лучше, чем Т. и В. Следует учесть, что в Э помимо - липоевой кислоты входит тиендиамин, который способен образовывать комплексоны с продуктами ПОЛ и улучшать проникновение - липоевой кислоты за счет изменения ее пространственной структуры в нервную ткань. Таким образом можно предположить следующее:

- 1). Выявление СВЧ и ее регресс служит достоверным симптомом ДН и критерием эффективности лечения.
- 2). Для регресса ДН необходимым условием является достижение удовлетворительной СДК.
- 3). Терапию ДН проводят с учетом преобладающего синдрома : при болевом эффективнее Т. в суточной дозе 200 мг. при СВЧ проводится терапия Э. по step-down схеме : в/в 600 мг/сутки №10-20. затем per os по 600 мг в течение месяца.
- 4). Э. и Т. намного превосходят по эффективности традиционные препараты витаминов группы В за счет мультифакторного влияния на различные звенья развития ДН.