

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ НЕЙРОПАТИЯ И МЕТОДЫ ЕЕ ДИАГНОСТИКИ

¹Полторацкая Е. С., ²Ряуткина Л. А., ¹Пахомов И. А., ¹Чешева Е. В.

¹ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии
и ортопедии им Я. Л. Цивьяна» Минздрава России, Новосибирск

² ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, Новосибирск

Цель: изучить возможности диагностики диабетической дистальной нейропатии (ДДПН) на ранней стадии.

Материалы и методы: обследовано 60 лиц в возрасте 45-76 лет ($61,6 \pm 8,3$), из них 30 с сахарным диабетом (СД) 2 типа и 30 без нарушений углеводного обмена (контрольная группа), все без клинических признаков ДДПН. Проводилось стандартизованное интервью с регистрацией социально-демографических и анамнестических данных; осмотр нижних конечностей; оценивали симптомы нейропатии (Neuropathy Symptom Score) и неврологический дефицит по шкале Нейропатический дисфункциональный счет. Электронейромиографию (ЭНМГ) проводили на приборе «Нейрософт МВП4».

Результаты: в подгруппе с СД 2 типа по данным ЭНМГ выявлена нейропатия у 26 (86,7%) лиц, и только у 4 (13,3%) признаков ДДПН не было. Сенсорный вариант ДДПН определен у 12 пациентов (40%). Преобладал дефицит по латеральному и медиальному подошвенным нервам у 10 (33,3%), у 7 (23,3%) по икроножному и только у 3 пациентов (10%) по глубокому малоберцовому нерву; 5 (16,7%) имели радикулопатию на уровне L4-S2. В 58% случаев выявлен аксонопатический тип снижения проведения. При неврологическом осмотре у 9 (30%) пациентов обнаружено снижение температурной чувствительности.

Сенсомоторная нейропатия выявлена у 13 (43,3%) пациентов: дефицит проведения по моторным волокнам малоберцового нерва у 13 (43,3%), большеберцового нерва - 12 (40%), по сенсорным волокнам малоберцового и латерального подошвенного нервов у 8 (26,7%), икроножного у 6 (20%) медиального подошвенного нерва у 5 (16,7%), 8 (26,7%) имели радикулопатию L5-S2. В 61 % случаев отмечался сочетанный тип повреждения нервов. При неврологическом осмотре снижение температурной чувствительности отмечено у 10 (33,3%) лиц, вибрационной у 7 (23,3%). У 1 пациента (3,3%) из подгруппы с СД 2 типа выявлена моторная ДДПН по глубокому малоберцовому нерву. При неврологическом осмотре отмечается снижение температурной и вибрационной чувствительности.

В контрольной группе из 30 лиц у 11 (36,7%) выявлены признаки ДДПН по данным ЭНМГ, у 19 (63,3%) нейропатии не обнаружено. Сенсомоторная нейропатия выявлена у 9 (30%) лиц. Все лица по ЭНМГ имели нарушение проведения по моторным волокнам малоберцового, большеберцового нервов (63,3%), по

сенсорным волокнам исследуемых нервов у 6 (по 20%), при этом у 1 провести ЭНМГ по латеральному и медиальному подошвенному нерву не удалось. У всех 9 обследованных определена радикулопатия S1-S2 и сочетанный тип повреждения нервов. При неврологическом осмотре снижение температурной чувствительности выявлено у 3 (10%) лиц. По 1 (3,3%) обследованному из контрольной группы имели моторную и сенсорную ДДПН.

Выводы: используя ЭНМГ для диагностики дистальной нейропатии, признаки её субклинической формы выявлены у 86,7% лиц с СД 2 типа и 36,7% без СД ($p=0,001$). При сравнении лиц с СД 2 типа и контрольной группы достоверно чаще при СД поражаются сенсорные волокна латерального ($p=0,006$) и медиального ($p=0,036$) подошвенных нервов преимущественно по аксонопатическому типу ($p=0,018$). При СД чаще отмечается снижение температурной чувствительности ($p=0,001$). Полученные данные, вероятно, свидетельствует о повреждении малых немиелинизированных С-волокон и А δ -волокон.

Ключевые слова: сахарный диабет; диабетическая дистальная полинейропатия; диагностика; электронейромиография.

Настоящий анализ выполнен при грантовой поддержке Фонда содействия развитию инноваций И. Бортника.