

тиамина (В1). В отличие от водорастворимых солей тиамина бенфотиамин обладает липофильными свойствами, что облегчает его всасывание.

Бенфотиамин блокирует 4 основных пути гипергликемического повреждения, указанных выше (AGE- путь (КПИГ), гексоаминовый, протеинкиназы С и полиоловый пути).

Международной исследовательской рабочей группой Хаммеса (2003) удалось экспериментально подтвердить терапевтическое значение бенфотиамина при диабетической ретинопатии.

Ряд авторов свидетельствуют об эффекте бенфотиамина при диабетической нефропатии. В частности, применение бенфотиамина при диабетической нефропатии приводит к снижению гиперфльтрации, снижению альбуминурии на 70-80% [5].

Тактика лечения больных зависит от стадии ДН [4]. При субклинической стадии целесообразно назначение пероральной формы – драже Мильгаммакомполитум, по 1 драже 3 раза в сутки в течение 6-8 недель. Именно на этой стадии, когда изменения со стороны периферической нервной системы обратимы, применение последнего наиболее эффективно. При более выраженных изменениях рекомендовано начать с инъекционной формы Мильгаммы внутримышечно в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием Миль-

гаммакомполитум по 1 драже 3 раза в сутки на протяжении не менее 6-8 недель.

Таким образом, назначение больным СД препаратов Мильгамма и Мильгаммакомполитум оказывает патогенетическое действие на симптомы диабетической невропатии и имеет важное значение в профилактике осложнений сахарного диабета, которые ведут к слепоте, почечной недостаточности, развитию синдрома диабетической стопы, и значительно улучшает качество жизни пациентов!

Литература:

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет – глобальная медико-социальная проблема современности. // Consilium-Medicum. - 2009, №12. – С. 5-8.
2. Токмакова А.Ю. Диабетическая дистальная полиневропатия: патогенез, клиника, диагностика, принципы терапии. Матер. конф. - М., 2001. – С. 20-32.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М. Москва, 2008. – 400с.
4. Зиновьева О.Е. Роль нейротропных витаминов в патогенетической терапии диабетической невропатии // Consilium-Medicum. – 2009, №12. – С. 7-43.
5. Babaei-Jadidi, R., Karachalias, N., Ahmed, N., Battah, S., Thornalley, P. J.: Prevention of Incipient Diabetic Nephropathy by High-Dose Thiamine and Benfotiamine. Diabetes 2003; 52: 2110-2119.

Тұжырым

ДИАБЕТИКАЛЫҚ НЕВРОПАТИЯ: ОНЫҢ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ АСПЕКТІСІ

А.А. Дүсіпова, Г.Ж. Баядилова, Г.С. Томпакова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. Акимбаева, А.А. Бужикенова
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Бұл жұмыста диабетикалық невропатия туралы ақпарат көрсетілген. Ондағы клиникалық көрінісі, диагностикасы, патогенетикалық аспектінің емі қарастырылған. Мұнда нейротропты дәрумендердің диабетикалық невропатияның алдын алуымен еміндегі маңызы талқыланады.

Кілтті сөздер: қантты диабет, асқыну, диабетикалық невропатия, патогенезі, емі, нейротропты дәрумендер.

Summary

DIABETIC NEUROPATHY, PATHOGENIC ASPECTS OF THERAPY

A.A. Dyusupova, G.Zh. Bayadilova, G.S. Tompacova, V.T. Achmetova, G.Zh. Akimbaeva, A.A. Buzhikenova
Semey State Medical University

This article is informed about diabetic neuropathy, its clinical manifestations, diagnostic, pathogenic aspects of therapy. Discussed the role of neurotropic vitamins in prevention and treatment of diabetic neuropathy.

Key words: diabetes mellitus, complications, diabetic neuropathy, pathogenesis, treatment, neurotropic vitamins.

УДК 616.8-616.43-08

А.А. Дюсупова, Г.Ж. Баядилова, М.Д. Шотыков, А.А. Бужикенова

Государственный медицинский университет города Семей

АВТОНОМНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ

Аннотация

В работе представлена информация об автономной диабетической невропатии, ее классификации, клинических проявлениях, патогенетических и симптоматических аспектах лечения.

Ключевые слова: сахарный диабет, осложнения, автономная диабетическая невропатия, альфа-липоевая кислота, симптоматическое лечение.

В настоящее время наблюдается пандемия сахарного диабета (СД), во всех странах практически повсеместно отмечается рост заболеваемости диабетом. Частота СД составляет 50% в общей структуре эндокринных заболеваний [1].

Диабетическая невропатия (ДН) – поражение нервной системы вследствие СД. Невропатия является самым частым осложнением заболевания. При этом в патологический процесс могут вовлекаться различные отделы нервной системы, приводя к соответствующим

клиническим проявлениям. Автономная ДН наблюдается у 15% больных СД при постановке диагноза и у 50% - через 20 лет от начала заболевания. По данным авторов (Haupt, 2005) от 60% до 90% больных диабетом страдают периферической и/или автономной невропатией.

Проявления диабетической автономной невропатии встречаются достаточно часто, наиболее тяжелые из них определяют высокий уровень заболеваемости и летальности среди больных СД [2,3].

Основные нарушения и симптомы, имеющие место при автономных диабетических невропатиях (Haslbeck, 1993):

1. При поражении сердечно-сосудистой системы отмечаются тахикардия в состоянии покоя, пониженное/отсутствующее восприятие боли («немой» инфаркт миокарда), нарушенные изменения частоты сердечных сокращений, аритмия, удлиненный QT- интервал на ЭКГ, ортостатическая гипотония.

2. Со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдаются парез желудка, диспептические симптомы, диарея, запор, недержание стула.

3. О нарушении деятельности урогенитальной системы свидетельствуют диабетические цистопатии, нарушенное ощущение полноты мочевого пузыря, остаточная моча, недержание мочи, эректильная дисфункция.

4. Со стороны эндокринной системы нарушается восприятие гипогликемии: отсутствует или снижается. Трофика конечностей нарушается и проявляется: ангидроз, гиперкератоз, отеки, пониженная /отсутствующая чувствительность, язвы, остеопатия, остеоартропатия, гангрена.

Наиболее серьезным осложнением СД является невропатия сердечно-сосудистой системы. По результатам мета-анализа 9 важнейших исследований при средней продолжительности наблюдения в 5,8 лет, уровень смертности пациентов с автономной невропатией возрастает в 5 раз [3,4,5].

Лечение. Основным принципом профилактики и лечения диабетической невропатии является строгий контроль уровня гликемии. Для того чтобы проявились положительные клинические эффекты в отношении невропатии, необходимо поддержание оптимального уровня гликированного гемоглобина как минимум на протяжении 6 месяцев.

Однако надо помнить, что лекарства, специфически воздействующие на некоторые механизмы развития невропатии, не способны ее излечить при недостаточной компенсации сахарного диабета. Патогенетически обоснованным является применение при автономной невропатии Тиоктовой кислоты.

Терапевтическая эффективность Тиоктовой кислоты при вегетативной (автономной) невропатии была подтверждена исследованием DECAN. При длительном наблюдении 73 пациентов было отмечено, что пероральная терапия Тиоктовой кислотой (800 мг ежедневно на протяжении четырех месяцев) значительно улучшала функциональные параметры кардиальной нервной системы.

Для лечения автономной невропатии желудочно-кишечного тракта используют: при атонии желудка – цизаприд (по 5-40 мг 2-4 раза в сутки за 15 мин до еды), метоклопрамид (по 5-10 мг 3-4 раза в сутки), домперидон (по 10 мг 3 раза в сутки), эритромицин (суточная доза 1-4 г в 4 приема); при энтеропатии – антибиотики широкого спектра действия на 2-3 дня ежемесячно (при отсутствии дисбактериоза!), лоперамид (первая доза – 2 мг, далее 2-12 мг в сутки до частоты стула 1-2 раза в

сутки, но не более 6 мг на каждые 20 кг массы тела больного в сутки).

Для лечения автономной невропатии сердечно-сосудистой системы применяют кардиоселективные бета-адреноблокаторы бисопролол, блокаторы кальциевых каналов – верапамил, а также препараты магния – магния сульфат, магния оротат (Магнерот). Бисопролол – высокоэффективный кардиоселективный бета-адреноблокатор, который практически не блокирует бета2-рецепторы сосудов бронхов и кишечника. Его назначают, начиная с 1,25 мг, с постепенным повышением дозы до эффективной, но не более 10 мг/сут. Независимо от дозы, препарат принимают 1 раз в сутки. Доза верапамила – по 40-80 мг 3 раза в сутки. При резком снижении артериального давления при вставании с кровати или стула (ортостатической гипотензии) рекомендуется несколько увеличить потребление поваренной соли, обильное питье, эластичные чулки, сон на кровати с приподнятым головным краем, отказ от физических нагрузок. С кровати и со стула необходимо вставать медленно. В том случае, если ортостатическая гипотензия развивается на фоне артериальной гипертензии возможно назначение таких лекарств из группы бета-блокаторов, как пиндолол (вискен) или оксипренолол [3,4,5,6].

Для лечения эректильной дисфункции используют силденафил (если нет противопоказаний), алпростадил (интракавернозно), цинка сульфат, вакуум-терапию, протезирование полового члена, психологическое консультирование.

Для общей профилактики гиповитаминоза и осложнений больным сахарным диабетом назначают поливитаминные препараты. Оптимальным набором витаминов и микроэлементов обладает препарат «Витамины для больных диабетом». Одна таблетка препарата содержит витамин С (90 мг), витамин Е (18 мг), бета-каротин (2,1 мг), ниацин (7,5 мг), пантотеновую кислоту (3 мг), витамин В6 (1,6 мг), витамин В1 (1,1 мг), витамин В2 (1,5 мг), фолиевую кислоту (0,3 мг), биотин (0,03 мг), витамин В12 (0,0015 мг), а также цинк (12 мг) и хром (200 мкг). «Витамины для больных диабетом» принимают 1 таблетку в сутки курсами по 2-3 мес в конце зимы – начале весны ежегодно.

Таким образом, актуальным является возможность использования лекарственных препаратов, влияющих на различные звенья патогенеза диабетической невропатии, а также препаратов симптоматического ряда при автономной невропатии, действие которых направлено на возмещение утраченной функции органа.

Литература:

1. Мельчинская Е.Н. Диабетическая невропатия и значение нейротропных витаминов в ее лечении // Диабетология. – 2010. – С.2-7.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство / Под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. – 2008. – 400с.
3. Boulton AJM, Rayaz Malik, Arezzo JCA, Soslenko JM. Diabetic Somatic Neuropathies. Diabetes Care 2004; 27: 1458–86.
4. Ziegler D. Diabetic cardiovascular autonomic neuropathy: Prognosis, diagnosis and treatment. Diabetes Metab. Rev. 1994;10(4):339-83.
5. Said G. Different patterns of neuropathies in diabetic patients. Diabetic Neuropathy. Boulton AJM, Ed. Cologne, Aventis, Academy Press. - 2001. - P. 16–41.
6. Галстян Г.Р., Анциферов М.Б. Лечение диабетической полинейропатии // Врач. - 2000. – С.23–9.

Тұжырым

АУТОНОМДЫ ДИАБЕТИКАЛЫҚ НЕВРОПАТИЯ

А.А. Дүсіпова, Г.Ж. Баядилова, М.Д. Шотықов, А.А. Бужикенова
ЖДТ бойынша интернатура ММУ қ. Семей

Бұл жұмыста автономды диабетикалық невропатияның жүктелуі, клиникалық көрінісі, патогенетикалық және симптоматикалық емінің аспектілері туралы ақпарат берілді.

Негізгі сөздер: қантты диабет, асқыну, автономды диабетикалық невропатия, альфа-липойдты қышқыл, симптоматикалық емі.

Summary

AUTONOMIC DIABETIC NEUROPATHY

A.A. Dyusupova, G.Zh. Bayadilova, M.D. Shotikov, A.A. Buzhikenova
General medicine on PG course SSMU

This article is informed about autonomic diabetic neuropathy, its classification, clinical manifestations, pathogenic and symptomatic aspects of therapy.

Key words: diabetes mellitus, complications, autonomic diabetic neuropathy, α -lipoic acid, symptomatic treatment.

УДК 616.33-002.2-084-615.276

Ж.Е. Муздубаева

Государственный медицинский университет города Семей

НПВП-ГАСТРОПАТИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Аннотация

В статье описаны побочные эффекты лечения НПВП и их профилактика.

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, профилактика.

Современную врачебную практику невозможно представить без использования нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). НПВП относятся к числу наиболее важных симптом-модифицирующих лекарственных препаратов, особенно при лечении ревматических болезней. Это определяется уникальным сочетанием противовоспалительных, анальгетических, жаропонижающих и антитромботических свойств, перекрывающих почти весь спектр основных симптомов, наиболее характерных для заболеваний ревматической природы. Такого одновременного сочетания положительных эффектов не наблюдается ни у одного из известных в медицине лекарственных средств.

Родоначалниками класса НПВП являются салицилаты растительного происхождения, использовавшиеся с древнейших времен для устранения воспаления. Раскрытие механизмов, лежащих в основе противовоспалительной активности и побочных эффектов, а также разработка на этой основе новых НПВП по праву считаются одними из крупнейших достижений фармакологии XX века.

НПВП используются при чрезвычайно широком спектре заболеваний: остеоартрозе, ревматоидном артрите, анкилозирующем спондилите, подагре, различного генеза невралгиях, миалгиях, головных и зубных болях, болях при первичной дисменорее, ишемической болезни сердца. НПВП получают от 20 до 40% людей пожилого возраста, 6% из которых – более 9 месяцев в году или постоянно. Эти препараты улучшают качество жизни больных, что обусловило значительный рост их потребления, но, в свою очередь, привело к увеличению частоты развития побочных эффектов.

Одной из важнейших проблем, связанных с применением НПВП, является их негативное воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), нередко приводящее к тяжелым последствиям. К сожалению, практически в 100% случаев длительный прием НПВП приводит к развитию гастропатии.

«Родоначалником» НПВП по праву считают ацетилсалициловую кислоту (АСК). О популярности и востребованности этого препарата лучше всего свидетельствуют цифры: в 70-е годы XX века в Великобритании ежегодно потреблялось почти 2 тысячи тонн АСК (в среднем по 2 таблетки в неделю на каждого жителя). Еще в начале 1990-х в отечественных и западных руководствах по ревматологии АСК рекомендовалась как препарат первой линии для проведения обезболивающей и противовоспалительной терапии при суставной патологии в начальной суточной дозе 3-4 г/сут [1,2,3].

Отношение к препаратам АСК, обусловленное ростом числа побочных эффектов, отражает знаменитое высказывание Д. Лоуренса и П. Бенитта: «...если бы в настоящее время пришлось вводить ацетилсалициловую кислоту, маловероятно, что кто-либо из ответственных лиц набрался смелости разрешить ее продажу населению».

По мнению А.Е. Каратеева [4], «... в руках опытного специалиста-терапевта НПВП являются надежным и удобным инструментом, позволяющим добиться быстрого облегчения страданий пациента и улучшения качества его жизни. Однако, как и любой инструмент, эти препараты действенны и безопасны лишь в том случае, если их применяют правильно. Напротив, неумелое использование НПВП без учета их фармакологических свойств и индивидуальных особенностей пациента нередко оборачивается не только разочарованием в их эффективности, но и развитием опасных, угрожающих жизни осложнений».

Именно поэтому тактика правильного назначения, выбора дозы и определения длительности приема, контроль не только прямого эффекта, но и возможных побочных реакций и осложнений НПВП, а при их развитии - своевременное и адекватное лечение - залог успеха в работе с пациентом.

Существует также ряд дополнительных факторов, увеличивающих риск развития НПВП-гастропатий и