
ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВОЙ ДИСТАЛЬНОЙ СИММЕТРИЧНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИКОСТНЫМИ БЛОКАДАМИ

Л.Е. Корнилова, Н.А. Арсюхин,
Е.Л. Соков

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Российский университет дружбы народов
ул. Вавилова, 61, корп. 8, Москва, Россия, 117292

Представлены результаты исследования динамики показателей электронейромиографии при лечении болевой дистальной симметричной диабетической полинейропатии под воздействием внутрикостных блокад.

Ключевые слова: внутрикостные блокады, дистальная симметричная диабетическая полинейропатия, электронейромиография.

Наиболее частой формой диабетической нейропатии является дистальная симметричная диабетическая полинейропатия (ДСДП). До 32% случаев ДСДП сопровождается нейропатическим болевым синдромом. Электронейромиография (ЭНМГ) позволяет диагностировать субклиническую форму ДСДП, ключевыми параметрами ЭНМГ являются амплитуда М-ответа (для моторных волокон), либо S-ответ (для сенсорных волокон) и скорость проведения импульса (СПИ) [1].

Цель исследования: сравнить динамику показателей электронейромиографии у пациентов с болевой дистальной симметричной диабетической полинейропатией при использовании в комплексном лечении внутрикостных блокад и амитриптилина.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в ГКБ № 64 находились 40 пациентов, страдающих болевой формой ДСДП. Они были разделены на 2 группы: основную и контрольную.

Основная группа (3 мужчины и 17 женщин) с целью купирования болевого синдрома получала внутрикостные блокады (ВКБ) [2] в комплексе с внутривенным введением пентоксифиллина и внутримышечным введением тиамин. Средний возраст пациентов составил $62,4 \pm 7,0$ года. Средняя длительность СД составила $11,0 \pm 8,6$ лет. Средний уровень гликозилированного гемоглобина крови (HbA1c) был равен $7,5 \pm 1,7\%$. Контрольная группа (3 мужчины и 17 женщин) с целью купирования болевого синдрома перорально получала амитриптилин в дозе 50 мг/сутки в течение 1 месяца в комплексе с внутривенным введением пентоксифиллина и внутримышечным введением тиамин. Средний возраст пациентов составил $62,1 \pm 9,4$ года. Средняя длительность СД составила $10,1 \pm 7,9$ лет. Средний уровень гликозилированного гемоглобина крови (HbA1c) был равен $7,6 \pm 1,5\%$.

Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту пациентов, по половому составу, по длительности сахарного диабета и уровню гликозилиро-

ванного гемоглобина. Всем пациентам были проведены детальный сбор анамнеза, клинический и электронейромиографический методы исследования. Диагноз болевой ДСДП подтверждался путем неврологического осмотра и электронейромиографического обследования. Оценивались амплитуды М-ответа большеберцового и малоберцовых нервов и S-ответа икроножного нерва, СПИ по большеберцовому и малоберцовому нервам на обеих ногах. Вычислялись средние арифметические величины значений на основе данных с обеих сторон. Эффективность лечения оценивалась путем анализа изменений электронейромиографических показателей до и после курса терапии. Для статистического анализа использовалась статистическая программа SPSS 11.0.

Результаты исследования. Были получены следующие электронейромиографические данные.

Таблица 1

Динамика показателей ЭНМГ

Показатель	До лечения		После лечения	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Амплитуда М-ответа <i>n. tibialis</i> , мВ	3,8 ± 2,3	3,4 ± 1,6	4,6 ± 2,0*	3,4 ± 1,4
Амплитуда М-ответа <i>n. peroneus</i> , мВ	2,5 ± 1,3	2,8 ± 1,5	3,0 ± 1,6*	2,8 ± 1,3
Амплитуда S-ответа <i>n. suralis</i> , мкВ	2,1 ± 2,0	2,4 ± 2,4	3,2 ± 2,7*	2,3 ± 2,3
СПИ по большеберцовому нерву, м/с	44,5 ± 6,5	45,2 ± 5,3	46,7 ± 6,7*	44,0 ± 6,3
СПИ по малоберцовому нерву, м /с	46,7 ± 7,3	44,3 ± 5,4	47,0 ± 7,4	43,6 ± 5,2

Примечание: * $p < 0,05$, достоверно выше по сравнению с показателем до лечения.

Согласно данным табл. 1, в основной группе под воздействием ВКБ в составе комплексной терапии произошло достоверное увеличение амплитуд М-ответа большеберцового и малоберцового нервов, амплитуды S-ответа икроножного нерва и СПИ по большеберцовому нерву ($p < 0,05$). В контрольной группе после лечения не выявлено статистически достоверных изменений электронейромиографических показателей.

Осложнений от внутрикостных блокад не было.

Выводы. Применение внутрикостных блокад приводит к достоверному улучшению электронейромиографических показателей при болевой дистальной симметричной диабетической полинейропатии.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Левин О.С. Полиневропатии (клиническое руководство). — М.: Медицинское информационное агентство, 2006.
- [2] Соков Е.Л., Корнилова Л.Е. Внутрикостный блокады — инновационный метод лечения в неврологии // Боль, М. — 2008. — № 4. — С. 43—49.

DYNAMICS OF ELECTRONEUROMYOGRAPHIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH PAINFUL DISTAL SYMMETRICAL DIABETIC POLYNEUROPATHY UNDER INTRAOSSEUS BLOCKADES

**L.E. Kornilova, N.A. Arsyuhin,
E.L. Sokov**

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery
Peoples' Friendship University of Russia
Vavilov str., 61, Moscow, Russia, 117292

This article presents the dynamics of electroneuromyographic parameters in the treatment of distal symmetrical diabetic polyneuropathy under intraosseous blockades.

Key words: intraosseous blockades, distal symmetrical diabetic polyneuropathy, electroneuromyography.