

Дијабетична невропатија

EBM Guidelines
18.5.2004

- Базични правила
 - Симетрична и асиметрична полиневропатија
 - Дијабетична амиотрофија (= проксимална невропатија)
 - Дијабетична торакална радикулопатија
 - Мононевропатија и мултипна мононевропатија
 - Автономна невропатија
 - Третман на дијабетична невропатија
 - Соодветни докази
 - Библиографија
-
- Полиневропатии, види [1](#).

Базични правила

- Појава на некои форми на невропатија кај луѓето со дијабетес
 - Околу 25% имаат симптоми.
 - 75–80% имаат субклиничка невропатија (дијагностицирана во склоп на клиничките испитувања или како абнормалности на ЕМГ).
- Дијагнозата на дијабетичната невропатија се базира на дијагноза на дијабетесот, типични симптоми и клинички наоди, како и исклучување на други причини кои водат до невропатија. Невропатијата, објективно може да се верифицира со ENMG.
- Невропатијата може да биде прв знак на тип 2 дијабетес.

Симетрична и асиметрична полиневропатија

- Болките започнуваат предоминантно дистално, парестезии и дизестезии
- Мускулни грчеви
- Тетивните рефлекси се слаби или отсатни
 - Ахиловиот тетивен рефлекс прв е афектиран.
- Сензорни пореметувања
 - Прво се засегнати чувствата за вибрација и позиција во долните екстремитети, останатите сензорни функции подоцна. Чувството за допир се испитува со монофиламент.
- Мускулна слабосткога болеста прогредира
- Чувство на вознемиреност во нозете.

Дијабетична амиотрофија (= проксимална невропатија)

- Вообичаено постои асиметрична слабост и мускулна атрофија на надколениците и феморалната регија здружена со задни и феморални болки.
- Типично пациентот е во средни години или постар со лошо регулиран дијабетес. Состојбата значително се подобрува за 6-18 месеци со воспоставување на добро балансиран третман.

Дијабетична торакална радикулопатија

- Состојбата потешко се препознава иако не е ретка.
- Започнува на возраст од 50– 70 години кај тип 2 дијабетес.
- Симптоми
 - Водечки симптом е тешка унилатерална болка во торакалната регија која достигнува максимален интензитет за неколку дена.
 - Може да има сензорен дефект во зесегнатата регија, а понекогаш и регионална слабост во торакалните или абдоминалните мускули.
 - Нема моторни симптоми или наоди од страна на екстремитетите.
 - Пациентите често губат во тежина.
- Мора да се води сметка за кардијални и абдоминални заболувања во диференцијалната дијагноза.
- Болеста често се повлекува спонтанно.

Мононевропатија и мултулна моневропатија

- Најтипични мононевропатии предизвикани од дијабетесот се:
 - болна невропатија на феморалниот нерв, предизвикува слабост на квадрицепсот која спонтанно се повлекува
 - невропатија на окуломоторниот нерв без пупиломоторен дефект.
- Можат да се јават нарушувања и во останатите периферни нерви како поединечни или мултипли мононевропатии. Овие обично се повлекуваат за неколку недели или месеци.

Дијабетична офталмоплегича

- Нарушување во очните движењета предизвикано од дијабетична невропатија. Види [2](#), [3](#).
- Најчесто засегнат нерв е окуломоторниот нерв, поретко абдуценс (n.abducens) или трохлеарниот нерв (n.trochlearis).
- Често спонтанно заздравува.

Автономна невропатија

Симптоми и наоди

- Намалена или изгубена варијација на пулсните вредности
- Постурална хипотензија
- Нарушувања во интестиналната функција, пролив, затвор
- Нарушувања во гастричниот мотилитет, гастропареза, гадење после оброци
- Уринарни нарушувања
- Еректилна дисфункција
- Нарушувања во потењето, промени во кожата
- Намалување или исчезнување на симптомите на хипогликемија
- Променета контрола на бубрежниот натриум, дијабетичен едем, аритмии

Дијагноза

- Историја (Симптоми, контрола на дијабетесот, алкохол)
- Клиничко испитување
 - Мускулна атрофија
 - Во тек на ортостатскиот тест порастот на пулсниот бран е отсатен или систолниот притисок се намалува повеќе од 20 mmHg.

- Пулс во мир над 90/min може да сугерира за авотномна невропатија.
- Се користат неколку дијагностички тестови, најкорисен е намалување на варијабилноста на пулсниот бран во тек на форсирана инхалација и ексхалација и ортостатскиот тест.

Третман на дијабетична невропатија

- Оптимална контрола на дијабетесот е база на превенцијата и третманот на дијабетичната невропатија.
- Мононевропатијата и радикулопатијата обично се повлекуваат спонтано.
- Во третманот на невропатската болка се користат трициклични антидепресиви (и аналгетици). Ниво на докази [A](#) (Трициклични антидепресиви и веројатно интравенски и локален lidocaine, интравенски ketamine, carbamazepine и топичен аспирин се ефикасни за периферна невропатска болка, а орални кортикостероиди се ефикасни за комплексен регионален синдром на болка. Кај 30% од пациентите со невропатска болка на кои им се даваат антидепресиви, ќе се постигне во најмалку 50% намалување на болката, 30% ќе имаат минорни несакани реакции и 4% ќе мораат да го прекинат третманот поради мајорни несакани ефекти). Carbamazepine и gabapentine можат да бидат корисни. Ниво на докази [B](#) (Антиконвулзивите можат да бидат ефикасни кај дијабетичната невропатија). Levomeperazine може да биде добар избор навечер во мала доза (5–25 mg) поради неговиот седативен ефект. Ефикасноста на физикалниот третман сеуште не е докажана. Види [4](#).
- Локалниот capsaicin може да биде ефикасен. Ниво на докази [B](#) (Локален capsaicin може да биде ефикасен во различни болни состојби кои ја засегаат кожата).
- Третманот на автономната невропатија вообичаено е симптоматски.
 - Треба да се обезбеди доволен волумен на течност кај ортостатска хипотензија со минералокортикоиди.
 - Гастропарезата се подобрува со metoclopramide или cisapride (да се започне само од специјалист бидејќи овој лек предизвикува значајно продолжување на QT времето и поради тоа има ризик од аритмија), или ако ова предизвика дијареја, со erythromycin во мали дози.
 - За третман на импотенција, види [5](#).
- Пушењето ја влошува невропатијата.

Соодветни докази

- Нема цврсти докази за ефикасноста на селективни серотонински reuptake инхибитори во третманот на хронична болка. Ниво на докази [C](#) (Нема цврсти докази за ефикасноста на селективните инхибитори за повторнопревземање на серотонинот (SSRIs) во третманот на хроничната болка).

Bibliography

1. Kingery WS. A critical review of controlled clinical trials for peripheral neuropathic pain and complex regional pain syndromes. Pain 1997;73:123-139
2. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-980065. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
3. McQuay JH, Tramer M, Nye BA, Carroll D, Wiffen PJ, Moore RA. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. Pain 1996;68:217-227
4. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-978044. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software

5. Wiffen P, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Library number: CD001133. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Updated frequently.
6. Zhang WY, Li Wan Po A. The effectiveness of topically applied capsaicin: a meta-analysis. *Eur J Clin Pharmacol* 1994;46:517-522
7. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-968401. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software
8. Jung AC, Staiger T, Sullivan M. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors for the management of chronic pain. *J Gen Int Med* 1997;12:384-389
9. The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (University of York), Database no.: DARE-970784. In: The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford: Update Software