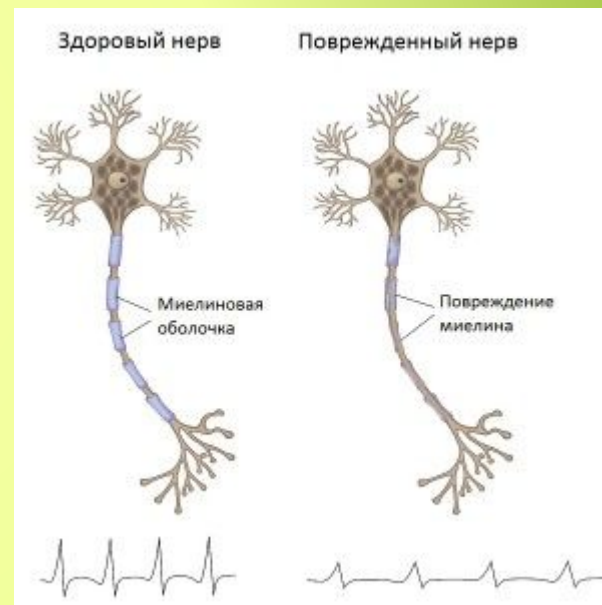


Полинейропатия

- **Полинейропатия** представляет собой особо серьезное заболевание, при котором диагностируется сильное поражение периферических участков человеческой нервной системы. Такое уникальное заболевание главным образом характеризуется одной немаловажной характеристикой, когда вначале поражаются дистальные участки нервов, затем недуг принимает другой восходящий характер, постепенно распространяясь проксимально. Периферические параличи считаются основным проявлением полинейропатии.



СИМПТОМЫ

- Парезы (вялые и частичные параличи) ног;
- Болевые ощущения по ходу периферических нервов (боль может быть жгучей, острой и распирающей);
- Отёки нижних конечностей;
- Ощущения "мурашек" и покалывания;
- Мышечную слабость; Степпаж (изменение походки: при полинейропатии может возникнуть так называемая "петушиная походка", вызванная дегенеративными изменениями в мышцах);
- Отсутствие или снижение сухожильных рефлексов (рефлексов ахиллова сухожилия и коленных);
- Гиперестезия - повышенная чувствительность, при которой любое прикосновение может вызвать болевые ощущения;
- Гипостезия - пониженная чувствительность, при которой человек перестаёт чувствовать температурные и тактильные воздействия;

Этиологическая классификация полинейропатий

1. Идиопатические воспалительные / невоспалительные полинейропатии	Синдром Гийена-Барре ХВДП Хроническая идиопатическая аксональная полинейропатия
2. Полинейропатии при метаболических расстройствах	Диабетическая При других эндокринных заболеваниях Уремическая Печеночная При дефиците витаминов
3. Полинейропатии при экзогенных интоксикациях	Алкогольная При интоксикации другими веществами Лекарственные
4. Полинейропатии при системных заболеваниях	Диспротеинемические При саркоидозе При диффузных заболеваниях соединительной ткани и васкулитах

- **Алкогольную полинейропатию** в народе часто называют полиневропатией и к ней приводит хроническое алкогольное отравление. По данным врачей, этим заболеванием в разных степенях страдает от 80 до 100% алкоголиков. 30% больных начинают с жалобы «отлежал руку/ногу», но, на самом деле, начинается парестезия, которая на начальной стадии заболевания проявляется как покалывание и «мурашки». Лечение и все его результаты в первую очередь напрямую зависят от того, готов ли конкретный пациент совершенно отказаться от употребления алкоголя.
- В случае, если основное заболевание удастся остановить, то при удачном лечении и соблюдении всех требований можно прийти к клиническому выздоровлению и обратному развитию симптоматики. В ином случае заболевание будет прогрессировать, не только нарушая движения, но и приводя к расстройству сердечной деятельности и дыхания. После 10 лет заболевания средняя выживаемость в данном случае составляет примерно 47%.



Алкогольная полиневропатия

- **Классификация алкогольной полиневропатии (АПН):**

- 1. Дистальная симметричная полиневропатия:**

- дистальная симметричная сенсомоторная полиневропатия;
- смешанная моторно-сенсорно-вегетативная полиневропатия;
- вегетативная полиневропатия.

- 2. Локальная и множественная невропатия:**

- мононевропатия;
- множественная мононевропатия;
- плексопатия;
- радикулопатия

- 3. Вегетативная автономная невропатия:**

- сердечно-сосудистая;
- гастроинтестинальная;
- урогенитальная;
- нарушение терморегуляции;
- нарушение трофики



Симптомы алкогольной полинейропатии

- При данном заболевании пациенты чаще всего жалуются на значительное онемение в ногах, напряженные мышцы голени и покалывание в пальцах ног. Симптомы алкогольной полинейропатии преходящие, обычно они проявляются после резких движений и серьезных физических нагрузок. Происходит сильнейшая атрофия мышц нижних конечностей, а также аналогичные повреждения можно наблюдать и в верхних конечностях больного человека, но это проявляется гораздо реже, чем поражение нижних конечностей.
- Начинается все с появления слабости в ногах, судорожного сведения пальцев, боли в икроножных мышцах. Далее начинает развиваться парез и паралич нижних частей ног, меняется походка, из-за расстройства чувствительности больному начинает казаться, что пол «мягкий». Также болезнь может сопровождаться чрезмерной потливостью рук и ног, появлением у кистей и стоп синеватой окраски, расстройства речи (из-за поражения блуждающего нерва речь будет непонятной, смазанной).
- Заметное снижение чувствительности приводит к ощущению «перчаток» или «носков», также кожа становится сухой, начинает шелушиться, на ней появляются язвочки. Алкогольная полинейропатия часто сопровождается психическими нарушениями, например, больной испытывает расстройства памяти, дезориентацию во времени и месте нахождения, также больной может рассказывать о событиях, которых на самом деле никогда не было.

Алгоритм диагностики полинейропатий может быть следующим:

- 1. Сбор анамнеза.
- 2. Неврологический осмотр.
- 3. Общий осмотр.
- 4. Электронейромиография (ЭНМГ).
- 5. Лабораторные методы исследования.
- 6. Инструментальные методы исследования.
- 7. Исследование цереброспинальной жидкости.
- 8. Биопсия нервов.

Жалобы больных алкогольной полинейропатией

- Судорожные сведения мышц в пальцах ноги.
- Онемение и мурашки в конечностях — парестезии, появившиеся после ночного сна. Чувствительность в ногах восстанавливается за несколько минут или часов.
- Боли в стопах, икроножных мышцах. Болезненность появляется сначала в ночные часы, по мере развития заболевания становится постоянной.
- Характерным признаком является болезненность и дискомфорт при незначительной пальпации икроножных мышц.
- Нередко развиваются болезненные судороги в мышцах ноги.
- Нижние конечности периодически мерзнут даже в летние дни.
- По мере развития заболевания возникает не проходящая слабость в ногах, а затем и в руках.
- В редких случаях заболевший предъявляет жалобы на глазодвигательные нарушения.

Диагностика алкогольной полинейропатии

- Для того, чтобы поставить диагноз «алкогольная полинейропатия», используется электронейромиография (ЭНМГ), вследствие проведения данного обследования определяется уровень поражения, определяется существование воспалительного и дегеративного процесса в нерве, выясняется тяжесть повреждений – является ли утрата проведения импульса по нерву частичной или полной, поражена мышца или нерв, корешок или периферический нерв.
- ЭНМГ используют и для контроля динамики заболевания и лечения. ЭНМГ даёт точные сведения о состоянии больного и подтверждает диагноз, однако сама диагностика полинейропатии основывается на определенных жалобах больного, имеющемся анамнезе заболевания и неврологическом осмотре, вследствие которых можно поставить предварительный диагноз.

Лечение алкогольной полинейропатии

- **Медикаментозное лечение** состоит из групп препаратов, применяемых курсами. В первую очередь это:
- Назначения тиамина и других витаминов группы В в инъекциях и таблетированной форме. Комплекс витаминов содержится в таких лекарственных средствах, как Тригамма, Комбилепен, Нейрорубин — форте.
- Препараты, улучшающих микроциркуляции и метаболические процессы в организме. Из современных лекарств к данной группе относятся Тиоктацид, Диалипон, Тиолепта.
- При болевом синдроме применяются противовоспалительные средства и анальгетики диклофенак, ибупрофен, баралгин, смазган.
- Бенфогамма 150 начальная доза составляет по 1 драже 2 раза/сут в течение 3 недель, затем назначают по 1 драже
- ежедневно.

Печеночная полинейропатия

- Печеночная полинейропатия проявляется сенсомоторными нарушениями. В большинстве случаев причиной служит не патология печени, а алкоголизм, диабет и лекарственная терапия, лежащие в ее основе. Необходимо отметить, что в период выздоровления и на более ранних стадиях инфекционного гепатита возможно развитие синдрома Гийена-Барре. ПНП при первичном билиарном циррозе связана с ксантомозными отложениями в периферических нервах. Существует легкая форма печеночной полинейропатии, которая развивается в начальном периоде цирроза. В начале заболевания типичны ограниченные поражения одного сегмента или одного нерва, реже всей конечности. Спустя несколько недель, чаще месяцев процесс распространяется на другие нервы. Выделяют двигательную, чувствительную, атактическую и смешанную формы полинейропатии. Наиболее часто встречаются чувствительная и смешанная формы.

- Двигательные расстройства могут быть выражены в разной степени — от легкой слабости до глубоких парезов. На руках наблюдается преимущественно радиальный тип двигательных расстройств, на ногах — перонеальный. У большинства больных выявляются боли и парестезии, мышечные атрофии в дистальных отделах конечностей, снижение тонуса, угасание сухожильных рефлексов, вазомоторные и трофические нарушения (изменение окраски, температуры кожи, потоотделения, истончение кожи, гиперкератоз). Острая форма печеночной полинейропатии наблюдается при гипертрофическом циррозе печени без асцита. Для нее характерны смешанные нарушения — моторные и сенсорные. Хроническая форма печеночной полинейропатии осложняет кахектическую стадию цирроза. Для нее характерны преимущественно моторные нарушения. Однако, сухожильные рефлексy понижаются, но не исчезают.

Уремическая полиневропатия

Уремическая полиневропатия возникает почти у половины больных с хронической почечной недостаточностью. В большинстве случаев это аксональная преимущественно сенсорная или сенсомоторная полиневропатия.

Хотя по мере прогрессирования почечной недостаточности симптомы полиневропатии обычно нарастают, они, тем не менее, не имеют четкой связи ни с одним из традиционных биохимических индикаторов почечной недостаточности.

Непосредственной причиной полиневропатии считают накопление молекул "среднего размера", которые переходят через диализную мембрану медленнее, чем более мелкие молекулы (такие, как креатинин или мочевины).

- Иногда симптомы полиневропатии нарастают в первые недели после начала диализа, что обычно требует увеличения его продолжительности. После успешной пересадки почки обычно происходит регресс симптомов в течение 6 - 12 мес с полным восстановлением даже при тяжелой полиневропатии. Симптомы полиневропатии (особенно чувство жжения) иногда уменьшаются при введении витаминов группы В.

Уремическая

полинейропатия

- Уремическая полинейропатия развивается только при длительном течении хронической почечной недостаточности, когда уровень клубочковой фильтрации опускается ниже 20 мл/мин, а концентрация креатинина в плазме выше 0,53 ммоль/л. Для данной полинейропатии характерны преимущественно сенсорные нарушения. Дизестезии и онемение в дистальных отделах конечностей являются ранними симптомами, однако, им могут предшествовать крампи и синдром "беспокойных ног". ПНП часто сопровождается болью и ощущением жжения в стопах и нередко приводит к инвалидизации. Снижение порога восприятия вибрации даже при отсутствии изменения скорости проведения по нервам выступает признаком усугубления состояния при уремической полинейропатии. Патогенетические аспекты данной полинейропатии в полной мере неясны. Отмечается положительный эффект гемодиализа. Успешная трансплантация почки приводит к стойкой ремиссии полинейропатии.

- При уремии развивается дистальная аксональная сенсорно-моторная полинейропатия, но благодаря совершенствованию методов диализа тяжелая уремиическая полинейропатия встречается редко. Возможны умеренные вегетативные расстройства в виде ортостатической гипотонии, а также боль в ногах и синдром беспокойных ног - неприятные ощущения в ногах, вынуждающие больного двигать ногами или ходить.
- Тяжелая уремиическая полинейропатия проходит только после трансплантации почки, причем нередко на удивление быстро и полностью. Парадоксально, но порой тяжесть нейропатии уменьшается после двусторонней нефрэктомии, предпринятой для лечения почечной артериальной гипертензии. Тяжелую полинейропатию может вызвать нитрофурантоин, особенно при почечной недостаточности, поэтому таким больным он противопоказан.

Таблица 3. Заболевания, требующие дифференциальной диагностики с СГБ, и их основные отличительные признаки (по Ropper A.H., 1992, с изменениями)

Заболевание	Основные отличительные признаки
<i>Заболевания центральной нервной системы</i>	
Тромбоз основной артерии	Асимметричный парез, поражение черепных нервов
Поперечный миелит	Острое развитие нижнего парапареза с наличием восходящего уровня сенсорных нарушений и тазовыми нарушениями
Сдавление спинного мозга	Асимметричная симптоматика с элементами синдрома Броун-Секара
Полиомиелит	Изолированные двигательные проявления
<i>Заболевания периферической нервной системы</i>	
Дифтерийная полинейропатия	Анамнестическое указание на фарингит, нарастание титра антител к дифтерии, наличие миокардита, нисходящий тип течения, выраженная вегетативная и психическая дисфункция
Порфирийная полинейропатия	Клинические и лабораторные признаки нарушения обмена порфиринов и их предшественников, выраженная вегетативная и психическая дисфункция
Отравление тяжелыми металлами	Спутанность сознания, психоз, нарушение высших мозговых функций
ВИЧ-инфекция	Плейоцитоз в ЦСЖ
Полинейропатия критических состояний	Развитие признаков полинейропатии у пациента, длительно находящегося на ИВЛ
<i>Заболевания нервно-мышечной системы</i>	
Миастения	Повышенная мышечная утомляемость, мышечная слабость, уменьшающаяся в покое
<i>Заболевания мышц</i>	
Метаболические миопатии	Симптомы дисфункции центральной нервной системы
Воспалительные миопатии (полимиозит)	Хроническое течение, преимущественное вовлечение проксимальных отделов конечностей

Лечение

- Лекарствами, улучшающими проводимость импульсов по нервным волокнам;
- Глюкокортикостероидами - гормональными лекарствами;
- Витаминами;
- Антikonвульсантами (габапентин, прегабалин);
- Антидепрессантами (амитриптилин);
- Анальгетиками (трамадол, парацетамол);
- Местными анестетиками (мази с лидокаином);
- Перцовыми пластырями;
- Миорелаксантами (баклофеном);

Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (лечение)

- Кортикостероиды

60-80 мг преднизолона утром; детям 1-1,5 мг/кг снижение дозы каждые 2 нед на 10 мг с одновременным переходом на 1 прием в 2 дня. Поддерживающая доза 5-25 мг через день или через 2 дня.

- Плазмаферез

30-50 мл/кг 2 раза в неделю на протяжении 4-6 недель

- Иммуноглобулины

в/в 0,4 г/кг 5 дней.

Либо с плавным снижением дозы 1 г/кг в сут 2 дня затем та же доза через 2 недели и через 4 недели, затем раз в месяц несколько месяцев

Таблица 2. Фармакологическая терапия нейропатической боли у пожилых пациентов*

Лекарственное средство	Доза	Комментарии**
Антидепрессанты		
Амитриптилина HCl Нортриптилина HCl Дезипрамина HCl Имипрамина HCl Пароксетина HCl	Перорально 10–50 мг на ночь; дозу увеличивают постепенно на 10 мг каждые 4–7 дней Перорально 10–100 мг на ночь Перорально 10–100 мг на ночь Перорально 10–100 мг на ночь Перорально 10–60 мг 1 р. д.	Могут быть нарушения работы сердца; не используют с ингибиторами монооксидазы; могут увеличивать риск падений, колебаний уровня глюкозы, развития спутанного сознания
Противосудорожные		
Габалентин Фенитоин Карбамазепин Натрия вальпроат	Перорально 300–1200 мг 3 р/д; начинают со 100 мг 3 р/д Перорально 200–400 мг на ночь Перорально 200–400 мг 2 р/д Перорально 250 мг 3 р/д; начинают с 250 мг 1 р/д	Седация Могут быть нарушения походки, токсичность вследствие повышения уровня дилантина; используют с осторожностью у пациентов с гипотензией и гипергликемией Возможность развития апластической анемии и агранулоцитоза; необходимо следить за содержанием форменных элементов крови и функцией печени Возможность развития печеночной недостаточности; необходимо следить за содержанием в крови соответствующих показателей
Анальгетики		
НПВС Трамадола HCl	Перорально 50–100 мг, при необходимости каждые 4–6 ч; максимальная доза 300 мг/день	Применять с осторожностью у лиц с наличием факторов риска в отношении желудочно-кишечных кровотечений; удерживаться от длительного применения
Противоаритмические средства		
Патч с 5% лидокаином Мексилетина HCl	Применять вплоть до 12 ч/день 150 мг/день в течение 3 дней, затем 300 мг/день в течение 3 дней, затем 10 мг/кг/день	Использовать с осторожностью у пациентов, получающих противоаритмические средства I класса Может усугубить течение аритмии
Средства для местного применения		
Крем капсаицина 0,075%	Наносить на пораженные участки 3–4 р/д	

Примечания: * — эффективность всех перечисленных средств (за исключением НПВС) в отношении диабетической нейропатии с болевым синдромом была продемонстрирована в рандомизированных контролируемых исследованиях [11]; ** — перед назначением любого средства ознакомьтесь с рекомендуемыми дозами, потенциальными побочными эффектами и взаимодействием с другими лекарственными средствами.

Профилактика

- Предупреждающие мероприятия связаны с устранением причин, способных повлиять на поражение периферических нервов. Чтобы не допустить полинейропатии следует:
- Исключить из жизни алкоголь;
- Применять защитные средства при работе с отравляющими веществами;
- Следить за качеством потребляемых продуктов;
- Контролировать приём лекарств, не принимать лекарства без назначения врача;
- Своевременно лечить инфекционные и внутренние заболевания.