

АО «Медицинский Университет Астана»
Кафедра невропатологии с курсом психиатрии и наркологии

Классификации полинейропатии, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.

Выполнила: Пернебек Ф.Н
Проверила: Балтаева Ж.Ш
Группа- 657 ВОП

Полиневропатии

- группы заболеваний ,характеризующаяся диффузным поражением периферических нервов, проявляются :
- периферическими парезами
- нарушениями чувствительности
- трофическими и вегетативно-сосудистыми расстройствами преимущественно в дистальных отделах конечностей.

Этиология

- **Факторы:** токсические, обменные (метаболические), ишемические, механические.
- **Интоксикации:** алкоголь, препараты мышьяка, свинец, ртуть, талии, сульфокарбонат.
- **Медикаментозные** (при лечении): эметин, висмут, соли золота, сульфаниламид, изониазид, антибиотики.
- При вирусных и бактериальных инфекциях, диффузных бол. соедин. ткани, васкулитах, криоглобулинемии, злокачественных новообр.

Классификация

**Аксонопатии-страдают
осевые
цилиндры(аксоны)**

- Бывают следствием токсических и метаболических поражении и генетического дефекта

**Демиелинизирующие
невропатии(поражается
миелиновая оболочка)**

- Часто бывают аутоиммунными или наследственными.

В международном классификаторе болезней (МКБ) зарегистрированы следующие виды нейропатий в зависимости от причины и течения заболевания:

- **воспалительная полинейропатия** (код по МКБ 10 – G61) – это аутоиммунный процесс, который связан с постоянной воспалительной реакцией на различные раздражители преимущественно неинфекционной природы (включает в себя сывороточную нейропатию, синдром Гийена-Барре, заболевание неутонченной природы)
- **ишемическая полинейропатия нижних конечностей** (код по МКБ также G61) диагностируется у пациентов с нарушением кровоснабжения нервных волокон;
- **лекарственная полинейропатия** (код по МКБ G.62.0) –заболевание развивается после длительного приёма некоторых препаратов или на фоне неправильно подобранных доз лекарственных средств;
- **алкогольная полинейропатия** (код по МКБ G.62.1) – патологический процесс провоцирует хроническая алкогольная интоксикация;

- токсическая полинейропатия (код по МКБ10 – G62.2) формируется под воздействием других токсических веществ, является профессиональным заболеванием работников химической промышленности или контактирующими с токсинами в лаборатории.
- Полинейропатия, развивающаяся после распространения инфекции и паразитов, имеет код G0.
- Болезнь при росте доброкачественных и злокачественных новообразованиях зашифрована в МКБ 10 кодом G63.1.
- Диабетическая полинейропатия нижних конечностей имеет код по МКБ 10 G63.2.

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

5 Полинейропатии при инфекционных заболеваниях	Инфекционно-токсические (при дифтерии) Постинфекционные (эпид паротит, корь, инфекционный мононуклеоз, грипп, ВИЧ-инфекция, нейроборрелиоз) Вследствие прямого повреждающего действия инфекции (лепра, ВИЧ) Поствакцинальные (столбнячный или дифтерийный анатоксины, вакцины против тифа или паратифа)
6 Полинейропатии при злокачественных новообразованиях	Паранеопластические
7. Наследственные полинейропатии	Болезнь Шарко-Мари-Тутта Наследственные сенсорно-вегетативные полинейропатии Семейная амилоидная полинейропатия
8. Обусловленные воздействием физических факторов	Вибрационная болезнь Холодовая

В зависимости от преобладания клинических проявлений заболеваний различают следующие формы полинейропатий:

- **сенсорную** – преобладают признаки вовлечения в процесс чувствительных нервов (онемение, жжение, боль);
- **моторную** – превалируют признаки поражения двигательных волокон (мышечная слабость, уменьшение объёма мышц);
- **сенсомоторную** – одновременно присутствуют симптомы поражения двигательных и чувствительных волокон;
- **вегетативную** – отмечаются признаки вовлечения в процесс вегетативных нервов: сухость кожи, учащённое сердцебиение, склонность к запорам;
- **смешанную** – неврологи определяют признаки поражения всех видов нервов.

Диабетическая полинейропатия

Одним из проявлений заболевания является вегетативная дисфункция, которая имеет следующие признаки:

- ортостатическая артериальная гипотония (снижение артериального давления при смене положения тела с горизонтального в вертикальное);
- физиологические колебания частоты сердечных сокращений;
- нарушения моторики желудка и кишечника;
- дисфункция мочевого пузыря;
- изменения транспорта натрия в почках, диабетический отёк, аритмии;
- эректильная дисфункция;
- кожные изменения, нарушение потоотделения.

Алкогольная полинейропатия

Одним из ранних характерных симптомов заболевания являются боли, которые усиливаются при надавливании на нервные стволы и сдавлении мышц. Позже развиваются слабость и параличи всех конечностей, которые больше выражены в ногах, с преимущественным поражением разгибателей стопы.

На поздних этапах развития патологического процесса снижается тонус мышц и мышечно-суставное чувство, развиваются следующие симптомы:

- расстройство поверхностной чувствительности по типу «перчаток и носков»;
- атаксия (неустойчивость) в сочетании с вазомоторными, трофическими, секреторными расстройствами;
- гипергидрозы (повышенная влажность кожных покровов);
- отёки и бледность дистальных

Медикаментозная полиневропатия

Антибактериальные полинейропатии с явлениями сенсорной невропатии, ночными болями в конечностях и парестезиями, вегетативно-трофическими дисфункциями выявляют не только у больных, но и у работников фабрик, которые производят указанные медикаменты.

На начальном этапе развития изониазидной полинейропатии пациентов беспокоит онемение пальцев конечностей, затем появляется жжение и чувство стягивания в мышцах. В запущенных случаях заболевания к чувствительным расстройствам присоединяется атаксия.

Полинейропатии выявляют при приеме контрацептивов, противодиабетических и сульфамидных средств, фенитоина, препаратов цитотоксической группы, фурадоинового ряда.

Острые, подострые и хронические интоксикации вызывают **токсическую полинейропатию**. Они развиваются при контакте со следующими токсическими веществами:

свинцом;
мышьяковистыми веществами;
окисью углерода;
марганцем;
сероуглеродом;
триортокрезилфосфатом;
сероуглеродом;
хлорофосом.

Симптомы полинейропатии развиваются при отравлении соединениями таллия, золота, ртути, растворителями.

Диагностика полиневропатий

- Неврологи устанавливают диагноз полинейропатии на основании:
- анализа жалоб и давности появления симптомов;
- уточнения возможных причинных факторов;
- установления наличия заболеваний внутренних органов;
- установления наличия подобной симптоматики у ближайших родственников;
- выявления при неврологическом осмотре признаков неврологической патологии.
- Обязательным компонентом диагностической программы является осмотр нижних конечностей с целью выявления вегетативной недостаточности:
- истончения кожи голеней;
- сухости;
- гиперкератоза;
- остеоартропатий;
- трофических язв.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- Осмотр и физикальное обследование.
- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.
- Визуальная оценка: положение больного, наличие асимметрии лица, птоза век, сыпи на кожных покровах.
- Измерение ЧДД, ЧСС (тахипноэ, тахикардия или брадикардия, неправильный ритм).
- Измерение АД.
- Измерение температуры тела (выявление лихорадки). Наличие очаговых неврологических симптомов: МР27 9 нарушение речи и глотания (плохо говорит, не понимает обращенную речь);
- нарушение движений (в одной или нескольких конечностях с одной стороны, с двух сторон);
- нарушение болевой и температурной чувствительности (на лице, туловище, в одной или нескольких конечностях с одной стороны, с двух сторон);
- наличие координаторных расстройств (испытывает затруднения при ходьбе, выполнении мелких движений, пользовании предметами, чувствует сильное головокружение в покое или при движениях и др.); нарушение зрения (двоение, слепота).

Поэтому в первую очередь оцениваются следующие признаки: одышка на вдохе; ограниченная экскурсия грудной клетки и живота при вдохе; парадоксальное движение грудной клетки при дыхании; западание межреберных мышц на вдохе; попытка опираться руками при вдохе.

- Для уточнения диагноза полирадикулоневрита имеет значение сочетание следующих симптомов: слабость или паралич рук и ног в сочетании с болями, нарушением чувствительности в виде «чулок» и «перчаток», болезненностью нервных стволов и мышц при их пальпации, повышенной потливостью кистей и стоп, нарушениями трофики кожи.
- Обязательные вопросы: При расспросе больного нужно уточнить: - Когда началось заболевание? – сколько времени назад (дни, недели, месяцы, годы). - При каких обстоятельствах впервые заметил слабость в ногах и руках? - Имеется ли двоение в глазах, нарушение глотания, фонации? - Если болезнь прогрессирует, то с чего она началась? - Что предшествовало появлению симптомов болезни – температура, понос, рвота, кожные высыпания, насморк, кашель и пр. ? - Были ли прививки? - Какими хроническими заболеваниями болеет и что постоянно принимает?

- Поддержание проходимости верхних дыхательных путей. Интубация должна проводиться с осторожностью, у пациентов с нарушением сердечного ритма (брадикардия, брадиаритмия), так как возможно развитие асистолии.
- При наличии показаний перевод больного на ИВЛ. Предупреждение осложнений (аспирация, травмы конечностей и суставов) Нарушения функции сердечно-сосудистой системы купируются симптоматическими средствами. Острая сосудистая недостаточность, может сопровождать клинику острой полиневропатии, особенно при выраженной гипотонии мышц, инфекционно-токсическом шоке и др. Экстренная терапия включает назначение вазопрессорных средств и кортикостероидных гормонов.

- Вазопрессорные средства вводят в/в капельно. Дофамин (200 мг в 200–400 мл 5% раствора глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида) вводят в/в капельно, увеличивая скорость введения с 5 мкг/(кг/мин) до стабилизации артериального давления на минимально возможном уровне (систолическое давление 90 мм рт. ст.).
- При неэффективности дополнительно вводят 2–4 мг норадреналина гидротартарата в 400 мл 5% раствора глюкозы в/в, повышая скорость инфузии с 4 мкг/мин до достижения минимально возможного уровня артериального давления.
- Введение всех перечисленных вазопрессорных средств следует проводить под строгим контролем артериального давления. Необходимость мониторингирования артериального давления диктуется особенностями гемодинамики, характерными для остро возникающих состояний.
- Кортикостероидные гормоны в зависимости от степени выраженности сосудистой недостаточности назначаются в/в в следующих дозировках: дексаметазон — 8–16 мг или преднизолон — 90–150 мг