

**Научно-практическая конференция
«Принципы диагностики и лечения приобретенных полинейропатий у взрослых»**

<https://med.studio/event/differencialnyj-diagnoz-nasledstvennyh-i-priobretennyh-polinevropatij>

25 ноября 2020 г.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ УЧАСТНИКОВ

Вопрос от Сехович Светлана

Можно ли паллестезиометрию включать в диагностику для подтверждения полинейропатии?

Ответ от Супоной Н.А.: Паллестезиометрия выявляет нарушения вибрационной чувствительности на субклиническом уровне (или при сомнительных случаях}. Можно конечно включить, если доступен. В нашей практике - под задачу. Например, если есть у пациента профессиональные вредности.

Вопрос от Бачурина Наталья

Анна Викторовна, где можно пройти обучение по УЗИ нервов? спасибо

Ответ от Гришиной Д.А.: на базе лаборатории УЗ- диагностики планируется создание обучающего курса по УЗИ нервов, в настоящий момент не проводится.

Вопрос от Бачурина Наталья

частота датчика 10-12 мгц? или лучше от 15-18 мкц?

Ответ от Супоной Н.А.: Чем выше частота тем лучше. 15-18 лучше.

Вопрос от воробьев виктор

Анне Викторовне, датчиком какого размера(разрешения) минимального имеет смысл смотреть нервы при ПНП на узи?

Ответ от Супоной Н.А.: Должен быть линейный датчик с высокой частотой

Вопрос от Дружинина Евгения

Вопрос к Мансуровой Анне Викторовне: будет ли увеличение ППС нервов при ALS?

Ответ от Супоной Н.А.: Не характерно, хотя описано. Надо обратить внимание в плане диф диагностики

Вопрос от Хабичева Лилиана

Добрый день, коллеги! Спасибо за конференцию организаторам. Дарья Александровна, как могут быть консультированы (или госпитализированы) пациенты в Ваше отделение? Касается жителей Московской области. Спасибо.

Ответ от Супоной Н.А.: Решение о госпитализации принимается после консультации в научно-консультативном отделении. Запись по телефону: 84953747776 - к сотрудникам центра заболеваний периферической нервной системы

Вопрос от Дружинина Евгения

Вопрос к Мансуровой Анне Викторовне: - Какие изменения нервов будут при СГБ? Имеет ли значение сроки проведения УЗИ нервов?

Ответ от Гришиной Д.А.: будут изменения - увеличение ППС; сроки проведения исследования имеют большое значение.

Вопрос от Фёдорова Юлия

Вопрос Дарье Александровне: как интерпретировать измененный Н-рефлекс в диагностике ПНП?

Ответ от Гришиной Д.А.: при ПНП Нw выпадает и не регистрируется, либо видим увеличение латентности максимальной по амплитуде Нw и снижение её амплитуды.

Вопрос от Карнаух Валентина

Здравствуйте! Есть ли какие-либо клинические особенности при тонковолоконной полинейропатии?

Ответ от Супоной Н.А.: Уважаемая Валентина Николаевна! Да, конечно, тонковолоконная нейропатия имеет свои характерные клинические особенности. Среди них: нейропатические боли, нарушение температурной чувствительности, тактильной чувствительности, автономная нейропатия (жкт, ссс и др).

Вопрос от Микитюк Ирина

Вопрос в Анне Викторовне Мансуровой: какую норму ППС для бедренного и седалищного нервов Вы используете? Спасибо за доклад)

Ответ от Гришиной Д.А.: в большинстве случаев эти нервы смотрятся с 2х сторон, данные исследования нерва пораженной стороны сравнивается с интактной стороной. При ПНП ППС данных нервов не оценивается.

Вопрос от Сехович Светлана

Вопрос Гришиной Д.А : при назначении энмг обязательно указывать какие нервы исследовать или достаточно выставить диагноз под вопросом?

Ответ от Гришиной Д.А.: достаточно написать ДЗ под вопросом или поставить дифференциально-диагностическую задачу перед нейрофизиологом.

Вопрос от Гильванова Ольга

до недавнего времени биопсию кожи на нейропатию тонких волокон в России не делали. Наталья Вячеславовна! Начали ли НЦН делать биопсию кожи на нейропатию тонких волокон?

Ответ от Супоной Н.А.: Уважаемая, Ольга Валерьевна! Панч биопсию делают в мма им Сеченова. В НЦН начинаем в будущем году

Вопрос от Елисеева Анастасия

Вопрос к Дарье Александровне: всегда ли надо при подозрении на полинейропатию проводить регистрацию в проксимальной точке стимуляции и насколько правдивы выявленные блоки в точке Эрба, ведь из-за болезненности стимуляции в данной точке исследователь может получить ложный блок, просто не "добив в данной точке"?

Ответ от Гришиной Д.А.: стимуляция в точке Эрба проводится в случае подозрения на дизиммунную нейропатию. Риск "не добить" есть, конечно. Это необходимо отразить в заключении.

Вопрос от Батищева Елена

Доброе утро. Подскажите пожалуйста, нужно ли обследование на М-градиент у пациентки с впервые выявленным эритроцитозом (эр. 5,33 Гем. 190) и клиникой Гийена-Барре. Ранее анализы были в норме. Имеется клиника остро возникшей выраженной более проксимальной полинейропатии сопровождающейся лёгким двусторонний прозопарезом и очень лёгким бульбарным синдромом. Рефлексов нет, преимущество нарушения суставно-мышечного чувства

Ответ от Супоной Н.А.: Необходимости в таком анализе нет, с моей точки зрения. Если эритроцитоз стойкий, а не транзиторный, проводите диагностику эритремии (первичной или вторичной) совместно с гематологом

Вопрос от Михеева Людмила

Как расценить наличие клинической картины полиневропатии при отсутствии изменений на ЭНМГ?

Ответ от Гришиной Д.А.: такое возможно при поражении тонких нервных волокон, а также на самых ранних стадиях ПНП.

Вопрос от Банникова Ирина

Дарья Александровна, как вы считаете, рационально ли энмг-обследование поголовно всех детей с СД два-три раза в год при каждой плановой госпитализации в эндоотделение? Без осмотра невролога, без данных о резидуальной симптоматики (ппп цнс)...

Ответ от Гришиной Д.А.: Конечно, это не рационально и не целесообразно, Вы правы.

Вопрос от Жидконожкина Екатерина

Вопрос Гришиной Дарье Александровне: острая сенсорная болевая полинейропатия является ли красным флагом у пациента с впервые выявленным диабетом?

Ответ от Гришиной Д.А.: не совсем, это возможно в случае острой болевой тоноколокной терапия-индцированной диабет-ассоциированной нейропатии при резкой нормализации уровня сахара крови.

Вопрос от Гаджимагомедова Жаварзат

Вопрос Гришиной Д.А. : часто встречаются асимметричные изменения на Энмг рук и ног (чаще ног и чаще аксонального характера) у пациентов с СД 2 типа в анамнезе, можно ли это расценивать как диабетическую ПНП? Или все таки должны быть симметричные нарушения? Спасибо

Ответ от Гришиной Д.А.: При диабетической ПНП при ЭНМГ должны быть симметричные изменения. Асимметрия может быть при сопутствующих радикулопатиях и туннельных невропатиях; а также при методологических неточностях исследования.

Вопрос от Гарнага Виктория

Как должна измениться тактика ведения пациента с ДППП при появлении симптомов автономной ПНП?

Ответ от Гришиной Д.А.: Должна быть скорректирована симптоматическая терапия.

Вопрос от Соцкова Ирина

здравствуйте. Такой вопрос: может ли диабет беременной (гестационный диабет) стать причиной ПНП?

Ответ от Гришиной Д.А.: Это мало вероятно.

Вопрос от Соцкова Ирина

Уточнение вопроса. Если у беременной с гестационным диабетом выявлена ПНП, может ли она быть связана с этим состоянием или срок диабета для возникновения неврологических нарушений маленький и следует искать другую причину?

Ответ от Гришиной Д.А.: Связь сомнительная, Вы правы, необходимо исключать иные причины.

Вопрос от Гаврилюк Борис Как Вы выявляете автономную диабетическую невропатию?

Факторы риска развития КАН

СД 1 типа	СД 2 типа
<ul style="list-style-type: none"> Высокие значения гликированного гемоглобина Гипергликемия Артериальная гипертензия Дистальная диабетическая полинейропатия Диабетическая ретинопатия 	<ul style="list-style-type: none"> Возраст Длительность СД Ожирение Курение

Стадии КАН

- начальная (доклиническая) стадия
- стадия клинических проявлений

Название теста	Описание теста
ЧСС в покое	ЧСС более 100 уд./мин характерно для КАН
Вариация ЧСС	Мониторирование с помощью ЭКГ ЧСС в покое лежа при медленном глубоком дыхании (6 дыхательных движений в минуту). Нормальные значения – разница более 15 уд./мин. Патологическая разница – менее 10 уд./мин. Нормальное соотношение интервалов R–R на выдохе к R–R на вдохе – более 1,17 у лиц 20–24 лет. С возрастом этот показатель снижается: возраст 25–29 - 1,15; 30–34 - 1,13; 35–39 - 1,12; 40–44 - 1,10; 45–49 - 1,08; 50–54 - 1,07; 55–59 - 1,06; 60–64 - 1,04; 65–69 - 1,03; 70–75 - 1,02
Реакция ЧСС в ответ на ортостатическую пробу	Во время продолжительного мониторирования ЭКГ интервалы R–R измеряются через 15 и 30 ударов сердца после вставания. В норме рефлекторную тахикардию сменяет брадикардия, а отношение 30:15 составляет более 1,03. При отношении 30:15 менее 1,0 диагностируется КАН
Проба Вальсальвы	Во время мониторирования ЭКГ пациент в течение 15 с дует в мундштук, соединенный с манометром, поддерживая в нем давление 40 мм рт.ст. В норме ЧСС увеличивается с последующей компенсаторной брадикардией. Наиболее длинный интервал R–R после нагрузки делая на самый короткий R–R во время нагрузки, при этом высчитывается коэффициент Вальсальвы. Норма более 1,20. Показатель менее 1,20 говорит о наличии КАН Следует избегать при наличии пролиферативной ретинопатии вследствие риска кровоизлияний
Реакция АД в ответ на ортостатическую пробу	АД измеряется в положении лежа, а затем спустя 3 мин после вставания. Снижение САД на 20 и более мм рт.ст. и/или ДАД на 10 и более мм рт.ст. свидетельствует о КАН. Для пациентов с исходно повышенным АД в положении лежа (САД 150 мм рт.ст. и выше и/или ДАД 90 мм рт.ст. и выше) снижение САД на 30 мм рт.ст. и/или ДАД на 15 мм рт.ст. может считаться более подходящим критерием диагностики.
Реакция диастолического АД в ответ на изометрическую нагрузку (проба с динамометром)	Пациент сжимает ручной динамометр до максимального значения. Затем рукоятка сжимается на 30% от максимума и удерживается в течение 5 мин. В норме ДАД на другой руке повышается более, чем на 16 мм рт.ст. Повышение ДАД менее, чем на 10 мм рт.ст. говорит о КАН

110

Сахарный диабет.2019;22(51). DOI: 10.14341/DM22151

Клинические проявления КАН

- Тахикардия покоя
- Ортостатическая гипотензия (ОГ) - снижение САД ≥ 20 мм рт.ст. или ДАД ≥ 10 мм рт.ст.
- Синдром постуральной тахикардии
- Снижение переносимости физических нагрузок
- «Немая» ишемия миокарда

Следует предпринять диагностический поиск других причин, которые могут вызывать схожие с КАН симптомы – сопутствующие заболевания, действие ряда лекарственных препаратов или их взаимодействие между собой (УУР С, УДД 5).

Дифференциальная диагностика при КАН

Симптом	Признаки	Другие состояния
Тахикардия покоя	ЧСС более 100 ударов в минуту	анемия, тиреотоксикоз, лихорадка, нарушения ритма сердца (фибрилляция и трепетание предсердий и другие), дегидратация, надпочечниковая недостаточность, действие лекарственных препаратов (например препараты содержащие симпатомиметики бронхолитики для лечения бронхиальной а. комбинированные препараты для лечения простуды, содержащие эфедрин и псевдоэфедрин,

Вопрос от Кудинова Сулима

Наталье Александровне: ХВДП с острым началом (преимущественно проксимальный тетрапарез сено-моторная форма) на фоне ВИЧ 3А ст. на АРВТ. Отмечается незначительная отрицательная динамика по иммунному статусу, можно выставить диагноз ХВДП ассоциированная с ВИЧ - инфекцией.

Ответ от Супоновой Н.А.: да, ХВДП может быть ассоциирован с ВИЧ. ХВДП с острым началом при ВИЧ также бывает. Отлично реагируют на терапию ВВИГ.

Вопрос от Гарнага Виктория

Насколько целесообразно и безопасно назначение нейромидина у возрастных пациентов (75+) с отягощенным по ССЗ анамнезом? Спасибо.

Ответ от Супоновой Н.А.: Всегда необходимо взвешивать риск и пользу для пациента.

Вопрос от Уварова Анна Интересует ведение пациентов с автономной НП

47

Лечение КАН

Применение различных терапевтических подходов, направленных на патогенез КАН, при развитии симптомов заболевания не привело к желаемому результату. Имеются данные о потенциальной пользе применения различных групп препаратов, однако на сегодняшний день их влияние на предотвращение прогрессирования КАН при развитии клинических проявлений не доказано.

Главным образом, в лечении КАН следует воздействовать на выраженные клинические проявления. КАН в этой стадии практически необратима, таким образом, лечение в основном носит симптоматический характер.

Рекомендовано применение кардиоселективных бета-адреноблокаторов с целью коррекции тахикардии покоя при КАН (УУР А, УДД 1).

Лечение ортостатической гипотензии

Для практикующего врача лечение ОГ часто вызывает затруднения и требует применения комплексного подхода.

Комплексный подход в лечении ОГ

Основные подходы к лечению ОГ	Перечень мер	Комментарий	
Тщательный контроль гликемии и сердечно-сосудистых ФР			
	Немедикаментозные методы	избегание провоцирующих ситуаций	резкая смена положения тела, резкое вставание
		физические упражнения и повышение физической активности	детренированность усиливает проявления ОГ и ухудшает течение КАН
		позиционные маневры перед вставанием	перекрещивание ног, сидение на корточках, сокращения мышц нижних конечностей и живота
		употребление достаточного количества жидкости и поваренной соли при отсутствии противопоказаний	в том числе рекомендуется «болосное» питье перед вставанием с постели – подготовить заранее 480мл воды комнатной температуры, в течение 5 минут пациент выпивает, сколько может
		соблюдение режима питания	избегать приема горячей пищи и напитков, больших порций
избегание приема ряда лекарственных средств, которые могут усиливать гипотензию	трициклические антидепрессанты, психотропные и противопаркинсонические препараты, миорелаксанты, средства для лечения эректильной дисфункции и другие		
ношение компрессионного трикотажа	эластическое белье второго класса компрессии на всю длину ног и/или плотно прилегающий к животу и тазу элемент эластической повязки		
Медикаментозная терапия	мидодрин (периферический селективный агонист альфа1-адренорецепторов)	в начальной дозе 2,5 мг 2–3 р/день с постепенным увеличением до максимальной дозы 10 мг 3 р/день. Назначается с рекомендацией пациенту больше сохранять	

Основные подходы к лечению ОГ	Перечень мер	Комментарий
		положение стоя или сидя с целью минимизировать повышение артериального давления в положении лежа
	Флудрокортизон (минералокортикостероид)	начальная доза составляет 0,05 мг вечером с последующей титрацией до максимально допустимой суточной дозы 0,2 мг. Прием данного препарата также увеличивает риск развития артериальной гипертензии в положении лежа

В качестве первого шага в лечении ОГ рекомендуется выбрать немедикаментозные методы (УУР А, УДД 2) и исключить другие причины ОГ (см. таблицу «Дифференциальная диагностика при КАН») (УУР А, УДД 1), а также пересмотреть

Вопрос от Кабанов Алексей

Может ли нейромидин усиливать нейропатическую боль? Как вы относитесь к применению ацетилкарнитина при диабетической нейропатии.

Ответ от Супоневой Н.А.: Одним из эффектов нейромидина описано снижение позитивных неврологических симптомов.

Вопрос от Гильванова Ольга

Наталья Александровна, входит ли нейромидин в зарубежные гайдлайны?

Ответ от Супоневой Н.А.: Ольга Валерьевна! Нейромидин конечно же не входит с зарубежные гайдлайны. По-моему это очевидный ответ.

Вопрос от Гильванова Ольга

Начинаете с А? Как часто назначаете нортриптилин?

Ответ от Супоневой Н.А.: До нортриптилина доходим редко

Вопрос от Новикова Елена

Уважаемая Наталья Александровна, возможно ли изолированное одностороннее поражение слухового нерва при сахарном диабете 2 типа, или это из области казуистики?

Ответ от Супоневой Н.А.: Казуистика

Вопрос от Банникова Ирина

В ряде руководств есть указание на дз: диабетическая пмп, субклиническая форма. Неврологи и эндокринологи порой злоупотребляют им при направлении на энмг. Каково ваше мнение по данному вопросу? (Вопрос Наталье Александровне)

Ответ от Супоневой Н.А.: моё мнение - считаю, что злоупотребляют.

Вопрос от Новикова Мария

Здравствуйте! Часто ли возникает полиневропатия после перенесённой коронавирусной инфекции? Есть несколько случаев дебюта болевой формы сенсорной полиневропатии после перенесённой коронавирусной инфекции, каков прогноз заболевания? И как можно помочь пациентам?

Ответ от Супоневой Н.А.: После КОВИД мы наблюдаем развитие синдрома Гийена-Барре, полинейропатии критических состояний после тяжелого течения, нейропатии от сдавления, также в некоторых случаях длительно сохраняются нарушения обоняния, реже - вкуса. При СГБ однозначно эффективен в/в иммуноглобулин класса G. При остальных - ясности как вести таких больных до сих пор нет. Пока накапливается опыт, и мы его тоже накапливаем.

Вопрос от Нетесов Евгений

Уважаемая Дарья Александровна! Есть ли данные о эффективности традиционной терапии синдрома Гийена-Барре, ассоциированной с новой коронавирусной инфекцией Covid-19?

Ответ от Супоневой Н.А.: при СГБ, ассоциированном с КОВИД-19, эффективна ВВИТ, в литературе опубликованы серии случаев. Наш опыт это подтверждает. Однако были несколько случаев и на плазмаферезе, тоже с хорошим эффектом

Вопрос от Васильцова Ирина

Здравствуйте, где можно проверить уровень метилмалоновой кислоты? Вопрос к Грозовой Д.А.

Ответ от Грозовой Д.А.: В лаборатории helix можно выполнить анализ крови на органические кислоты, среди них - метилмалоновая кислота.

Вопрос от Гильванова Ольга

Марианна Акимовна, всегда ли мочу смотрите? мы часто только кровь. Как часто бывают ситуации, когда в крови нет М-градиента, а в моче выявляется

Ответ: в соответствии с клиническими рекомендациями, необходимо исследование суточной мочи. Однако, если есть возможность выполнения free-lite, то исследование мочи не является обязательным

Вопрос от Мазаева Оксана

Здравствуйте, скажите, пожалуйста, какие дозы фолиевой кислоты используете?

Ответ от Грозовой Д.А.: При обнаружении дефицита фолиевой кислоты - можем назначать в дозе 1-5 мг/сут. Но нужно четко понимать, с чем связан дефицит В9, в отдельных случаях доза подбирается индивидуально.