

Дифференциальная диагностика ДПН

Выполнила: Авдеева Е.А.,
ординатор 1 года по
профилю «Эндокринология»,
127 группа

Диабетическая полинейропатия является наиболее распространенной и изученной формой соматических полинейропатий. Пациенту, особенно с диагностированным сахарным диабетом, традиционно ставится этот диагноз, если симптоматика поражения характеризуется:

- медленно прогрессирующим течением,
- начинается с утраты вибрационной чувствительности и выпадения коленных и ахилловых рефлексов,
- появлением интенсивного болевого синдрома,
- с нарастанием алгий в вечернее и ночное время.

Не следует забывать, описанные признаки подходят и под ряд других заболеваний.

У больных СД могут иметься и недиабетические болевые нейропатии, этиопатогенез которых не связан с СД. К возможным этиологическим факторам недиабетических болевых нейропатий относятся:

- ✓ интоксикации (чаще всего злоупотребление алкоголем, реже – отравление свинцом, ртутью),
- ✓ онкологические заболевания (классический пример заболевания, часто сопровождающегося полинейропатией, – бронхогенный рак легкого),
- ✓ инфекции (ВИЧ, герпесвирусная и др.),
- ✓ дефицит витаминов В₁₂, В₆ и В₁,
- ✓ амилоидоз,
- ✓ применение некоторых лекарственных средств (изониазида, алкалоидов барвинка, противоопухолевых средств, антиретровирусных препаратов).

Таблица 2. Клинический дифференциальный диагноз болей в нижних конечностях

Признак	Диабетическая нейропатия	Облитерирующий атеросклероз магистральных артерий ног (ишемия)	Хроническая венозная или лимфатическая недостаточность	Суставы	Депрессия
Локализация боли	Стопы болят больше, чем икры; икры болят больше, чем бедра	Икры, бедра болят больше, чем стопы	Преимущественно икры	Боли в области суставов	Четкой локализации нет; помимо болей в ногах могут иметься боли в самых разных отделах тела (голова, живот, плечевой пояс, спина)
Характер боли	Острые, жгучие, стреляющие, режущие, поверхностные, реже глубокие	Глубокие, ломящие	Распирающие	Острые или ноющие	Непостоянные, мигрирующие
Боли в покое	Присутствуют	Редко (только при крайней степени ишемии)	Отсутствуют или быстро проходят в положении лежа или с приподнятыми ногами	Уменьшаются, не изменяются или отсутствуют	Обычно воспринимаются сильнее
Боли при ходьбе	Уменьшаются	Усиливаются («синдром перемежающейся хромоты»)	Возникают не сразу, усиливаются к вечеру	Практически постоянно	Обычно менее заметны
Боли ночью	Усиливаются	Отсутствуют (кроме крайних степеней ишемии)	Отсутствуют	Не зависят от времени суток	Не зависят от времени суток
Кожа	Теплая, влажная, реже сухая с гиперкератозами	Холодная, бледная, сухая	Теплая, обычной влажности	Теплая, над суставами может быть горячей	Без изменений

Сосуды	Капиллярная сеть расширена; подкожные вены полнокровны; пульсация артерий стопы хорошая	Пульсация артерий стопы ослаблена или отсутствует; возможно снижение или отсутствие пульсации выходящих артерий	Расширенные, варикозно измененные вены; возможны явления тромбофлебита	Без патологических изменений	Без патологических изменений
Отеки ног	Нет	Нет	Есть	Локальные в области сустава и прилежащих тканей	Нет
Локализация язв	Места наибольшего давления на стопе: подошва (пятка, плюсна)	Кончики пальцев	Голень	Отсутствуют	Отсутствуют
Объем движений	Сохранен	Сохранен	Сохранен	Уменьшен или ограничен	Сохранен
Вибрационная чувствительность	При хронической форме снижена, при острой сенсорной нейропатии может быть не изменена	Как правило, сохранена	Сохранена	Сохранена	Сохранена

Дифференциальная диагностика при ПН

Ведущая причина развития	Клинические особенности	Исследования, подтверждающие этиологию заболевания
<i>Дисметаболические ПН</i>		
Диабетическая ПН	Как правило, симптомы ПН возникают на фоне клинических проявлений СД и являются одним из наиболее распространенных его осложнений	Уровень глюкозы крови натощак, гликемический профиль, гликированный гемоглобин
Алкогольная ПН	Симметричные парезы и атрофия мышц, преимущественно сгибателей стопы и пальцев, нарушения чувствительности по типу перчаток и носков, постоянные или прерывающиеся боли и парестезии в голенях и стопах, жгучие боли в подошвах, отечность, гиперпигментация конечностей, язвы. Характерны изменения личности больного, обусловленные токсическим воздействием этанола на ЦНС, возможно развитие алкогольных энцефалопатии, деменции, эпилептиформного синдрома	Содержание γ -глутамилтрансферазы, аспартат- и аланинаминотрансферазы, билирубина, щелочной фосфатазы, общий анализ крови, определение анти-HCV, HBsAg
ПН при дефиците витаминов В ₁ , В ₆ , В ₁₂	Дефицит витамина В ₁ : возможны расстройства функций нервной системы (раздражительность, утомляемость, нарушение координации движений, мышечные судороги), отеки, тахикардия, одышка, рвота, понос, истощение. Дефицит витамина В ₆ : возможны судороги, депрессия, раздражительность, заторможенность, повышение уровня тревожности, бессонница, дерматит, глоссит, хейлоз с вертикальными трещинами губ, стоматит, снижение количества Т-лимфоцитов. Дефицит витамина В ₁₂ : возможно развитие пернициозной анемии	Определение содержания в крови витаминов В ₁ , В ₆ , В ₁₂

Ведущая причина развития	Клинические особенности	Исследования, подтверждающие этиологию заболевания
<i>Инфекционные ПН</i>		
Дифтерийная ПН	Развивается через 1–3 мес после начала дифтерии. Мышечная слабость распространяется с проксимальных отделов конечностей на дистальные. Тяжесть ПН колеблется от легкой слабости мышц таза с неустойчивостью походки до вялого паралича всех мышц, в том числе дыхательных	Специфическая диагностика проводится на основании бактериологического исследования мазка со слизистых оболочек носа и ротоглотки, глаз, гениталий, кожи и др. Нарастание титра анитоксических антител в РНГА имеет вспомогательное значение. Дифтерийный токсин выявляют с помощью ПЦР
ПН при лепре	Характеризуется распространенным поражением с диспропорциональным нарушением болевой и температурной чувствительности. Изменения наиболее выражены на открытых участках тела – в области ушей, носа, щек, на тыльной поверхности кистей, предплечий и стоп, наружной поверхности голени	Изучают степень поражений и нарушения чувствительности, состояние роста пушковых волос, наличие в высыпаниях и соскобах со слизистой оболочки носа микобактерии лепры. Реакция на лепромин
Лайм-боррелиозная ПН	Через несколько недель или месяцев (редко – до 10–12-го дня) у 15% больных появляются явные признаки поражения нервной системы. Возможны развитие серозного менингита, менингоэнцефалита, поражения периферической нервной системы (сенсорная ПН, миалгия, невралгия, плексалгия, радикулоалгия, амиотрофический синдром, радикулоневрит, изолированный неврит лицевого нерва, мононеврит) – регионарные по отношению к месту присасывания клещей, распространенный полирадикулоневрит (синдром Баннварта), миелит	В НРИФ повышение титров антител к <i>B. burgdorferi</i>
ВИЧ-ассоциированная ПН	Примерно у 1/4 больных СПИДом развивается дистальная симметричная невропатия. Характерны боль и снижение чувствительности в стопах. Возможна множественная мононейропатия вследствие ишемического повреждения периферических нервов. Развивается картина синдрома Гийена–Барре и хронической воспалительной демиелинизирующей ПН с плеоцитозом в спинномозговой жидкости	Анти-ВИЧ

Аутоиммунные ПН

ПН при системных заболеваниях соединительной ткани

Периферическая нейропатия (симметричная чувствительная или двигательная) наблюдается у 10% больных системной красной волчанкой. При узелковом полиартериите ПН бывает начальным проявлением, в случае ревматоидного артрита чаще развивается при уже установленном диагнозе

Антинуклеарный фактор, ревматоидный фактор, С-реактивный белок, СОЭ, мочевая кислота

ПН при парапротеинемических гемобластозах

При доброкачественной моноклональной гаммапатии: выявляется у 1% населения до 50 лет и у 10% – после 75 лет. Содержание парапротеина в сыворотке не превышает 30 г/л, признаки миеломы или первичного амилоидоза (белок Бенс-Джонса, анемия, почечная недостаточность, остеолитические миеломные очаги, гиперкальциемия) отсутствуют.

При первичном системном амилоидозе: выявляется примерно в 1/4 случаев ПН, связанной с парапротеинемией. Поражение мультисистемное, в основе его – отложение в тканях (включая периваскулярные пространства эпинеурия или эндоневрий) фрагментов моноклональной легкой цепи (чаще X).

При миеломной болезни: чаще встречается множественная или изолированная мононейропатия (особенно характерен синдром запястного канала). ПН развивается нечасто, может иметь сенсорный или сенсомоторный, аксональный или демиелинизирующий характер

Иммуноэлектрофорез белков сыворотки и суточной мочи