

ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

УДК 61; 616.8

В.В. Синявский, Ю.А. Громченко

ИШЕМИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Больница с поликлиникой МВД ЛНР

Реферат. В статье дан обзор неврологических причин боли при варикозном расширении вен нижних конечностей, раскрыта необходимость лечения больных с варикозным расширением вен нижних конечностей совместно с неврологом, рассмотрен патогенез ишемической полинейропатии при варикозном расширении вен нижних конечностей, описаны особенности её клиники, уделено внимание терапии ишемической полинейропатии.

Ключевые слова: варикозное расширение вен нижних конечностей, ишемическая полинейропатия, нейропатическая боль.

Распространённость варикозной болезни чрезвычайно высока. По данным разных авторов, более 60% женщин и более 40% мужчин имеют проявления варикозного расширения вен нижних конечностей (ВРВ НК). Многих пациентов, страдающих ВРВ НК, беспокоят боли в ногах. Боль при ВРВ НК может быть обусловлена как механическим раздражением нервных рецепторов в результате перерастяжения вен, фасции, так и за счет ишемии нервной ткани. Обычно такие пациенты лечатся у участкового терапевта, хирурга, в лучшем случае у сосудистого хирурга. Стандартное назначение венотоников, препаратов, улучшающих микроциркуляцию, антикоагулянтов, компрессионного белья не всегда купирует болевой синдром. И даже, если пациента направляют на консультацию к неврологу, далеко не всегда есть типичная симптоматика поражения периферических нервов и пациент не получает консервативное лечение в необходимом объёме.

Одним из осложнений ВРВ НК является ишемическая полинейропатия нижних конечностей. В основе патогенеза ишемической полинейропатии лежит хроническая гипоксия. При ВРВ нарушается не только венозный отток, но и приток артериальной крови из-за уменьшения разности давления крови в венах и артериях. В результате развивается кислородное голодание и накопление в тканях недоокисленных (токсических) продуктов обмена веществ, что вызывает раздражение рецепторов и болевой синдром.

В клинической картине ишемической полинейропатии НК доминирует болевой синдром. Боль может носить тянущий, жгучий или стреляющий характер, усиливающийся в ночное время, не исчезает при переходе в горизонтальное положение, могут присоединяться крампи (судороги икроножных мышц), парестезии, постепенно возникает ассиметричное снижение ахилловых, подошвенных, коленных рефлексов, снижается болевая чувствительность, может беспокоить чувство зябкости, жара в ногах, потливость ног. Кроме того, возникают вегетативно-трофические симптомы — истончение кожи, деформация ногтей, мышц ног, развиваются нейроартропатии Шарко [3].

Особого внимания заслуживает начальный этап формирования ишемической полинейропатии НК, когда в клинике единственным симптомом выступает боль, при неврологическом исследовании — ассиметричная дистальная гипорефлексия, легкие вегетативно-трофические изменения. На ЭНМГ НК характерны следующие изменения: замедление проведения возбуждения по отдельным нервам, уменьшение латентного периода Н- и F-рефлексов или блоки проведения возбуждения. Гистологически определяется дегенерация аксонов и миелиновых оболочек дистальных отделов нервов (Валлеровское перерождение), наступающая в результате ишемии нерва и его фокусного повреждения.

Терапия ишемических полинейропатий, вызванных ВРВ НК, включает лечение ВРВ, а также воздействие на разные звенья патогенеза: стимуляцию компенсаторно-восстановительных процессов, восстановление невральности проводимости, коррекцию нарушений кровообращения.

Лечение варикозного расширения вен нижних конечностей в данной статье не рассматривается. Отдельного внимания заслуживает лечение, направленное на коррекцию болевого синдрома. Болевой синдром при ишемической полинейропатии — это

нейропатическая боль, поэтому для её купирования применяют последовательно или одновременно антиконвульсанты и антидепрессанты. Среди антиконвульсантов применяют: прегабалин (лирика), габапентин (тебантин, габагама, медитан), карбомазепин, препараты вальпроевой кислоты. Среди антидепрессантов высокой анальгетической активностью обладают трициклические антидепрессанты (амитриптилин, дезипрамин, имипрамин, кломипрамин) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина — СИОЗСН (дулоксетин, венлафаксин) [4]. В клинической практике часто комбинируют антиконвульсант с антидепрессантом.

Необходимо отметить, что простые анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты в лечении болей при ишемической полинейропатии имеют низкую эффективность [2].

Антиоксидантная терапия воздействует как на неврологический дефицит, так и на интенсивность болевого синдрома. Одно из первых мест среди антиоксидантов занимает альфа-липоевая (тиоктовая) кислота (тиогамма, тиоктацид, эспа-липон, тиолепта), которая комплексно воздействует на нормализацию эндоневрального кровотока, редукцию оксидативного стресса и уменьшение васкулярной дисфункции [1].

К препаратам, улучшающим метаболизм пораженных нервов относятся витамины группы В (мильгамма, нейробион, комплигам, витаксон, нейровитан, нейромультивит В), что обусловлено их нейротропными свойствами: участием в синтезе нейромедиаторов и нейротрофическим действием.

Патогенетическое лечение ишемических полинейропатий включает также назначение вазоактивных препаратов (трентал, ксантинола никотинат), нейротрофическую терапию (актовегин), средств, способствующих регенерации миелиновой оболочки нерва (нуклео — ЦМФ форте, келтикан). При крампии эффективен магнерот. При гипо- или арефлексии применяют антихолинэстеразные препараты (нейромидин, прозерин, ипидакрин). Ипидакрин имеет двойной механизм действия: обратимый ингибитор антихолинэстеразы и блокатор калиевых каналов, благодаря чему стимулирует нервно-мышечную передачу и улучшает проводимость по периферическим нервам.

Патогенетическая терапия является крайне важной и во многом определяет прогноз заболевания. Лечение, должно проводиться длительными курсами, что, однако, не всегда сопровождается явным клиническим улучшением. В то же время, даже при негрубой неврологической симптоматике может иметь

место выраженный болевой синдром, приводя к диссомнии, депрессии, тревоге, социальной дезадаптации. Поэтому параллельно с патогенетической терапией важно проводить своевременную симптоматическую терапию полинейропатии.

В заключение хочется подчеркнуть, что на начальных этапах формирования ишемической полинейропатии упорная боль, которая не купируется венотониками, которая не дает уснуть пациенту ночью, может пройти после первых же инъекций комплексных препаратов группы В.

Клинический пример.

Пациентка М, 34 г, была прооперирована год назад по поводу ВРВ НК-флебэктомия с применением лазера на обеих ногах. Послеоперационный период протекал без осложнений. До операции пациентку беспокоили боли в ногах. После операции интенсивность боли уменьшилась. Однако, через 6 месяцев болевой синдром возобновился, боль локализовалась в голенях в вечерне-ночной период, не уменьшалась в горизонтальном положении. Пациентка прошла последовательно месячные курсы Детралекса, Флебодии, Венопланта, применяла гель Троксевазин, гель Венитан, носила компрессионное белье, принимала различные нестероидные противовоспалительные препараты. Однако, характер боли практически не менялся. После чего пациентка обратилась на консультацию к неврологу. В неврологическом статусе: паравертебральные точки и т. Вале — безболезненные, симптомы натяжения — отрицательные, коленные рефлексy D=S, живые, ахилловы и подошвенные рефлексy не вызываются, гиперестезия стоп, стояние на пятках и носках не затруднено, кожные покровы без трофических изменений.

Был назначен Нейробион 3 мл в/м через день №3. После первой инъекции интенсивность боли уменьшилась. После трёх инъекций болевой синдром купирован и не возобновлялся в течение 6 месяцев.

Выводы. При ВРВ НК одним из вариантов боли является нейропатическая боль, вызванная хронической ишемией периферических нервов нижних конечностей.

При болевом синдроме у больных ВРВ НК обязательным является осмотр невролога с целью исключения ишемической полинейропатии нижних конечностей.

На начальном этапе формирования ишемической полинейропатии для купирования болевого синдрома эффективны комплексные препараты витаминов группы В, однако, при сформировавшейся полинейропатии необходим комплексный подход в терапии заболевания, длительные и повторные курсы лечения.

V.V. Sinyavskiy, Y.A. Gromchenko

ISCHEMIC POLYNEUROPATHY WITH VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES

Abstract. *The article provides an overview of neurological causes of pain during lower extremities phlebeurysm, discloses the necessity of varicose veins of the lower extremities patients' treatment along with neurologist, reviews the pathogenesis of ischemic neuropathy during varicose veins of the lower extremities, describes peculiar properties of varicose veins of the lower extremities clinical cases, focuses on the therapy of ischemic polyneuropathy.*

Keywords: *varicose veins of the lower extremities, ischemic polyneuropathy, neuropathic pain.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Галиева О.Р., Джанашия П.Х., Мирина Е.Ю. Лечение нейропатической нейропатии // Международный неврологический журнал. – 2008. – №1. – С. 77-81.
2. Левин О.С. Лечение болевого синдрома при полинейропатиях // Трудный пациент. – 2007. – №4. – С. 27-32.
3. Морозова О.Г. Полинейропатии в соматической практике // Внутренняя медицина – 2007 – №4. – С. 37-39.
4. Davies M., Brophy S., Williams R., Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes // Diabetes Care. – 2006. – Vol.29. – P. 1518-1522.