

УДК 616.833-002.1-031.14-036.11-08

СЛУЧАЙ ОСТРОГО МИЕЛОПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТА (СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ) В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Л.А. Пирогова, В.Д. Курбаев, Н.Л. Житко, Т.А. Купа
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
1-я городская клиническая больница г. Гродно

Синдром Гийена-Барре (СГБ), или острый миелополирадикулоневрит, относится к аутоиммунным заболеваниям. Клинические критерии, используемые для постановки диагноза, включают:

- ♦ постепенно увеличивающийся парез более чем одной конечности;
- ♦ отсутствие или ослабление глубоких рефлексов;
- ♦ симптомы заболевания нарастают в течение нескольких дней до 4 недель (острое начало) и до 6 недель (подострое);
- ♦ изменения в нейрофизиологических исследованиях;
- ♦ белково-клеточное расщепление в спинномозговой жидкости.

Симптомы часто охватывают также мышцы туловища и лица, реже – гладкую мускулатуру. В течение заболевания могут появляться нарушения поверхностной и глубокой чувствительности. Часто встречаются сопутствующие автономные симптомы в виде нарушений потоотделения и сосудистого тонуса.

У 10-23% больных может наступить дыхательная недостаточность, которая в 5% случаев ведёт к летальному исходу. В анамнезе заболевания больные часто указывают на перенесенную ранее инфекцию верхних дыхательных путей или ЖКТ, операции или прививки, однако часто трудно определить причины заболевания.

В последние годы установлено, что СГБ – это гетерогенный синдром с точки зрения клинических и морфологических изменений. Кроме типичных форм демиелинизирующего характера (AIDP – acute inflammatory demyelinating polyneuropathy) установлены также аксональные формы (AMAN – acute motor axonal neuropathy), где иммунологический ответ направлен непосредственно против аксонов. Прогноз в лечении аксональных форм хуже, т.к. для этой формы характерно раннее появление мышечных гипо- и атрофий.

При демиелинизирующих формах (AIDP) во время проведения нейрофизиологического исследования получают отклонение от нормы в проведении нервных импульсов по двигательным и чув-

ствительным волокнам, а при первично – аксональных формах (AMAN) снижение скорости проведения или блокаде проведения нервных импульсов по двигательным волокнам, значительное снижение или отсутствие ответа М и F; при записи ЭМГ – наличие фибрилляции и положительных потенциалов денервирования.

Согласно рекомендациям The Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology дополнительными методами лечения СГБ является плазмаферез или внутривенное введение иммуноглобулина в течение первых 4 недель от момента заболевания.

Большинство пациентов в дальнейшем нуждаются в индивидуальной программе восстановительного лечения в условиях отделения реабилитации, задачами которой является:

- ♦ профилактика осложнений, связанных с неподвижностью пациента;
- ♦ профилактика пролежней, контрактур суставов и мышечных гипотрофий;
- ♦ ускорение регенерации нервов;
- ♦ увеличение мышечной силы;
- ♦ профилактика вторичных повреждений паретичных мышц и суставных поверхностей, а также профилактика неправильных двигательных стереотипов;
- ♦ восстановление двигательных функций;
- ♦ оснащение пациента ортопедическим оборудованием и обучение использования его в целях увеличения самостоятельности пациента;
- ♦ психологическая помощь, в том числе поддержание мотивации и заинтересованности в реабилитации.

В течение 6 месяцев 80-85% больных выздоравливают, у 10-15% остаётся небольшой неврологический дефект, в 5-10% случаев может быть рецидив заболевания.

Больная Ф., 47 лет 25.08.2005 г. в 1 час 30 мин. поступила в неврологическое отделение 1-ой городской клинической больницы г. Гродно (1-я ГКБ) с жалобами на онемение левой стопы и голени, затем присоединилось онемение правой стопы и развилась слабость в ногах. Заболела остро, когда

во время работы стали появляться указанные симптомы. Вызвала скорую помощь, которая доставила её в больницу скорой медицинской помощи, где в приёмном покое была осмотрена дежурным нейрохирургом. После осмотра и обследования (миелографии) данных, указывающих на вертеброгенную патологию с протрузией дисков, не выявлено, выставлен диагноз острого нарушения спинального кровообращения, и больная направлена в 1-ую ГКБ.

В анамнезе - артериальная гипертензия, хронический пиелонефрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки (последнее обострение 3 месяца назад, лечение включало гемотрансфузию, по поводу анемии). За 7-10 дней до заболевания перенесла острую респираторную вирусную инфекцию, сопровождающуюся длительным субфебрилитетом. Наследственность и алергоанамнез не отягощены.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД-16 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС-86 в 1 минуту. АД – 150/90 мм рт. ст.

Неврологический статус: в сознании, эмоционально лабильна, суетлива, фиксирована на своих жалобах. Зрачки D = S, движения глазных яблок в полном объёме. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Бульбарных расстройств не выявлено. Сила в руках достаточная, нижний, преимущественно дистальный парез (глубокий в стопах). Сухожильные рефлексы оживлены, карпо-радиальные D ≥ S, коленные D > S, ахилловы D > S, клонус стопы слева. Гипестезия в сегментах L₄ – S₁ с двух сторон и ано-генитальной зоны. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки мочи.

В течение суток клиническая картина усугублялась. Появилась слабость в ногах, больная перестала самостоятельно поворачиваться в постели, сила в руках оставалась достаточной, в стопах отсутствовала; отмечался глубокий парез в проксимальных отделах ног. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук высокие, рефлексогенные зоны расширены D>S, коленные рефлексы: справа сохранены, слева отсутствуют; ахилловы: отсутствуют с обеих сторон. Диссоциированный тип расстройства чувствительности: асимметрия чувствительности в пределах L₁ – S₅ с преимущественной заинтересованностью болевой и температурной, а также с элементами гиперпатий и анестезии в ано-генитальной зоне. Положительные симптомы Кернига и Ласега. Нарушение функции тазовых органов по типу задержки мочи.

25 августа 2005 г. в 12.00 часов больная была переведена в реанимационное отделение, где состояние её было оценено как тяжелое.

При обследовании выявлено:

Миелография (25.08.05) – данных о компрессии дурального мешка нет.

МРТ (31.08.05) – признаки дегенеративных изменений в нижнегрудном отделе позвоночника, грыжи диска на уровне Th₁₂-L₁. Поясничный лордос выпрямлен. Сагитальный размер позвоночного канала на уровне Th₁₂-L₁ – 20 мм. В спинном мозге на уровне Th₁₁-12 визуализируется линейная зона несколько повышенного сигнала T₂ сканых. Несколько снижена высота и гидрофильность дисков Th₁₂-L₅. Диск на уровне Th₁₂-L₁ со срединным основанием, шириной 17 мм выступает в просвет позвоночного канала на 5,4 мм. Спинной мозг и корешки без признаков явного сдавления. Задняя продольная связка утолщена, без отёка.

УЗИ (13.09.05) – мочевого пузыря умеренного наполнения, контуры нечёткие, стенка уплотнена, просвет свободен. Почки – контуры ровные, структура по толщине сохранена, слева незначительное расширение лоханки, конкрементов нет.

ФГС (31.08.05) - по передней стенке язва 0,4 x 0,5 см с тромбированным сосудом; по задней стенке и малой кривизне красные рубчики.

ФГС (4.10.05) – на месте язвы имеется красный рубец. Сохраняются явления воспаления слизистой луковицы 12-перстной кишки.

ЭКГ: ЧСС 74 в 1 минуту, синусовая аритмия, положение электрической оси сердца горизонтальное.

Общий анализ крови: L – 6,0 x 10⁹ г/л, Нб – 96 г/л, Эр – 3,4 x 10¹² г/л, п – 2, с – 87, л – 11, СОЭ – 22 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 91 г/л, мочевины – 4 ммоль/л, билирубин – 15,6 мкмоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, холестерин – 5,6 ммоль/л, АСТ – 0,25, АЛТ – 0,29, глюкоза – 6,4 ммоль/л, протромбиновый индекс – 0,81, ВСК – 3 мин 0,5 с – 3 мин 30 с, ВСК по Ли-Уайту – 8 мин, Na – 127,5 ммоль/л, K- 4,35 ммоль/л, Ca – 0,65 ммоль/л, pH- 7,6.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтая, прозрачная, реакция - нейтральная, относительная плотность - 1010, сахар отр., L – 6-7-8 в поле зрения.

Учитывая острое начало заболевания, которому предшествовали острая респираторная инфекция (за 7-10 дней до начала заболевания), наличие диффузной неврологической симптоматики, диссоциация симптомов, наличие проводниковых расстройств центрального и периферического типа и чувствительных расстройств периферического типа больной выставлен диагноз: первичный миелопирадикулоневрит, острое течение, или синдром Гийена-Барре (СГБ).

Лечение: дексаметазон, анаболические гормоны, эмоксипин, анальгетики, седативные препараты, поливитамины, эссенциале.

1.09. состояние больной несколько улучшилось и оценивалось как средней тяжести. Были назначены реабилитационные мероприятия:

1. Лечение положением (специальные укладки нижних конечностей для предупреждения контрактур и порочных положений).

2. Лечебная гимнастика: комплекс специальных и общего воздействия упражнений для профилактики гипостатической пневмонии, предупреждения гипотрофии мышц, контрактур суставов, тромбообразования, атонии кишечника и мочевого пузыря, а также упражнения для стимуляции обменных процессов. Исходные положения лежа на спине и боку в постели, дозировка нагрузки в объеме первой ступени двигательной активности.

3. Электростимуляция мочевого пузыря.

4. Массаж нижних конечностей.

5. Фототерапия полихроматическим светом на область образовавшихся пролежней на крестце.

6.09.05 больная была переведена в отделение медицинской реабилитации 1-ой ГКБ г. Гродно, где расширен двигательный режим до второй ступени активности. Лечебная гимнастика проводилась в положении лежа и сидя с целью восстановления функции нижних конечностей и тазовых органов. Электростимуляция мочевого пузыря отменена и назначен электрофорез прозерина на область мочевого пузыря. К проводимым реабилитационным мероприятиям добавлена рациональная психотерапия и миллиметровая резонансная терапия для лечения язвенной болезни 12-перстной кишки.

8.09.05 состояние больной улучшилось. Боли в ногах уменьшились, сила бедренных мышц увеличилась, пролежни зарубцевались. Больную перевели в положение стоя, держась за опорную стойку. Все реабилитационные мероприятия продолжались, за исключением биопронтерапии.

12.09.05 состояние удовлетворительное, улучшилось мочеиспускание при сохранении онемения в аногенитальной области, позывов на дефекацию нет. Неврологически: сохраняется парез преимущественно в дистальных отделах нижних конечностей. К проводимым реабилитационным мероприятиям добавили электростимуляцию мышц голени и бедер, а также ходьбу со стойкой в пределах палаты.

14.09.05 лечебная дозированная ходьба со стойкой по коридору. Лечебная гимнастика в объеме 3-ей ступени двигательной активности, лечение положением, физиотерапия, психотерапия проводились в полном объеме.

16.09.05 состояние несколько улучшилось: стала ходить с инструктором по физической реабилитации под руку. Однако больную продолжает беспокоить слабость в ногах, онемение стоп и аногенитальной области. Неврологически: гипотрофия ягодичных мышц и мышц нижних конечностей, снижена сила мышц нижних конечностей до 2-3 баллов, сухожильные рефлексы с рук вызываются одинаково с обеих сторон, с ног: коленные $D \geq S$, ахиллов рефлекс справа отсутствует, расстройство чувствительности в аногенитальной зоне и в дистальных отделах конечностей по полиневритическому типу. Менингеальных симптомов нет. Назначенная комплексная медицинская реабилитация продолжается в условиях стационарного центра медицинской реабилитации с постепенно увеличивающейся дозированной физической нагрузкой. Перед выпиской пациентка стала ходить самостоятельно. 5.10.05 больная выписана домой с рекомендациями по бытовой и физической реабилитации.

С 25.10.05 г. поступила в стационарный центр медицинской реабилитации 1-ой ГКБ для проведения повторного курса, который включал медикаментозную терапию (нейромедин, пираретам, сермион, неуробекс) и комплекс реабилитационных мероприятий:

- ◆ свободный режим,
- ◆ лечебную гимнастику в объеме 4-ой ступени двигательной активности,
- ◆ лечебную ходьбу,
- ◆ ходьбу по лестнице,
- ◆ занятия на тренажерах (VELO-, степ- и шагомер),
- ◆ массаж пояснично-крестцовой области, ягодич и нижних конечностей,
- ◆ электростимуляцию ягодичных мышц и мышц голени,
- ◆ миллиметровую резонансную терапию на пояснично-крестцовую область и нижние конечности.

14.11.2005 года больная выписана домой во вполне удовлетворительном состоянии: самостоятельно ходит, поднимается и спускается по лестнице, мочеиспускание свободное, безболезненное, стул после слабительного. Сохраняется некоторая слабость в ногах, анемия анальной области и стоп. Даны рекомендации по проведению амбулаторной реабилитации.

Литература

1. Леонович А. Л. Инфекционно-аллергические энцефаломиелиты и полирадикулоневриты. Минск. – 1973. – 112 с.
2. Пирадов М. А. Синдром Гийена-Барре: диагностика и лечение // Неврол. Журн. – 2001. - №2. – С. 4-9.
3. Пономарев В.В. Редкие неврологические синдромы и болезни. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 13 – 23.
4. Guillain-Barre Syndrome / An Overview for Layperson. – 2000. - 75 p.