

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТА

*В.И. Андрийчук, В.Н. Вельм*

(Клиническая больница №1 г. Иркутска - главный врач А.А. Образцов, отделение интенсивной терапии и реанимации - зав. В.Н. Вельм)

**Резюме:** Приведено клиническое наблюдение больного с тяжелой формой острого аутоиммунного полирадикулоневрита.

Острый полирадикулоневрит - синонимы: синдром Гийена-Барре, острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулопатия - относится к заболеваниям периферической нервной системы, которые протекают с первичной сегментарной демиелинизацией [2, 4].

Начало изучения острого полирадикулоневрита датируют 1916 г., когда Гийен, Барре и Штроль описали острый периферический паралич с белково-клеточной диссоциацией в цереброспинальной жидкости и благоприятным прогнозом. Описанная ими картина практически не отличалась от «острого восходящего паралича», описанного Ландри еще в 1895 г. [1]. Изучение этого заболевания не потеряло своего значения и в наше время. Этиология до конца не известна. Установлено, что в генезе данной патологии основную роль играют аутоиммунные процессы, ведущие к образованию нейротропных циркулирующих иммунных комплексов, вызывающих деструкцию миелина [1, 3, 6]. А в процессе регенерации, предположительно, лежит восстановление демиелинизированных участков нервного волокна шванновскими клетками [5].

Острый полирадикулоневрит встречается равномерно в разных регионах, в любом возрасте, чаще у мужчин с частотой 0.6-2.4 случая на 100000 населения. Хотя у многих отмечается быстрое и практически полное восстановление, однако от 2 до 6% больных умирают [6]. По литературным данным у половины пораженных трудоспособность нарушена в течение года, а в 17% случаев и после 5 лет сохраняется нетрудоспособность [5]. В 28 случаях из 100 наблюдается тяжелое течение. Острый полирадикулоневрит может развиваться молниеносно (по типу паралича Ландри) с поражением дыхательной мускулатуры и бульбарными расстройствами, когда летальность может достигать 25-30% [2, 4]. Поэтому в связи с угрозой асфиксии и необходимостью проведения ИВЛ такие больные госпитализируются в реанимационное отделение. Как правило, неврологическим проявлениям острого полирадикулоневрита предшествуют вирусные, иногда бактериальные инфекции, а также переохлаждение и переутомление [2, 4, 8].

В связи с этим представляет интерес наше наблюдение тяжелой формы острого полирадикулоневрита. Больной З., 45 лет, доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии клинической больницы № 1 в экстренном порядке «скорой помощью» 13.04.95 г. с диагнозом: тромбоз эмболия легочной артерии. При поступлении предъявлял жалобы на выраженную одышку, чувство «нехватки» воздуха, общую слабость, слабость в конечностях, мышцах шеи. Из анамнеза выяснено, что одышка появилась внезапно 10.04.95 г., усиливалась в горизонтальном положении, сопровождалась сухим кашлем, затем со слизисто-гноющей мокротой. За 4 дня до госпитализации появилась нарастающая слабость шейных мышц (больной не мог поднять голову, подбородок упирался в грудь), в конечностях (выпадала ложка из рук, с трудом поднимал ногу в ванной), явления дизурии (рези, боли при мочеиспускании), субфебрильная температура. Следует отметить, что возникновению указанных жалоб предшествовало длительное переохлаждение и прием алкоголя на рыбалке. Состояние расценено как тяжелое.

При осмотре: сознание сохранено, положение вынужденное - полусидя, умеренный акроцианоз, субиктеричность слизистых и склер, видны судорожные подергивания мышц брюшной стенки. Пальпируются безболезненные подчелюстные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Дыхание поверхностное, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, перкуторно притупление с обеих сторон ниже угла лопаток, так же резко ослабленное дыхание, ЧДД 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия до 120 в 1 мин., АД 120/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень плотная, выступает из-под края реберной дуги на 5 см., край острый.

В неврологическом статусе: голос глухой, ограничена подвижность дужек мягкого неба, снижен глоточный рефлекс с обеих сторон, перхивание при глотании. Объем движений в конечностях полный, но снижена сила в дистальных отделах, угнетены ахилловы и подошвенные

рефлексы. Патологических рефлексов и менингеальных симптомов нет; чувствительность не нарушена.

По лабораторным данным в крови и моче без значимых отклонений от нормы. В ликворе через двое суток белок 1.3 г/л.

Рентгенологически определялись выраженные застойные изменения в малом круге кровообращения, высокое стояние купола диафрагмы справа, инфильтративных и очаговых теней не выявлено. На Эхо-КГ без патологии.

На основании изложенной картины выставлен клинический диагноз: острый инфекционно-аллергический токсический полирадикулоневрит по типу восходящего паралича Ландри.

В соответствии с современными представлениями об иммунологической природе заболевания, с 1-х суток пребывания больного в отделении реанимации назначены глюкокортикоиды (преднизолон до 360 мг/сут. внутривенно), а также проводились сеансы плазмафереза. Суммарное количество удаленной плазмы составляло 1500 мл. В качестве антикоагулянта использовался гепарин в дозе 10000 ед/сут. Удаляемая плазма замещалась изотоническим раствором хлорида натрия, глюкозо-калиевой смесью, реополиглюкином. Проводилась коррекция дыхательной недостаточности, восстановление и поддержание водно-электролитного баланса, восполнение энергетических потерь, профилактика и лечение гнойно-септических осложнений. В программу интенсивной терапии были включены прозерин в дозе 1.5 мг/сут., антибиотики (цефазолин 2 г/сут., гентамицин 160 мг/сут.), диафилин 720 мг/сут., витамины группы В и С, ноотропы, диуретики по показаниям, ингаляции кислорода, дезинтоксикация.

Однако состояние продолжало ухудшаться и через 36 часов от момента поступления в стационар, в связи с нарастанием дыхательной недостаточности и бульбарных расстройств, больной был переведен на ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции: ДО 650 мл, МОВ 15 литров. Про-

водился ежедневный лаваж бронхов с растворами антибиотиков. Через трое суток проведена экстубация, больной был переведен на самостоятельное дыхание. Одышка уменьшилась (сохранялась только в горизонтальном положении). Диагностирована правосторонняя среднедолевая пневмония. Уже через 7 дней на фоне проводимого лечения отмечалась заметная положительная динамика: хорошо стал удерживать голову, поднимать плечи, восстановился акт глотания и сухожильные рефлексы. В дальнейшем состояние стабилизировалось, была отменена интенсивная терапия, продолжался пероральный прием преднизолона в дозе 40 мг/сут. с последующим снижением и отменой. Затем больной был переведен в отделение терапевтического профиля, откуда выписан через 17 дней в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 2 месяца неврологический статус без патологии, пациент возвратился к труду по специальности (автослесарь).

Анализируя данный клинический случай, необходимо выделить следующие моменты: во-первых, трудности диагностики острого полирадикулоневрита; во-вторых, тяжелое течение, осложненное острой дыхательной недостаточностью, наличие сопутствующей пневмонии и уроинфекции; в-третьих, адекватное проведение лечебных мероприятий и раннее использование плазмафереза позволило уменьшить дозу и курс лечения глюкокортикоидами, а также способствовало сокращению сроков нахождения на ИВЛ и пребывания в стационаре.

#### **A CASE OF SUCCESSFUL TREATMENT OF SEVERE FORM OF ACUTE POLYRADICULONEURITIS**

V.I. Andriychuk, V.N. Velm

(Irkutsk Clinical hospital № 1)

Clinical observation of the patient with severe form of acute polyradiculoneuritis is presented.

#### **Литература**

1. Болезни нервной системы. Руководство для врачей: в 2 т./Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 1995. - Т. 1. - С. 414-417.
2. Гусев Е.И. Нервные болезни. - М.: Медицина, 1988. - С. 412-413.
3. Мозолевский Ю.В., Дубанова Е.А., Иванов М.И.// Журн. невропатол. и психиатр. - 1992. - № 3. - С. 106-109.
4. Неретин В.Я., Кирьяков В.А., Сапфинова В.А.// Журн. невропатол. и психиатр. - 1992. - № 3. - С. 111-114.
5. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1989. - С. 163-166.
6. Пирадов М.А.// Журн. невропатол. и психиатр. - 1991. - № 9. - С. 102-105.
7. Пирадов М.А.// Журн. невропатол. и психиатр. - 1992. - № 3. - С. 7-9.
8. Ходос Х.Г. Нервные болезни: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1974. - С. 193-194.