

**Острая воспалительная демиелинизирующая
полирадикулоневропатия : диагностика и
возможности современного лечения**

Диагностика

Группы признаков	Признаки
Облигатные признаки	Прогрессирующая слабость в верхних и нижних конечностях, арефлексия
Признаки, свидетельствующие в пользу диагноза	Нарастание симптоматики на протяжении нескольких дней или недель(до 4 недель). Относительная симметричность симптомов. Легкие нарушения чувствительности. Вовлечение черепных нервов, особенно двустороннее поражение лицевых нервов. Восстановление, начинающееся спустя 2-4 недели после прекращения прогрессирования. Вегетативная дисфункция. Отсутствие лихорадки в начале заболевания. Высокое содержание белка в ЦСЖ при нормальном или незначительном цитозе(не более 10 клеток) Типичные данные ЭНМГ
Признаки, исключающие диагноз	Признаки ботулизма, миастении, полиомиелита, токсической полиневропатии Нарушение обмена порфиринов Недавно перенесённая дифтерия Изолированное нарушение чувствительности (в отсутствие мышечной слабости)

Исследование ЦСЖ

Показатели ликвора	норма
Давление мм.вод.ст	120-180
прозрачность	прозрачный
цвет	бесцветный
цитоз	2-10
Нейтрофилы %	3-5
Лимфоциты %	95-97
Эритроциты * 10 ⁶ /л	0-30
Белок, г/л	0,1-0,3
Глюкоза ммоль/л	2,2-3,3
Фибриновая пленка	нет

Исследование крови пациента на аутоантитела к ганглиозидам

Необходимо обследование на наличие антител к ганглиозидам GM1, GD1a, т.к. они выявляются у более 70% пациентов с аксональными формами

При наличии у пациента глазодвигательных нарушений

антитела к ганглиозидам GQ1b
(т.к. они положительны у пациента с ОВДП
и глазодвигательными симптомами и при синдроме Миллера Фишера)

Рекомендовано исследование крови пациента на антитела IgA к *Campylobacter jejuni* положительны у пациента с аксональными формами, после перенесенной кишечной инфекции.

ЭНМГ

Электромиография (ЭМГ) – единственный инструментальный метод диагностики, позволяющий подтвердить поражение периферической нервной системы и диагноз СГБ соответственно, а также уточнить характер патологических изменений (демиелинизирующий или аксональный) и их распространенность.



Лечение

- Необходима срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии.



ПЛАЗМОФЕРЕЗ

- Рекомендовано в остром периоде проведение высокообъёмного программного плазмафереза в режиме от 3 до 5 сеансов с обязательным удалением не менее 35-50 мл/кг плазмы пациента за одну процедуру.
- За двухнедельный курс должно быть удалено плазмы в количестве не менее 140-160 (до 250) мл/кг веса пациента.



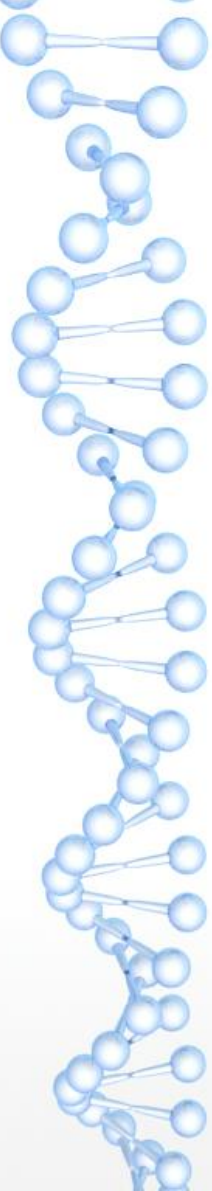
Необходимо оценивать состояние системы гемостаза после каждой процедуры

ИММУНОГЛОБУЛИН



- Внутривенное введение иммуноглобулинов (ВВИГ) в дозе 0,4 г/кг веса пациента в сутки ежедневно, в течение 5 дней (2 г/кг веса за курс)
- Используются исключительно препараты внутривенного человеческого иммуноглобулина, содержащие не менее 95% иммуноглобулинов класса G .
- Не рекомендовано одновременное применение обоих методов патогенетической терапии (плазмафереза и внутривенной иммунотерапии) .



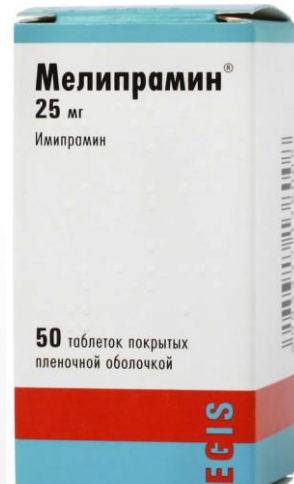


К средствам базисной (патогенетической) терапии относятся следующие препараты:

- 1) антихолинэстеразные — прозерин, калимин, нейромидин, галантамин;
- 2) витамины группы В (В1, В2, В6, В12);
- 3) препараты α -липоевой кислоты (эспа-липон, берлитион, тиогамма и др.), обладающие антиоксидантными и противовоспалительными свойствами;
- 4) ноотропы — пирацетам, церебролизин;
-

Лечение болевого синдрома

- 1) адьювантные анальгетики — антиконвульсанты и трициклические антидепрессанты;
- 2) нестероидные противовоспалительные средства;
- 3) анальгетики из группы опиатов — трамадол (трамал ретард);
- 4) Magne В6 — в комплексной терапии болевого синдрома повышает эффективность лечения за счет активации центральных звеньев антиноцицептивной системы.



Симптоматическая терапия

- В целях профилактики тромбоза глубоких вен голени (при плегии в ногах) назначают малые дозы гепарина или низкомолекулярный гепарин (фраксипарин).



- При парезе мимической мускулатуры необходимы меры по **защите роговицы** (закапывание глазных капель, повязка на ночь)





КОРТИКОСТЕРОИДЫ ?!

- В настоящее время нет единой точки зрения относительно применения кортикостероидов. Считается их назначение ошибочным.
- Многоцентровые исследования (Hughes et al., 1991) показали, что они не улучшают исход заболевания.
- Тем не менее вопрос о применении кортикостероидов при СГБ не может считаться окончательно закрытым.
- Неврологическая группа экспертов ВОЗ не рекомендует пульс-терапию в связи с отсутствием должного восстановления функций к третьему месяцу заболевания.
- **ОДНАКО**, имеются сообщения о положительном влиянии малых доз кортикостероидов, объясняемом стимуляцией выработки противовоспалительных факторов (ИЛ-4, ИЛ-10), что подтверждается данными иммунограмм и цитокинового обмена.



Литература

- 1) О.С. Левин Полиневропатии. Клиническое руководство /2005
- 2) Г.П. Меркулова. Статья в журнале « Медицина неотложных состояний» № 5 2013
- 3) Постановление № 8. Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы от 2018 г.