

Т.Е. Попова, А.А. Таппахов, А.Д. Алексеева, Л.Т. Оконешникова

О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Аннотация. Диагностика хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (ХВДП) представляет сложную задачу, поскольку существующие диагностические критерии недостаточно специфичны, клиническая картина заболевания полиморфна, а достоверные биомаркеры этого заболевания отсутствуют. Диагноз основывается на характерной клинической картине и подтверждается выявлением демиелинизирующего типа повреждения периферических нервов при электронейромиографии или биопсии нерва, а также при исключении других заболеваний, которые могут сопровождаться схожей клинической картиной. В настоящее время значение люмбальной пункции в диагностике ХВДП ставится под сомнение, поскольку данная процедура проводится не всем пациентам, особенно на уровне амбулаторно-поликлинического звена, а типичная белково-клеточная диссоциация приблизительно у 40 % пациентов может не выявляться, особенно в первые 2 недели от момента заболевания. Поэтому в диагностике ХВДП, особенно атипичных форм, внедряются такие методы, как компьютерная паллестезиометрия, ультразвуковое исследование периферических сосудов, магнитно-резонансная томография нервных корешков, а также исследование крови на антитела к вирусам, тропным к нервной ткани. В статье рассматривается клинический случай пациента с ХВДП, у которого отсутствует типичная белково-клеточная диссоциация в ликворе, однако выявляются другие параклинические данные, характерные для воспалительных полиневропатий.

Ключевые слова: хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ХВДП), диагностика, критерии диагностики, ликвор, МРТ, ЭМГ, УЗИ, компьютерная паллестезиометрия, белково-клеточная диссоциация, плазмаферез.

ПОПОВА Татьяна Егоровна – д.м.н., доцент, профессор кафедры неврологии и психиатрии Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Тел.: 892466123222. E-mail: tata2504@yandex.ru

ПОПОВА Tat'yana Egorovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, at the Department of Neurology and Psychiatry, of Medical Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University in Yakutsk. Tel.: +7892466123222. E-mail: tata2504@yandex.ru

ТАППАХОВ Алексей Алексеевич – аспирант кафедры неврологии и психиатрии Медицинского института Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. E-mail: aa.tappakhov@s-vfu.ru

ТАППАХОВ Alekseiy Alekseevich – neurologist, postgraduate student, Department of Neurology and Psychiatry, Institute of Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. at the Department of neurology and psychiatry of Medical Institute of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University in Yakutsk. E-mail: aa.tappakhov@s-vfu.ru

АЛЕКСЕЕВА Алена Даниловна – врач-невролог Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи. E-mail: alyona83@list.ru

АЛЕКСЕЕВА Alena Danilovna – Neurologist, Republic's Hospital No. 2 –Center of Emergency Medical Care. E-mail: alyona83@list.ru

ОКОНЕШНИКОВА Людмила Тимофеевна – заведующая неврологическим отделением Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи. E-mail: okoneshnikovalt@rambler.ru

OKONESHNIKOVA Liudmila Timofeevna – Head, Department of Neurology, Republic's Hospital No. 2 – Center of Emergency Medical Care. E-mail: okoneshnikovalt@rambler.ru

T.E. Popova, A.A. Tappakhov, A.D. Alekseeva, L.T. Okoneshnikova

On the potential of paraclinic methods in diagnostics of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy: case report

Abstract. The diagnostics of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP) is a difficult task, as the classical diagnostic criteria are not specific enough, the clinical picture of the disease is polymorphic, and there are no reliable biomarkers of this disease. The diagnosis is based on a characteristic clinical picture and is confirmed by the detection of the demyelinating type of peripheral nerve damage in electroneuromyography or nerve biopsy, as well as excluding other diseases that may be accompanied by a similar clinical picture. Currently, the importance of lumbar puncture in the diagnostics of CIDP is being questioned, since not all patients, especially at the outpatient level, are undergoing this procedure, and typical protein-cell dissociation in approximately 40 % of patients may not be detected, especially in the first 2 weeks from the moment of the disease. Therefore, in the diagnostics of CIDP, especially its atypical forms, they introduce such methods as computerized pallesthesiometry, ultrasound examination of peripheral vessels, magnetic resonance imaging of the nerve roots, and blood testing for antibodies to viruses tropic to nervous tissue. The article deals with the clinical case of a CIDP patient, who does not have a typical protein-cell dissociation in CSF, however, other paraclinic data, characteristic of inflammatory polyneuropathies, are manifested.

Keywords: chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, diagnostics, diagnostic criteria, CSF, MRI, EMG, computerized pallesthesiometry, protein-cell dissociation, plasmapheresis.

Введение. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия (ХВДП) представляет собой приобретенное иммуноопосредованное заболевание периферической нервной системы [1]. Диагноз основывается на клинической картине и подтверждается выявлением демиелинизирующего типа повреждения периферических нервов при ЭМГ или биопсии нерва [2]. Поддерживающим диагнозом ХВДП критерием является повышение уровня белка в ликворе при нормальном цитозе (белково-клеточная диссоциация). Однако данный симптом наблюдается в 62-100 % случаев, а исследование ликвора проводится только у 47 % пациентов, что снижает диагностическую ценность данного критерия [2]. В последнее время широко обсуждаются возможности использования магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике ХВДП [3].

Клинический случай. Мужчина, 35 лет, поступил 31 марта 2016 г. в неврологическое отделение с жалобами на слабость в конечностях, онемение нижних конечностей до уровня колен, верхних конечностей до уровня кистей, похудание мышц конечностей. Из анамнеза известно, что в конце января 2016 г. подвергся переохлаждению, после чего стал замечать жжение в стопах. В течение февраля жжение стало усиливаться и распространилось до уровня колен. Спустя месяц боль стала сменяться онемением, начала беспокоить нарастающая слабость в ногах, позже заметил слабость в кистях рук. Воздействие токсических веществ и хронические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена.

В неврологическом статусе при поступлении: функция черепно-мозговых нервов не нарушена. Диффузная мышечная гипотония. Вялый тетрапарез, проксимально сила до 3 баллов, дистально – до 2 баллов. Мышечная гипотрофия в руках и ногах. Арефлексия. Болевая и тактильная гипестезия по типу «перчаток» и «гольф». Мышечно-суставное чувство снижено в верхних и нижних конечностях. Тазовые функции контролирует. Менингеальной и патологической симптоматики нет. Симптомов натяжения нервных корешков нет. Ходит с опорой на костыли.

Результаты обследования.

Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на RW, HBsAg, антитела к ВИЧ, анализ крови на ревматоидные факторы, коагулограмма – без патологии.

Анализ ликвора: ликвор прозрачный, цитоз 3/3, белок 0,33 г/л, сахар 2,9 ммоль/л, хлориды

118 ммоль/л. При микроскопическом исследовании: лейкоциты единичные, эритроциты неизмененные 2-1-2 в поле зрения.

ИФА: антитела IgG к ВПГ 1:1600 РЕ/мл, к ЦМВ 4,3 РЕ/мл (в Н до 0,25 РЕ/мл), к ВЭБ 115 ОЕд/мл (в норме до 20 ОЕд/мл), антител к токсоплазме не выявлено.

МРТ поясничного отдела позвоночника, поясничных корешков с внутривенным контрастным усилением: признаки гипертрофии поясничных корешков не выявлены.

Электромиография выявила признаки аксонально-демиелинизирующего поражения моторных и сенсорных нервных волокон периферических нервов, больше выраженного в нижних конечностях.

Компьютерная паллестезиометрия выявила снижение вибрационной чувствительности в широком спектре диапазона частот, как на уровне верхних, так и нижних конечностей.

УЗИ срединного, локтевого, малоберцового и большеберцового нерва выявило утолщение нервов с увеличением площади поперечного сечения с признаками гипер- и гипозоногенности.

Совокупность полученных клинико-лабораторно-инструментальных данных позволила диагностировать *хроническую воспалительную демиелинизирующую полиневропатию*. В отделении пациенту были проведены сеансы дискретного плазмафереза, глюкокортикостероидной терапии дексаметазоном 12 мг в сутки. На фоне проводимого лечения отмечилась положительная динамика в виде нарастания силы в руках дистально и ногах.

Заключение. Таким образом, характерная клиническая картина с развитием симптомов на протяжении более 8 недель после факта переохлаждения у иммунокомпроментированного пациента, результаты нейрофизиологических исследований (стимуляционной электронейромиографии, МРТ нервных корешков, УЗИ периферических нервов, паллестезиометрии), положительный ответ на патогенетическую терапию (плазмаферез, глюкокортикостероидные препараты) подтверждают классическую ХВДП.

Литература

1. Popova, T.E. K voprosu diagnostiki preimushchestvenno sensornoi khronicheskoi vospalitel'noi demieliniziruiushchei polinevropatii / T.E. Popova, N.A. Shnaider, M.M. Petrova, A.A. Tappakhov, T.Ia. Nikolaeva, E.E. Konnikova, A.A. Kozhevnikov, V.G. Ammosov // Zabaikal'skii meditsinskii vestnik. – 2016. – № 1. – S. 69-76.
2. Koski, C.L. Derivation and validation of diagnostic criteria for chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy / C.L. Koski, M. Baumgarten, L.S. Magder, R.J. Barohn, J. Goldstein, M. Graves, K. Gorson, A.F. Hahn, R.A. Hughes, J. Katz, R.A. Lewis, G.J. Parry, P. van Doorn, D.R. Cornblath // J. Neurol. Sci. – 2009. – Vol. 277, T. 1-2. – P. 1-8.
3. Tazawa, K. Spinal Nerve Root Hypertrophy on MRI: Clinical Significance in the Diagnosis of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy / K. Tazawa, M. Matsuda, T. Yoshida, Y. Shimojima, T. Gono, H. Morita, T. Kaneko, H. Ueda, S. Ikeda // Intern. Med. – 2008. – Vol. 47, T. 23. – P. 2019-2024.

References

1. Popova, T.E. K voprosu diagnostiki preimushchestvenno sensornoj khronicheskoi vospalitel'noj demieliniziruiushchei polinevropatii [To the issue of diagnostic of sensory predominant chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy] / T.E. Popova T.E., N.A. Shnajder, M.M. Petrova, A.A. Tappahov, T.Ia. Nikolaeva, Je.Je. Konnikova, A.A. Kozhevnikov, V.G. Ammosov // Zabajkal'skij medicinskij vestnik. – 2016. – Vol. 1. – P. 69-76.
2. Koski, C.L. Derivation and validation of diagnostic criteria for chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy / C.L. Koski, M. Baumgarten, L.S. Magder, R.J. Barohn, J. Goldstein, M. Graves, K. Gorson, A.F. Hahn, R.A. Hughes, J. Katz, R.A. Lewis, G.J. Parry, P. van Doorn, D.R. Cornblath // J. Neurol. Sci. – 2009. – Vol. 277, T. 1-2. – P. 1-8.
3. Tazawa, K. Spinal Nerve Root Hypertrophy on MRI: Clinical Significance in the Diagnosis of Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy / K. Tazawa, M. Matsuda, T. Yoshida, Y. Shimojima, T. Gono, H. Morita, T. Kaneko, H. Ueda, S. Ikeda // Intern. Med. – 2008. – Vol. 47, T. 23. – P. 2019-2024.