

УДК: УДК615.849.19:616.8]:616-036.8

# Практичне заняття «Вторинна гостра енцефалополірадикулонеуропатія»

## ■ Середа В.Г.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Парнікоза Т.П.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Ханенко Н.В.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Чередніченко Т.В.

к.мед.н., асистент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Микитей О.М.

асистент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Інгула Н.І.

аспірант кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Свистун В.Ю.

клінічний ординатор кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Руда Н.Р.

інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Артеменко А.В.

інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Бартош К.В.

інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Лозна І.В.

інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Гапон А.І.

інтерн кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## Резюме

Гостра енцефалополірадикулонеуропатія – синдромальне захворювання, яке у більшості випадків є вторинним ураженням нервової системи. Серед пацієнтів з верифікованою герпетичною нейроінфекцією у 20% спостерігався варіант енцефаломієло-полірадикулонеуропатії. У 30–60% випадків розвитку даного захворювання передують інфекція, переохолодження, токсичне ураження, вакцинація, оперативні втручання. Наростання симптоматики відбувається від кількох днів до 1 місяця. В 25% випадків уражається респіраторна та бульбарна мускулатура, черепні нерви. Описаний клінічний випадок вторинної гострої енцефалополірадикулонеуропатії інфекційно-алергічного генезу з бульбарними розладами та нерізко вираженим больовим синдромом є цікавим тим, що доволі рідко зустрічається. Акцентується увага на даній групі захворювань, а саме труднощах диференційної діагностики та призначення ефективного лікування.

**Ключові слова:** клінічний випадок, гостра енцефалополірадикулонеуропатія, бульбарні розлади, методи обстеження, диференційна діагностика, лікування, реабілітація.

Актуальність проблеми гострої енцефалополірадикулонеуропатії, як синдромального захворювання, яке у більшості випадків є вторинним ураженням нервової системи, є важливим в якості практичного заняття при вивченні неврологічних захворювань. При проведенні практичного заняття на базі кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика КЗ КОР «КОКЛ» у відділенні захворювань периферичної нервової системи з курсом ранньої реабілітації з інтенсивною терапією та відновного лікування цере-

броваскулярної патології розглядався клінічний випадок Пацієнтка Н., 44 роки. Заняття було проведено з урахуванням неврологічного і параклінічного обстеження хворого, а саме аналізували:

**Скарги при поступленні:** загальна слабкість, слабкість в верхніх кінцівках, біль та оніміння правої руки, постійний головний біль в скроневій та потиличній ділянці, в ділянці лівого ока, з іррадіацією в ліве вухо, порушення мови (важко вимовляти слова) та ковтання (твердої та рідкої їжі – рідка їжа при вживанні виливалась через ніс), нозолалія, підвищення температури тіла до 37,4 °С.

**Анамнез захворювання:** Захворіла гостро 22.03.16 р. Захворювання почалось з болю в горлі більше справа, підвищення температури (до 37,4 °С). 24.03.16 р. приєднався біль в ділянці правого ока і вуха, приймала седалгін, декатилен. 25.03.16 р. звернулась в поліклініку за місцем проживання, де був поставлений діагноз «запалення трійчастого нерва». Того ж дня хвора почала відмічати важкість при ковтанні спочатку твердої їжі, а згодом і рідкої, наростання дизфонії, нозолалії, дизартрії. 30.03.16 р. хвора була госпіталізована до II неврологічного відділення КОКЛ.

**Анамнез життя:** Туберкульоз, венеричні захворювання, вірусні гепатити, цукровий діабет, заперечує. Спадковий анамнез не обтяжений. Шкідливі звички заперечує. Операції: 1992 р. – кесарів розтин, 1995 р. – апендектомія, 2000 р. – екстирпація матки з придатками з приводу фіброміоми, 27.05.2015 р. – холецистектомія. У 1990 р. – травма правого ока. Алергія на піридоксин, ціанокобаламін. Професійний анамнез: працює бухгалтером, контакт з токсичними речовинами заперечує.

#### Об'єктивний статус

Загальний стан хворої середнього ступеня важкості. Нормостенічної тілобудови. Язик – вологий, чистий. Зів – блідо-рожевий. Шкіра та видимі слизові оболонки звичайного тілесного кольору. Підшкірна жирова клітковина розвинена помірно, розподілена рівномірно, за жіночим типом. ІМТ – 20,0. Периферичні лімфатичні вузли при пальпації не збільшені, рухомі, не спаяні з оточуючими тканинами. Щитовидна залоза при пальпації не збільшена, безболісна, еластичної консистенції. Молочні залози: дифузна мастопатія. При аускультатії легень над усією поверхнею вислуховується везикулярне дихання, хрипи відсутні; ЧД – 19/хв. Тони серця: ритмічні, приглушені; АТ – 130/80 мм рт.ст., пульс – 68 уд/хв. ритмічний, задовільного наповнення та напруження. Живіт симетричний, при пальпації м'який, безболісний, рівномірно приймає участь в акті дихання; симптоми подразнення очеревини негативні. При пальпації нижній край печінки по краю реберної дуги, м'який, безболісний. Нирки не пальпуються; симптом Пастернацького негативний двобічно. Фізіологічні відправлення в нормі.

#### Неврологічний статус

Свідомість ясна, пацієнтка орієнтована в місці, просторі, часі, власній особистості, доступна

продуктивному контакту. Розумовий розвиток відповідно віку, на питання відповідає чітко, адекватно, мовні команди виконує задовільно. Підвищеної дратівливості, апатії, депресії, ейфорії, слабодухості не відзначено. Ставлення до свого захворювання критичне. Цілеспрямованість дії, розуміння значення зорових, слухових подразників, орієнтування в просторі і топографія власного тіла збережені. Хвора розрізняє всі види ароматичних запахів однаково правим і лівим носовим ходом, D=S. Гострота зору та кольоровий зір – не порушені. Очні щілини D=S, зіниці D=S. Фотореакції жваві. Слабкість конвергенції, більше зліва. Рухи очних яблук в повному обсязі. Ністагм горизонтальний, більше при погляді вліво. Точки виходу n. trigeminus болісні праворуч. Асиметрія обличчя в межах фізіологічної норми. Слух не порушений. Язик по середній лінії. Глотковий та піднебінний рефлекс знижені. Смак не порушений. Дисфонія, дизартрія, дисфагія. Поверхнева чутливість знижена на правих кінцівках по поліневритичному типу. Вібраційна чутливість знижена на ногах до 3-4 с, на руках – 5-6 с, на рівні ключиць – 5-6 с. Фібрилярних і фасцикулярних посмикувань, атрофій, деформацій не виявлено. Сила м'язів верхніх та нижніх кінцівок збережена, обсяг активних і пасивних рухів повний. Рефлекси орального автоматизму не викликаються. Сухожилкові та періостальні рефлекси з рук D=S, знижені; колінні – без чіткої різниці сторін, знижені, ахіллові D=S, знижені. Черевні рефлекси відсутні з обох сторін. Тремор не визначається. Патологічні рефлекси: симптом Штрюмпеля «+» справа. Тремор не визначається. Стандартні координаторні проби: пальце-носову виконує невпевнено з мимопопаданням з обох сторін; п'яtkово-колінну виконує задовільно правими та лівими кінцівками. В позі Ромберга хиткість. Хо́да не порушена. Менінгеальних знаків на момент огляду не виявлено.

Також хвора була протестована за шкалами: Шкала MMSE – 29 балів (норма), Монреальська шкала когнітивної оцінки MoCA – 27 балів (норма), Тест «Батарея лобної дисфункції» – 17 балів (не змінена), Тест малювання годинника – 10 балів (норма), Шкала Занга – 55 балів (легкий тривожний розлад), Шкала HADS – 8 балів (субклінічно виражена тривога/депресія), Шкала Спілбергера-Ханіна – 43 балів (середній рівень ситуативної тривоги), 45 балів (середній рівень особистісної тривоги)

#### Обстеження лабораторні:

Загальний аналіз крові (30.03.16 р.): гемоглобін – 137 г/л, еритроцити –  $4,7 \times 10^{12}/л$ , лейкоцити –  $7,1 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 3 мм/год, тромбоцити –  $240 \times 10^9/л$ .

Загальний аналіз сечі (04.04.16 р.): питома вага – 1012, реакція – лужна, білок «-», глюкоза «-», лейкоцити – 1-2 в полі зору, бактерії «-», слиз у великій кількості.

RW (30.10.16 р.) – негативна.

Аналіз на ВІЛ (30.10.16 р.) – негативний.

Глюкоза крові (30.10.16 р.): 4,8 ммоль/л.

Лактат – 3,2 ммоль/л.

Біохімічний аналіз крові (30.03.16 р.): білірубін загальний – 18,6 ммоль/л (прямий – 2,1 ммоль/л, непрямий – 14,11 ммоль/л), сечовина – 5,0 ммоль/л, креатинін – 80,91 мкмоль/л, загальний білок – 73,0 г/л, АЛТ – 12,74 од., АСТ – 15,85 од., холестерин – 7,31 ммоль/л, АСЛ-О – 102,9 од/мл, С-реактивний блок – 3,4 мг/л, ревматоїдний фактор – менше 12 од/л.

Аналіз крові на гормони щитовидної залози (30.03.2016 р.) Тиреотропін – 0,57 (норма 0,34–5,6).

Загальний аналіз ліквору (31.03.2016 р.): колір – безбарвний; прозора; білок – 0,165 г/л; р-я Панді «+»; цитоз – 19/3 (лімфоцити); глюкоза – 5,1 ммоль/л; лактат – 2,1 ммоль/л. Осад з еритроцитів. Мікроскопічне дослідження осаду: лімфоцити – 7, нейтрофільні гранулоцити – 6,

моноцити – 6, еритроцити – незмінні покривають все п/з. Через 24 години фібринозна плівка не випала. Вірусологічне дослідження ліквору (ПЛР) (01.04.2016.): Toxoplasma gondii (-); HSV 1/2(-); CMV(-); EBV (-); HHV6 (-); HHV7 (-).

**Обстеження інструментальні:**

ЕКГ (01.04.2016 р.): Ритм синусовий, регулярний. Нормальне положення ЕВС. ЧСС – 72 уд/хв. Дифузні зміни міокарда.

Рентгенографія ОГК (01.04.2016 р.): Легеневі поля без інфільтративних змін. Корені структурні. Серце в межах норми.

ЕНМГ (31.03.2016 р.). Висновок: ЕНМГ ознак проведення по досліджуваним нервам верхніх та нижніх кінцівок не виявлено. При тестуванні нервово-м'язової передачі міастенічної реакції не

Диференційна діагностика

Таблиця 1

Показник	Гостра енцефалополірадікулонейропатія	БАС (бульбарна форма)	Синдром Гієна-Барре	Ботулізм	Міастенія
Початок	Гострий, підгострий	Поступовий	Гострий, підгострий	Гострий	Поступовий
Анамнез	Інфекції	Інфекційний, спадковий, токсичний	Інфекційний	Вживання харчових продуктів	Генетичний, пухлина вилочкової залози
Враження	ЧН, периферичних нервів	Передні роги спинного мозку, кора ГМ, мозочок, стовбур, ЧМ ядра (мотонейрони)	Периферичних нервів, лицевий частіше.	Довгастого та спинного мозку	Постсинаптична мембрана (ацетилхолінові рецептори). Поперечно-позмуртовані м'язи
Характерна риса	Немає	Фібриляції та фасцикуляції. (двобічне ураження ядра XII нерва)	Симетричність ураження, початок з дистальних відділів кінцівок. Аритмії.	Парези, паралічі за низхідним типом	Феномен патологічної м'язової слабкості після фізичного напруження
Температура тіла	Субфебрильна	Не характерна	Відсутність в дебюті	Відсутність	Не характерна
Ліквор	Лімфоцитоз	Підвищення білка до 1 г/л.	Підвищення білка (пік до 3 тижня) 3-5 г/л, цитоз до 10	Без особливостей	Без патології
Бульбарний синдром	Характерний	Характерний	Характерний	Характерний	Характерний для бульбарної форми
МРТ головного мозку	Ознаки дисциркуляторних змін	Ознаки дегенерації, атрофія моторної кори	Без патології	Без патології	Без патології
ЕНМГ	зареєстровані ознаки помірно перебігаючого денерваційного процесу	Ритмічні потенціали фасцикуляцій з амплітудою 300 мкВ	Мимовільне скорочення скелетних м'язів в спокої	Без патології	Декремент-тест
Прогноз	Сприятливий	Не сприятливий	Сприятливий	Летальність –15-70%	Сприятливий

зареєстровано. Порушення передачі по лицевим нервам не виявлено. М'язові відповіді з передніх головок двочеревцевих м'язів в нормі. При гольчастій ЕМГ правого дельтоподібного м'яза зареєстровані ознаки помірно перебігаючого денерваційного процесу. Описані ЕНМГ дані потрібно розглядати в контексті клінічної картини, анамнезу та результатів інших додаткових методів дослідження. Дослідження 9 і 10 пар ЧМН не виявляється можливим. Можна запідозрити переважно краніальну невропатію з ураженням вказаних ЧМН.

МРТ головного мозку (28.03.2016 р.): МР-ознаки дисциркуляторних змін головного мозку.

**Консультації суміжних спеціалістів:** Кардіолог (10.11.15 р.): Ішемічна хвороба серця: атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба III ст., 3 ст. Часта передсердна екстрасистолія. СН I ст. Окуліст (31.03.2016 р.): Гіпертонічна ангіопатія сітківки обох очей. Диференційна діагностика наведена в таблиці 1.

#### Клінічний діагноз

**Основний:** Гостра енцефалополірадикулонейропатія інфекційно-алергічного генезу, з бульбарними розладами, нерізко вираженим больовим синдромом.

**Супутні:** Церебральний атеросклероз. Гіпертонічна хвороба II ст., 2 ст., ризик 3. ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз. СН 0. Дифузна мастопатія.

#### Проведене лікування:

Судинна терапія: Нейроцитін 200,0 в/в крапельно, Сорбілакт 200,0 в/в крапельно, Глюкоза 5% 200,0 + к-та аскорбінова 10% 4,0

Противірусна терапія: Цимевен 500 мг \* 200,0 фіз. р-ну

Протизапальна терапія: Метипред 500мг \* 3 дня, Німесил 1 пак 2р/д

Вітамінотерапія: Віт. В12 2,0 в/м, Фолієва к-та 10мг 3р/д

Реабілітація у відновному періоді:

✓ Лікувальна фізкультура (спеціальні антиспівдружні пасивні та пасивно-активні рухи, баланс-терапія, кінезітерапія)

✓ Функціональна електростимуляція (міостимуляція в русі моделює фізіологічний патерн нервово-м'язової активності не тільки на рівні спінальних локомоторних структур, але і на більш високих рівнях ієрархії центральної нервової системи, що і визначає його резистентність), зокрема електростимуляція м'язів глотки.

✓ Рефлексотерапія

✓ Вибірковий масаж

✓ Теплолікування – парафінові або озокеритові аплікації

✓ Логопедична терапія (може оптимізувати безпечність ковтання, сприяти відновленню навичок комунікації пацієнта): заняття з логопедом

✓ Консультація та спостереження лікаря-реабілітолога

**Рекомендації:** спостереження у невролога, контрольна ЕНМГ, не рекомендується вакцинація впродовж року

#### Література

1. Анохин В.А. Менинго-енцефалополірадикулоневрит, вызванный вирусом Епштейна-Барр / Гатауллин В.В., Фаткулина Г.Р., Гутор И.А. // Неврологический вестник. – 2009. – № 4 (88). – С. 84–88.
2. Шмидт Т.Е. Рекомендации Европейской федерации неврологических обществ (EFNS) по лечению неврологических заболеваний. Неврологический журнал. – 2007. – № 5 (88). – С. 57–61.
3. Gösta Blennow Encephalo-Myelo-Radiculo-Neuropathy / Ingrid Gamstorp, Rolf Rosenberg // Developmental Medicine & Child Neurology / August 2008. Vol. 10 (1-2). – P. 485–490.
4. Орлова Ю.Ю. Изменения иммунологических и биохимических показателей при заболеваниях нервной системы инфекционно-аллергической природы / Гребенюк О.В., Команденко, Алифирова Н.И. // Сибирский консилиум. – 2002. – № 3 (68). – С. 57–60.
5. Kerasnoudis A. The Role of neuromuscular ultrasound when diagnosing chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. – Eur Neurol Rev. – 2013. – № 8 (1). – P. 52–54.
6. Fatehi F. Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy associated with diabetes mellitus / Fatehi F., Nafissi S., Basiri K. et al. // J Res Med Sci. – 2013. – № 18 (5). – P. 438–441.
7. Шнайдер Н.А. Эпидемиологическая и клиническая характеристика отдельных форм полиневропатий. / Шнайдер Н.А., Кантимирова Е.А. // Нервно-мышечные болезни. – 2011. – № 1. – P. 34–40.

#### Практическое занятие

#### «Вторичная острая енцефалополірадикулонейропатія»

##### Середа В.Г.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

##### Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, зав. кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

##### Парникова Т.П.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

##### Ханенко Н.В.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика



**Чередниченко Т.В.**

к.мед.н., ассистент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Микитей О.Н.**

ассистент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Ингула Н.И.**

аспирант кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Свистун В.Ю.**

клинический ординатор кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Руда Н.Р.**

интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Артеменко А.В.**

интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Бартош Е.В.**

интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Лозна И.В.**

интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Гапон А.И.**

интерн кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Резюме**

Острая энцефалополирадикулонейропатия – синдромальное заболевание, которое в большинстве случаев является вторичным поражением нервной системы. Среди пациентов с верифицированной герпетической нейроинфекцией у 20% наблюдался вариант энцефаломиелополирадикулонейропатии. В 30–60% случаев развитию данного заболевания предшествует инфекция, переохлаждение, токсическое повреждение, вакцинация, оперативное вмешательство. Нарастание симптоматики происходит от нескольких дней до 1 месяца. В 25% случаев поражается респираторная и бульбарная мускулатура, черепные нервы. Описанный случай вторичной острой энцефалополирадикулонейропатии инфекционно-аллергического генеза с бульбарными расстройствами и не резко выраженным болевым синдромом интересен тем, что достаточ-

но часто встречается. Акцентируется внимание на данной группе заболеваний, а именно на трудностях, возникающих при дифференциальной диагностике и назначении эффективного лечения.

**Ключевые слова:** клинический случай, острая энцефалополирадикулонейропатия, бульбарные расстройства, методы обследования, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация.

**Practical lesson «Secondary acute encephalopolyradiculoneuropathy»**

**Sereda V.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Svyrydova N.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Parnikoza T.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Khanenko N.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Cherednichenko T.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Mykytei O.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Ingula N.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Svystun V.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Ruda N.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Artemenko A.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Bartosh K.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Lozna I.**

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education