

Белоголовая Е.А., Лихачев С.А., Сидорович Э.К., Чернуха Т.Н.
Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии,
Минск, Беларусь

Острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия, протекающая по типу синдрома Миллера Фишера: описание клинического случая

Введение. Синдром Миллера Фишера представляет собой симптомокомплекс, включающий офтальмоплегию, атаксию и арефлексию. Является редким вариантом синдрома Гийена – Барре, на долю которого приходится около 5% случаев острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии. Описан американским неврологом Charles Miller Fisher в 1956 г.

Цель исследования: провести анализ клинического случая синдрома Миллера Фишера с целью обратить внимание врача-невролога на особенности клинической картины, постановку диагноза, современные аспекты медикаментозной терапии.

Материалы и методы. Данные клинического исследования, лабораторных и инструментальных методов диагностики, литературные источники.

Результаты и обсуждение. Пациент П., 1994 г. р., находился на стационарном лечении в неврологическом отделении № 3 РНПЦ неврологии и нейрохирургии в сентябре 2014 г. Жалобы при поступлении на нарушение речи (гнусавость), поперхивание при приеме жидкости, нарушение координации в руках и при ходьбе, ползание мурашек в руках и затылке, в стопах, онемение поясницы и шеи. Из анамнеза известно, что с 05.09.2014 появились признаки токсикоинфекции после посещения свадьбы друга, а именно озноб, подъем температуры тела до 38 °С в течение 3 дней, тошнота, рвота, диарея в течение 4 дней, принимал линекс, нифуроксазид. Через 5 дней присоединилось головокружение системного характера в утренние часы. Спустя 10 дней усилилось головокружение, появилась шаткость при ходьбе, гнусавость голоса и нарушение при глотании жидкой пищи, затем парестезии в руках и ногах, чувство дрожи в теле. 20.09.2014 был госпитализирован в неврологическое отделение БСМП с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения. Выполнены обследования: МРТ головного мозга, очаговых изменений и объемных обра-

зований не выявлено. МРТ шейного отдела позвоночника: остеохондроз ШОП. Инфекционист: данных за ботулизм нет. Анализ СМЖ: белок 0,27, цитоз 2×10^6 . Анализ СМЖ через 2 дня: белок 0,41, цитоз 1×10^6 . Собран консилиум с участием ведущего специалиста РНПЦ неврологии и нейрохирургии. С подозрением на диагноз синдром Миллера Фишера пациент переведен для дальнейшего лечения в РНПЦ неврологии и нейрохирургии. С 25.09.14 начато введение октагама внутривенно, капельно.

Неврологический статус при поступлении. ВНД: сознание ясное. Ориентирован верно. Адекватен. ЧН: зрачки D=S, фотореакция живая, элементы межъядерной офтальмоплегии, не доводит глазные яблоки кнаружи, диплопия в крайних отведениях, носогубные складки симметричны, язык по средней линии. Мягкое небо неподвижно, глоточный рефлекс живой. Выраженная дисфония. Умеренная дисфагия. Рефлексы орального автоматизма не вызываются. Сила в конечностях 5 баллов. Проба Барре отрицательная. Мышечный тонус не изменен. Сухожильно-периостальные рефлексы с верхних конечностей очень низкие D=S, с нижних конечностей отсутствуют. Подошвенные рефлексы D=S, живые. Патологических стопных знаков нет. Гиперестезия на стопах. Координаторные пробы выполняет с легким интенционным дрожанием. В позе Ромберга пошатывается. Менингеальных знаков нет.

Проведено следующее лечение: продолжено введение иммуноглобулина человеческого октагам в дозе 2 г/кг массы тела внутривенно капельно в течение 5 суток, на фоне чего отмечалась значительная положительная динамика: улучшилась речь, регрессировали нарушения глотания, уменьшились координаторные нарушения. На 3-й день после отмены иммуноглобулина в стационаре остро развилась двусторонняя слабость мимической мускулатуры умеренной степени выраженности. В связи с отсутствием возможности проведения лечебного плазмафереза назначено введение солу-медрола 500 мг внутривенно капельно в течение 6 дней с переводом на медрол в дозе 64 мг/сутки через день.

Результаты обследований: МРТ головного мозга: данных за объемный процесс не выявлено. МР-признаков сосудистой мальформации не выявлено. Отоневролог: центральный вестибулярный синдром, легкий бульбарно-псевдобульбарный синдром. Окулист: синдром сухого глаза ОИ. Астенопия. Легкий паралитический лагофтальм ОД. ЭНМГ: имеется патология п. *facialis dex et sin*, преимущественно демиелинизирующего характера. УЗИ ОБП: спленомегалия. Р-графия: патологических изменений не выявлено. УЗИ щитовидной железы: признаки хронического тиреоидита. Анализ СМЖ: белок 0,78 г/л, цитоз $57/3$. Вирусологическое исследование ликвора: ДНК ВПГ 1, 2 – не обнаружена, ДНК ЦМВ – не обнаружена, ДНК ВЭБ – не обнаружена. Анализ крови на лайм-боррелиоз: Ig G титр – менее 1:32. Анализ крови на ВИЧ: отрицательно.

В общем анализе крови выявлялось повышение СОЭ до 38, 47, 29 мм/час. Биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи патологий не выявили. На основании жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного осмотра выставлен диагноз: острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия, протекающая по типу варианта синдрома Миллера Фишера, с выраженным бульбарным синдромом, легкими координаторными нарушениями, полиневритическим синдромом с преимущественным поражением нижних конечностей.

Данные катамнеза. При контрольном осмотре через 2 мес. у пациента полностью восстановилась речь и исчезли расстройства координации, отсутствовала слабость мимической мускулатуры, восстановились рефлексы на конечностях. При осмотре через 9 мес. после начала заболевания наблюдался полный регресс неврологической симптоматики; жалоб пациент не предъявлял.

Заключение. Таким образом, данный клинический пример показывает важность правильной и своевременной диагностики острой воспалительной демиелинизирующей полиневропатии и ее варианта Миллера Фишера для проведения патогенетически обоснованной терапии. Несмотря на то, что, по данным литературы, глюкокортикостероиды не являются препаратом 1-го ряда выбора при синдроме Миллера Фишера, мы получили значительный положительный эффект в лечении пациента, в связи с чем описан данный клинический случай.