**Єфіменко Максим Володимирович. Динаміка цитокінів та електронейроміографічних показників при гострих запальних демієлінізуючих поліневропатіях: дис... канд. мед. наук: 14.01.15 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 2004**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Єфіменко М.В. Динаміка цитокінів і електронейроміографічних показників при гострих запальних демієлінізуючих поліневропатіях. – Рукопис.**Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.15 – нервові хвороби. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, 2004 р.Дисертаційна робота присвячена проблемі діагностики та терапії гострих запальних демієлінізуючих поліневропатій. Виділено сучасні клінічні форми ГЗДП. Описані атипові варіанти та їхні клінічні прояви. Представлені електронейроміографічні характеристики мієліно- і аксонопатій, змішаних варіантів та частота їхньої зустрічальності при ГЗДП. Проведено кореляцію з виразністю клінічних проявів і типами поразки нервового волокна. Вивчено динаміку імунологічних показників, рівнів про- (ФНП-, ІЛ-6) і протизапальних цитокінів (ІЛ-4) під впливом розробленої терапії. Показано ефективність застосування плазмаферезу і ІГВВ у період наростання паралічів. Запропоновано диференційовану терапію аксоно- і мієлінопатій у відновний період. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У результаті дисертаційного дослідження проведено теоретичне узагальнення і представлене нове рішення наукової проблеми патогенезу гострих запальних демієлінізуючих поліневропатій у дорослих та дітей. Запропоновані принципово нові підходи діагностики, лікування гострих запальних демієлінізуючих поліневропатій.
2. Гострі запальні демієлінізуючі поліневропатії характеризуються швидким наростанням (від 2 до 7 днів) периферичних парезів і обов'язковою білково-клітинною дисоціацією у лікворі. У 89,7% вони протікають у вигляді типового синдрому Гійєна-Барре. У 10,3% гострі запальні демієлінізуючі поліневропатії протікають у вигляді атипових форм: синдрому Міллера-Фішера (5,2%), гострої поліневропатії із залученням бульбарних нервів і дихальних м'язів (1,7%), ізольованого ураження лицьових нервів (1,7%), краніальної поліневропатії (1,7%).
3. Для ГЗДП у дітей і підлітків характерна наявність вираженого больового синдрому в м'язах верхніх і нижніх кінцівок на початку захворювання, що передують розвиткові паралічів; швидкий (впродовж першого тижня), а іноді й бурхливий розвиток паралічів. Домінує перевага паралічів у нижніх кінцівках із залученням проксимальних і дистальних м'язів. Також атипові варіанти ГЗДП переважають в дитячому віці.
4. Після першого тижня захворювання у спинномозковій рідині хворих спостерігається підвищення рівня білка від 0,73 до 2,3 г/л. У крові відзначається депресія Т-ланки імунітету (особливо Т-хелперів), дисбаланс гуморальної ланки з активацією виділення IgМ и зниженням IgG, високим рівнем циркулюючих імунних комплексів.
5. У період наростання паралічів відзначається достовірне збільшення вмісту ІЛ-4 (P<0,01), а також статистично суттєве його зниження після проведеної терапії (P<0,02). Рівень ІЛ-6 у сироватці крові практично не змінюється на тлі терапії і суттєво не відрізняється від норми (P>0,05). ФНП- має тенденцію до підвищення рівнів в період наростання паралічів (P>0,05) і знижується в ході лікування, досягаючи значень, нижчих за норму (P<0,05). При високих рівнях ФНП- переважає тяжкий перебіг захворювання і повільне відновлення рухових функцій.
6. При гострих запальних демієлінізуючих поліневропатіях у 45% хворих визначається мієлінопатія, для якої, за даними електронейроміографії, характерні зменшення ШРЗ по нервах більш ніж на 40% і амплітуди М-відповіді на 20%, що збігається з клінічними проявами легкого і середнього ступеня тяжкості захворювання. При тяжкому перебігу поліневропатій у 35% хворих виявляється аксонопатія, що характеризується зниженням ШРЗ до 25% і амплітуди М-відповіді до 60%. При змішаній формі (мієліно-аксонопатія) у 20% пацієнтів реєструється зменшення ШРЗ до 40% і амплітуди М-відповіді до 60%.
7. У гострому періоді запальних демієлінізуючих поліневропатій є ефективним застосування плазмаферезу 30-40 мл/кг за сеанс (4-5 сеансів) й імуноглобуліну для внутрішньовенного введення в дозі 0,4 г/кг/добу (8 мл/кг/добу) у дорослих та 0,2 г/кг/добу (4 мл/кг/добу) відповідно у дітей протягом 5 днів (на фоні стимулюючих доз дексаметазону), ацелізину – 1 г/добу, знеболюючих препаратів. При симптоматиці мієлінопатії у дорослих застосовується мільгамма 2 мл/добу, пірацетам 10-20 мл/добу, при проявах аксонопатії – нейромідин 20-40 мг/добу у поєднанні з лікувальною фізкультурою. Запропонована схема терапії дозволила досягти раннього регресу рухових і чутливих порушень, скоротити терміни стаціонарного перебування хворих на 3,2 ліжко-дні, знизити виразність залишкових явищ.
 |

 |