



Нейропатії під час пандемії. На що очікувати?

З моменту початку пандемії COVID-19 з'являється все більше доказів щодо ушкодження периферичної нервової системи внаслідок інфекції SARS-CoV-2, що може проявлятися синдромом Гієна – Барре (СГБ), краніальною мононейропатією, міастенією тощо. Особливою проблемою є нейропатичні болі, які часто виникають не лише у хворих на COVID-19, а й як побічна реакція на вакцину. Безсумнівно, розвиток у пацієнта такої неврологічної симптоматики потребує адаптації його клінічної стратегії. Про особливості діагностики та лікування нейропатій під час пандемії розповіла завідувачка кафедри неврології № 2 Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Олена Леонідівна Товаянська.



О.Л. Товаянська

За даними епідеміологічних досліджень, частота розвитку неврологічних розладів у пацієнтів із SARS-CoV-2 складає ~36-58%, що насперед пов'язано з механізмами поширення інфекції в організмі й особливостями патогенезу коронавірусної хвороби. Неврологічна симптоматика у хворих може з'являтися як через пряму дію вірусу, так і опосередковано за рахунок цитокінового шторму, дисрегуляції артеріального тиску, гіпоксії або гіперкоагуляції.

Ускладнення COVID-19 з боку нервової системи розподіляють залежно від рівня її ураження. Наприклад, з боку серцево-судинної системи найчастіше з'являються інсульти, внутрішньомозкові крововиливи та центральні венозні тромбози, з боку центральної нервової системи – енцефаліти, епілепсія або гостра дисемінована енцефалопатія, а ушкодження ПНС зазвичай проявляється її дифузним ураженням (іншими словами – нейропатіями).

При оцінці клінічної картини хворих на COVID-19 з ураженням ПНС учені виявили, що симптоматика неврологічного розладу майже ідентична проявам СГБ, що і стало причиною розгляду SARS-CoV-2 як одного з можливих його етіологічних чинників. Дані А. Mark свідчать, що середня затримка між появою симптомів ураження ПНС при коронавірусній хворобі та першими неврологічними проявами СГБ була однаковою і складала 12,1 дня (діапазон 0-28 днів).

СГБ – це гостре (зазвичай швидкопрогресуюче) автоімунне захворювання ПНС, яке характеризується м'язовою слабкістю і поірним випадінням дистальної чутливості. Це рідкісний неврологічний розлад, ризик якого підвищується з віком, але частіше він з'являється в чоловіків віком >50 років.

Етіологія та класифікація

Тригерами для появи полірадікулонейропатії є інфекційні чинники, зокрема, вірус грипу, вірус Епштейна – Барр, цитомегаловірус, віруси Зіка та MERS. Також поштовхом для розвитку СГБ може бути перенесена вакцинація чи хірургічна операція.

Чи з'являється СГБ після введення вакцини проти COVID-19?

Поствакцинальна полінейропатія – діагноз виключення, який встановлюється тільки за відсутності інших причин, які могли б пояснити появу симптомів. Незважаючи на це, існують поодинокі випадки ураження ПНС поствакцинального характеру. Всі вони характеризувалися легким перебігом, тому такий побічний ефект у жодному разі не має бути перешкодою для вакцинації.

Основні клінічні форми СГБ:

- гостра запальна демієлінізувальна полінейропатія (AIDP);
- гостра моторна аксональна нейропатія (AMAN);
- гостра моторна та сенсорна аксональна нейропатія (AMSAN);

- синдром Міллера – Фішера (MFS);
- гостра сенсорна нейропатія;
- гостра вегетативна нейропатія;
- глотково-шийно-плечовий парез.

Патогенез

Механізм розвитку полірадікулонейропатії при COVID-19 досі повністю невідомий, але існує декілька теорій, з котрих найбільшого резонансу набула теорія молекулярної мімікрії, згідно з якою вірус стимулює імунокомпетентні клітини, що активно утворюють прозапальні цитокіни (IL-6, IL-10, TNF) і антитіла. Останні внаслідок феномену молекулярної мімікрії (структурна подібність між антигенами збудника та власними антигенами організму) перехресно реагують з гангліозидами нервових волокон і активують комплемент на зовнішній поверхні клітин Шванна, спричиняючи в такий спосіб їхнє автоімунне ураження. Також існує теорія прямого впливу вірусу на нейрони та нервову передачу, однак вона потребує подальших досліджень.

Клініка

Типовою клінічною формою СГБ при інфекції SARS-CoV-2 є гостра запальна демієлінізувальна полінейропатія (AIDP), яка проявляється периферичним парезом із розвитком симптомів протягом доби, досягаючи максимуму до 3-4-го дня. В окремих випадках при синдромі розвивається краніальна мононейропатія, проте остання при COVID-19 частіше реєструється як самостійне захворювання. За даними J. Finsteter і співавторів, у пацієнтів із коронавірусною хворобою вона характеризується частішим ураженням VII, VI і III пари черепних нервів, що проявляється порушенням смакових відчуттів (гіпогевзія), парезом лицевих та ококорухових нервів. При цьому симптоматика нейропатії не залежить від її маніфестації як самостійного захворювання чи прояву СГБ.

Діагностика

Лабораторно синдром проявляється лейкопенією, високим рівнем С-реактивного білка в крові та білково-клітинною дисоціацією при аналізі спинномозкової рідини, що характерно для вірусної інфекції, тоді як при ізольованій краніальній мононейропатії ці зміни будуть відсутні. Дані електроміографії (ЕМГ), типові для демієлінізувальної полінейропатії: подовження дистальної латентності, зниження СПІ, відсутність f-хвилі, H-рефлексу. Часом результати ЕМГ вказуватимуть на аксональну полінейропатію, що теж слугує на користь СГБ; для неї характерними змінами будуть зменшення амплітуди хвилі, відсутність дистальної М-відповіді, збільшення резидуальної латентності при нормальній або незначно зниженій швидкості проведення нервами. На МРТ мозку з гадолінієм на наявність у пацієнта нейропатії вказуватиме накопичення контрасту, потовщення коринців спинного мозку і черепних нервів при їх ураженні, мозкових оболонках передньою поверхнею стовбурів та верхньошийних сегментів спинного мозку.

Лікування

За останніми настановами, як варіант вибору в пацієнтів із СГБ і COVID-19 рекомендується призначення плазмаферезу чи імуноглобуліну внутрішньовенно. Введення кортикостероїдів при синдромі не показане через відсутність позитивного ефекту та можливість погіршення прогнозу пацієнта, натомість при ізольованій краніальній мононейропатії їх призначення вважається варіантом вибору.

Пацієнти з нейропатіями часто не досягають повного відновлення функції уражених кінцівок, тому важливим аспектом в лікуванні таких хворих є раннє призначення реабілітації, яка протягом тривалого часу забезпечує ефективний процес ремієлінізації. Олена Леонідівна навела клінічний випадок.

Клінічний випадок

Пацієнт С., 57 років.

Скарги та анамнез: хворий звернувся зі скаргами на обмеження рухів та біль у верхніх і нижніх кінцівках, утруднення сечовипускання, біль у хребті, гугнявий відтінок голосу. В травні 2021 р. переніс COVID-19, 25 травня з'явилися перші неврологічні симптоми, 31 травня госпіталізований у зв'язку з погіршенням стану.

Об'єктивно: гугнявий відтінок голосу, ковтання не порушене, периферичний виражений тетрапарез (м'язова сила – 2 бали), поліневритичний тип порушення чутливості, гіпергідроз долонь та стоп, утруднення сечовипускання, закрепи.

Лабораторно: С-реактивний білок – 30,64 мг/л; D-димер – 6,63 мкг/мл; IgA – 1,42 г/л; IgM – 0,57 г/л; IgG – 6,25 г/л; ПЛР-тест на SARS-CoV-2 – негативний.

Результати інструментальних методів дослідження: ЕМГ – ознаки демієлінізації; СКТ ОГП – пневмофіброз, зміни запального характеру.

Діагноз: гостра висхідна демієлінізувальна полірадікулонейропатія Гієна – Барре з тетрапарезом, елементами бульбарного синдрому та сфинктерними порушеннями.

Лікування: пацієнту було призначено 5 сеансів плазмаферезу, дексаметазон, прегабалин, ривароксабан, прозерин, Нуклео-ЦМФ Форте у стандартних дозах, а також ЛЮК і фізіотерапевтичне лікування. Після закінчення терапевтичного та реабілітаційного курсів хворий зміг самостійно ходити, об'єм рухів у кінцівках значно збільшився, а функції тазових органів відновилися.

Для оптимізації процесів ремієлінізації у пацієнта вже на початкових етапах лікування рекомендується призначати препарати нуклеотидів, які мають одну з ключових ролей в експресії компонентів мембран нейронів і нейроглії. Зокрема, все більшою популярністю на ринку набуває Нуклео-ЦМФ Форте за рахунок унікального складу нуклеотидів, кожен з яких має свої властивості:

- цитидину монофосфат сприяє нейропротекції в умовах ішемії нервового волокна;
- уридину монофосфат підвищує експресію структурних складових нейронів і клітин Шванна (фосфоліпідів, гліколіпідів тощо);
- уридину дифосфат (УДФ) чинить анагетичну дію;

• уридину трифосфат (УТФ) має анагетичну дію, компенсує енергодефіцит у клітинах і покращує тропіку нервових волокон та м'язів. R.D. Ando та співавтори довели, що в основі анагетичної дії УДФ і УТФ лежить їхня дія на P2Y2 та P2Y4 протибольові рецептори, а також желатинозну субстанцію спінальних трактів, а Martinez і співавтори виявили, що УТФ, взаємодіючи з рецепторами P2Y нейронів і клітин Шванна, спричиняє зміни в цитоскелеті гліальних клітин, запускаючи їхню регенерацію, що підвищує швидкість ремієлінізації нервових волокон у пацієнтів із СГБ.

Наприкінці виступу Олена Леонідівна підкреслила, що перевагою Нуклео-ЦМФ Форте (порівняно з іншими препаратами) є його існування в пероральній та парентеральній формах, що дозволяє складати найдоцільніший алгоритм терапії для пацієнта залежно від етапу його лікування.

Підготував Євгеній Ботаневич



НуклеоЦМФ Форте

ВІДНОВЛЮЄ ЗВ'ЯЗКИ

Сприяє регенерації нервового волокна

- Відновлює передачу нервового імпульсу
- Зменшує потребу в анальгетиках при захворюваннях хребта і периферичних нервів

ferrer

Показання. Лікування нейропатій кінцево-стовбурового (шлук, радікуліт, метаболічного (алкогольного, діабетичного полінейропатії), інфекційного походження (опортуністичний лишай) та паранітис). Неврагійне лікування, трифасовий механізм дії, мікроборна діяльність, локалізація. Побічні реакції. Не були спостережені. У разі підвищеної чутливості носової слизової оболонки: можлива висихання слизової оболонки, ірритованість слизової оболонки. У разі інвазивної побічної реакції: ушкодження з'єднань проплату, проносимість у ліквіду. Протипоказання. Відсутні. Слід уникати реакції на окремі компоненти препарату.

Частота і сила побічних реакцій: відсутні. Побічні реакції: відсутні. Побічні реакції: відсутні. Побічні реакції: відсутні.

Інформація для фахівців у сфері охорони здоров'я, для поширення на спеціалізованих семінарах, конференціях і симпозіумах з медичної тематики.