

Слабост в долните крайници

Клиничен случай



АНАМНЕЗА

Касае се за 48-годишен мъж, приет в спешно отделение с оплакване от слабост в долните крайници. Симптомите са започнали преди около 4 дни с чувство за слабост в единия долен крайник, ден по-късно установява затруднено ходене. В момента на приема му трудно движи краката си под коленете. Съобщава още за новопоявила се болка в двата крайника след приема. Преди около месец е прекарал инфекция на горните дихателни пътища. Няма микционни или чревни оплаквания. Няма история за предишни заболявания. Не пуши и не приема алкохол. Не приема медикаменти.

ФИЗИКАЛЕН ПРЕГЛЕД

СЧ: 104/мин, кръвно налягане: 162/98 mmHg, без повишено ЦВН, ССС, ДС и ХС б.о. От неврологичното изследване се установява степен 1/5 мускулна сила под коленете и 2/5 при флексия и екстензия на бедрото, понижен мускулен тонус в двата долни крайника. Намалена повърхностна и дълбока сетивност в същите.

Въпрос:

От сметатата анамнеза и физикалния преглед, коя е според Вас е най-вероятната диагноза?

- А. Синдром на Guillain-Barre**
- Б. Отравяне**
- В. Порфирия**
- Г. Болест на Charcot-Marie-Tooth**
- Д. Полиомиелит**

Обсъждане

Верен отговор: **А. Синдром на Guillain-Barre**

СИНДРОМЪТ НА GUILLAIN-BARRE, или още остра, демиелинизираща полиневропатия, е рядко неврологично заболяване, което протича със симетрична слабост в крайниците и загуба на сухожилно-надкостни рефлексии. Заболяването е аутоимунно. Смята се, че се проявява след инфекция на ГДП или след инфекция с *Campylobacter jejuni*, бактерия, причиняваща остър ентерит. Приблизително един на всеки 1000 души развива СГБ след инфекция с *C. jejuni*. Най-изявената проява при пациента е загуба на сила в крайниците.

Това насочва към моторна патология. Заболяването се развива за 2-3 седмици, но е възможно и остро начало. Често е съпроводено от фебрилитет. Дистални парестезии и загуба на сетивност също е честа находка при тези пациенти. Рефлексите се губят рано в хода на заболяването. Няма известно лечение за СГБ. Прилагат се терапии, които намаляват тежестта на заболяването и ускоряват възстановяването при повечето пациенти. Има също така и методи за лечение на усложненията на заболяването. За момента плазмаферезата и високите дози на имуноглобулин са признатите методи на лечение.

ОТРАВЯНЕТО С НЕВРОТОКСИЧНИ ВЕЩЕСТВА променя нормалната дейност на нервната система като нарушава и убива неврони. Невротоксичността може да бъде резултат от излагане на вещества, използвани в химиотерапията, лъчелечението, лекарствени терапии при трансплантации на органи, както и излагане на тежки метали като олово и живак, определени храни и хранителни добавки, пестициди, промишлени и/или почистващи разтворители, козметика и др. Симптомите могат да се проявят веднага след излагане на ноксата, но могат и да се забавят.

Най-честите от тях са слабост или изтръпване на крайниците, загуба на памет, зрение и/или когнитивни проблеми, главоболие, сексуална дисфункция. Лечението включва елиминиране или намаляване на експозицията на токсичното вещество, последвано от симптоматична и поддържаща терапия. Прогнозата зависи от продължителността и степента на експозиция и тежестта на неврологичното увреждане. Много хора се възстановяват напълно след лечение.

ПОРФИРИИТЕ са метаболитни нарушения, дължащи се на дефект в биосинтетичния път на хема. Пациентите имат различни клинични прояви, като невропатията е честа при остра интермитентна порфирия (AIP). Свързаните симптоми са коремна болка и гърчове. Типичните остри пристъпи на порфирия се проявяват със силна и дифузна коремна болка, запек, гадене и повръщане, последвани понякога от състояние на обърканост и психични разстройства.

Може да е налице автономна нестабилност с тахикардия и хипертония, както и гърчове. Тежката порфирна невропатия може да възникне изолирано, без други предшествващи симптоми. Периферната невропатия възниква в до 40% от пациентите по

време на остър пристъп. Клиничните прояви варират от лека фокална невропатия до по-тежки прояви с подобна на Guillain-Barré картина. Диагнозата порфирия трябва да се има предвид особено при тези пациенти с коремни оплаквания и гърчове.

БОЛЕСТТА НА CHARCOT-MARIE-TOOTH (CMT) принадлежи към група заболявания, които причиняват увреждане на периферните нерви. Прогресивната мускулна слабост обикновено става забележима в юношеството или ранната зряла възраст, но началото на заболяването може да се появи на всяка възраст. Симптомите най-често започват в стъпалата и долната част на краката и след това могат да засегнат горните крайници. Повечето хора със CMT имат известно физическо увреждане, въпреки че някои хора може никога да не разберат, че имат заболяването.

Други симптоми на заболяването включват затруднено ходене на стъпалото (падане на стъпалото), често спъване или падане, проблеми с баланса, деформации на краката като високи сводове и извити пръсти, долната част на краката може да придобие формата на "обърната бутилка шампанско" поради загуба на мускулна маса, както и намалена способност за усещане на топлина, студ и допир. Засягането на ръцете, което може да се появи със слабост и атрофия, затруднения с фините двигателни умения, намалено чувство за вибрация и позиция (проприоцепция) е чест симптом. Други клинични симптоми включват сколиоза, контрактури, мускулни крампи, болки. Няма лек за CMT, но рехабилитацията, ортопедичните устройства и ортопедичната хирургия могат да помогнат с инвалидизиращите симптоми на заболяването.

ПОЛИОМИЕЛИТЪТ е силно инфекциозно заболяване, причинено от вирус, принадлежащ към семейство Picornaviridae. Споменава се дори в древноегипетски картини и дърворезби. Клиничните характеристики са разнообразни, вариращи от леки случаи на респираторно заболяване, гастроентерит и неразположение до тежки форми на парализа. През 2013 г. само три държави остават ендемични по полиомиелит – Нигерия, Пакистан и Афганистан.

Глобалното изкореняване на полиомиелита е наложително, в противен случай заплахата от избухване на пандемия е сериозна. По-голямата част от експонираните пациенти (около 95%) са асимптоматични. През този период има отделяне на вируса в изпражненията и той може да бъде изолиран и от гърлен секрет. Съотношението между безсимптомните и парализиращите случаи варира от 50:1 до 1000:1. Може да има гастроентерит, грипоподобно заболяване и леки инфекции на дихателните пътища, които обикновено отшумяват в рамките на една седмица. Около 1% от клиничните случаи се проявяват като асептичен менингит. ■