

Слабост в долните крайници

Клиничен
случай



АНАМНЕЗА

48-годишен мъж се презентира в спешно отделение със слабост в долните крайници. Съобщава за прекарана преди 4 седмици инфекция на горни дихателни пътища. Симптоматиката е дебютирала преди 3 дни със затруднение при ходене. На този етап е невъзможно да движи крайниците си от коленете надолу. От около ден изпитва болка при палпация в същата зона. Няма проблеми с дефекация и уриниране, не съобщава за съпътстващи заболявания, не пие алкохол и не пуши, както и не приема медикаменти.

ФИЗИКАЛЕН СТАТУС

Пациентът е видимо напрегнат, със СЧ 104/мин, кръвно налягане 162/98 mmHg. ЦВН не е завишено. Неврологичният статус на горните крайници е в норма, а този на долните крайници е с отклонения.

Въпрос:

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

- А. Синдром на Guillain-Barré.**
- Б. Хроничен сатурнизъм.**
- В. Дифтерия.**
- Г. Полиомиелит.**
- Д. Болестта на Charcot-Marie-Tooth.**

Обсъждане

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



СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ (СГБ) е остра, демиелинизираща полиневропатия, характеризираща се най-често със симетрична слабост в крайниците и загуба на сухожилно-надкостните рефлексии. Той е автоимунно заболяване, което се проявява след инфекциозно заболяване, най-често инфекция с *Campylobacter jejuni*, бактерия, причиняваща остър ентерит. Приблизително един на всеки 1000 души развива СГБ след инфекция с *C. Jejuni*. Клиничната картина на това заболяване включва слабост и мравучкане в долни крайници, като често тези симптоми обхващат и горната част на тялото. Оплакванията започват след предхождаща със седмици инфекция на ГДП или ХС. Плазмаферезата намалява тежестта и продължението на епизода на СГБ.

ХРОНИЧНИЯТ САТУРНИЗЪМ или още отравяне с неорганично олово, е заболяване, което засяга предимно работници от производства на акумулатори, оловни бои, стъкло, керамика, фаянс, металургия и електроника. Оловото инхибира активността на ензимите, участващи в биосинтеза на хем. Нарушената утилизация на желязото е причина за повишеното му ниво в кръвта и поява на сидероцити. Развива се анемия, двигателна полиневропатия, енцефалопатии, токсичен хепатит, артралгии и миалгии, обща слабост. Антидотното лечение е с CaNa_2EDTA .

ДИФТЕРИЯТА Е ИНФЕКЦИЯ, причинена от Грам-положителните пръчици *Corynebacterium diphtheriae*. Основен фактор на патогенността е дифтерийният екзотоксин, който потиска белтъчния синтез. На мястото на инфекци-

ята се образуват фибринозни налепи, които ако входната врата е назофаринкса, могат да причинят задушаване. Освен това в организма водят до увреждане на сърдечната мускулатура, нервните клетки, надбъбреците и паренхимните органи. Инфекцията е въздушно-капкова.

ПАРАЛИТИЧНИЯТ ПОЛИОМИЕЛИТ е рядко срещано състояние. То се случва, когато полиовирусите преминават кръвно-мозъчната бариера, навлязат в централната нервна система и започват своята репликация в моторните неврони, най-често на гръбначния мозък. Типичната клинична картина на паралитичния полиомиелит е остра вяла парализа, засягаща крайниците, обикновено долните и обикновено асиметрично при запазена сетивност. Смъртността при паралитичните случаи варира между 5 и 10% при децата и между 15 и 30% при възрастни, предимно поради булбарно ангажиране.

БОЛЕСТТА НА CHARCOT-MARIE-TOOTH е група наследствени заболявания, които причиняват неврологично увреждане в крайниците. Болестта се нарича още наследствена моторна и сензорна невропатия. Тя води до мускулна хипотония и мускулна слабост. Може също така да доведе до загуба на сетивност и мускулни контракции, както и затруднения при ходене. Деформациите на стъпалата като чукчета и високи сводове също са често срещани. Симптомите обикновено започват в долните крайници, но в крайна сметка засягат дланите и ръцете. Болестта дебютира в юношество или ранна зряла възраст, но може да се развие и в средна възраст. ■