

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2018 г.

Регистрационный № 106-1018



**МЕТОД УСТАНОВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ  
ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: Государственное учреждение  
образования «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования»

АВТОРЫ: М.М.Селицкий, д.м.н. профессор В.В.Пономарев, Иванчик Г.И.

Минск, 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д. Л. Пиневич

30.11.2018

Регистрационный № 106-1018

**МЕТОД УСТАНОВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ  
ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия  
последипломного образования»

АВТОРЫ: М. М. Селицкий, д-р мед. наук, проф. В. В. Пономарев, Г. И. Иванчик

Минск 2018

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод установления хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (ХВДП), который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на диагностику заболеваний и патологических состояний, характерных для других воспалительных полиневропатий (МКБ-10: G61.8).

Инструкция предназначена для врачей-неврологов амбулаторно-поликлинического и стационарного звена.

Область применения: неврология, электронейромиография (ЭНМГ).

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

1. Нейрофизиологический комплекс.
2. Магнитно-резонансный томограф.
3. Оборудование и тест-системы для выполнения иммуноферментного анализа.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Другие воспалительные полиневропатии (G61.8).

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Соответствуют таковым для выполнения люмбальной пункции, стимуляционной ЭНМГ и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

### **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

1. Оцениваются клинические симптомы заболевания. Собирается анамнез и проводится стандартный неврологический осмотр пациента. Если у пациента выявляется полиневритический синдром (сенсомоторная форма), прогрессирующий или рецидивирующий более 8 недель, то клиническая картина соответствует ХВДП.

2. Оцениваются нейрофизиологические показатели. Пациенту выполняется стимуляционная ЭНМГ периферических нервов верхних и нижних конечностей, согласно имеющимся алгоритмам диагностики. Нейрофизиологические изменения, характерные для ХВДП, перечислены в таблице.

Таблица — Нейрофизиологические изменения, характерные для ХВДП

По крайней мере, 1 из показателей, перечисленных ниже:

- (а) увеличение моторной дистальной латентности двух нервов на  $\geq 50$  % верхней границы нормы (при исключении синдрома запястного канала);
- (б) уменьшение скорости распространения возбуждения по моторным волокнам в двух нервах на  $\geq 30$  % нижней границы нормы;
- (в) увеличение латентности F-волн в двух нервах на  $\geq 30$  % верхней границы нормы (на  $\geq 50$  %, если амплитуда дистального М-ответа  $< 80$  % нижней границы нормы);

(г) отсутствие F-волн в двух нервах при наличии дистального М-ответа, амплитуда которого превышает нижнюю границу нормы на  $\geq 20\%$  +  $\geq 1$  другой признак демиелинизации в  $\geq 1$  нерве;

(д) частичный блок проведения по двигательным волокнам: уменьшение амплитуды проксимального М-ответа на  $\geq 50\%$  по сравнению с амплитудой дистального М-ответа, если амплитуда дистального М-ответа  $\geq 20\%$  нижней границы нормы, в двух нервах, или в одном нерве +  $\geq 1$  другой признак демиелинизации в  $\geq 1$  нерве;\*

(е) аномальная временная дисперсия (увеличение продолжительности негативного пика М-ответа при проксимальной и дистальной стимуляции свыше 30 %) в  $\geq 2$  нервах;

(ж) увеличение продолжительности дистального М-ответа (интервала между началом первого негативного пика и точкой пересечения изолинии последнего негативного пика) в  $\geq 1$  нерве (срединный нерв  $\geq 6,6$  мс, локтевой нерв  $\geq 6,7$  мс, малоберцовый нерв  $\geq 7,6$  мс, большеберцовый нерв  $\geq 8,8$  мс) +  $\geq 1$  другой признак демиелинизации в  $\geq 1$  другом нерве.

Уменьшение амплитуды проксимального М-ответа на  $\geq 30\%$  в сравнении с дистальным М-ответом (за исключением большеберцового нерва), если дистальный М-ответ  $\geq 20\%$  нижней границы нормы, в двух нервах, либо в одном нерве +  $\geq 1$  другой признак демиелинизации в  $\geq 1$  другом нерве.

Любой из признаков, перечисленных в пунктах (а-ж), но выявленный только в 1 нерве.

\* — Блок проведения по моторным волокнам локтевого нерва в области локтевого сустава не учитывается; для констатации вероятного блока проведения падение амплитуды М-ответа при стимуляции нерва в точке Эрба и запястья должно составлять не менее 50 %.

В случаях выявления признаков выраженной аксональной дегенерации и, как следствие, невозможности определения первичного характера поражения периферических нервов исследуют мигательный рефлекс (МР). Увеличение латентности R1 компонента МГ более 13 мс свидетельствует о первично демиелинизирующем характере поражения периферических нервов.

3. Если при выполнении МРТ у пациента имеется накопление контрастного вещества корешками конского хвоста, пояснично-крестцового или плечевого сплетения, шейными корешками или пояснично-крестцовыми нервами, это свидетельствует о наличии ХВДП.

4. Анализ цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) пациента свидетельствует, что для ХВДП характерно выявление белково-клеточной диссоциации (увеличение белка более 0,45 г/л при нормальном клеточном составе). Нормальный анализ не исключает ХВДП.

5. Для подтверждения аутоиммунного звена в патогенезе заболевания исследуют уровень фактора, активирующего В-лимфоциты (BAFF — B-cell activation factor) в сыворотке крови и ЦСЖ методом иммуноферментного анализа. Оптимальным пороговым диагностическим значением BAFF в сыворотке крови является превышение его более 294,9 пг/мл; в ЦСЖ — более 58,03 пг/мл.

6. Определяется соответствие признакам, исключающим диагноз ХВДП:  
существенные нарушения работы сфинктеров;  
наличие болезни Лайма, дифтерии; прием лекарственных средств или токсических веществ, способных вызвать симптомы невропатии;  
наследственная демиелинизирующая невропатия;  
мультифокальная моторная невропатия;  
IgM-моноклональная  $\gamma$ -патия с высоким титром антител к миелинассоциированному гликопротеину;  
другие причины демиелинизирующей невропатии, включая POEMS-синдром, остеосклеротическую миелому, диабетическую и недиабетическую пояснично-крестцовую радикулоплексопатию, лимфому или амилоидоз.  
Алгоритм метода установления хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии представлен в приложении.

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Возможные осложнения соответствуют таковым при выполнении люмбальной пункции и МРТ с введением контрастного вещества (аллергическая реакция на контраст).