УДК 616.85-002.77-085:615.276

**А.С. ЖУСУПОВА, Ш.А. НУРМАНОВА, Д.С. АЛЬЖАНОВА, О.В. АГЕЕВА**
*АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана,*
*Городская больница №1, г. Астана*

# СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

*Жусупова А.С.*

*В настоящее время на основании консенсусного экспертного мнения EFNS/PNS возможность наличия хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (ХВДП) (клинические критерии) должна рассматриваться у любого пациента с прогрессирующей симметричной или асимметричной полирадикулонейропатией, у которых течение заболевания является рецидивирующим и переходит в стадию ремиссии или прогрессирует в течение или более 2-х месяцев, особенно в случае наличия положительных сенсорных симптомов, проксимальной слабости, арефлексии без слабости или селективной потери чувства вибрации или положения сустава.*

***Цель исследования.*** *Изучить влияние ингибитора холинэстеразы препарата Нивалин (Софарма, Болгария) на клинические проявления и электрофизиологические параметры у больных с ХВДП.*

***Материал и методы.*** *В исследование были включены 20 больных с полинейропатией. Критериями включения были: мужчины и женщины в возрасте от 35 до 65 лет, верифицированный диагноз ХВДП согласно критериям EFNS/ PNS вне обострения. Критерии исключения: обострение ХВДП, полинейропатии другой этиологии, тяжелые сопутствующие соматические и неврологические заболевания. Методы исследования включали клинический неврологический анализ с исследованием неврологического статуса по шкале Нейропатического дисфункционального счета Neuropathy Disability Score (NDS) и электронейромиографическое исследование.*

***Результаты и обсуждение.*** *Сумма значений шкалы NDS в обеих группах до лечения не имела больших различий: у 76% больных в группе получающих препарат Нивалин (Софарма, Болгария), составила от 14 баллов до 21 балла, что относится к выраженной степени нейропатии, и у 24% больных от 7 до 12 баллов, что можно отнести к умеренно выраженной сенсорно-моторной нейропатии и в группе больных, не получавших препарат Нивалин (Софарма, Болгария), составила от 13 баллов до 19 баллов у 68% и от 6 баллов до 13 баллов у 32% больных. При втором визите через месяц группа больных, принимавших препарат Нивалин (Софарма, Болгария), со значением шкалы NDS от 14 баллов до 21 балла, составила 57%, пациенты с суммой баллов от 7 до 12 составили 21%. Через 1 месяц у больных, не получавших препарат Нивалин (Софарма, Болгария), сумма баллов шкалы NDS от 13 до 19 составила 70% и баллы от 6 до 13 - у 30% больных. Таким образом, данное исследование свидетельствует о положительной клинической динамике в группе больных, получавших антихолинэстеразный препарат Нивалин.*

***Выводы.*** *Ингибитор холинэстеразы Нивалин (Софарма, Болгария), показал положительную клиническую и нейрофизиологическую динамику в симптоматическом лечении хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (ХВДП).*

***Ключевые слова:*** *полиневропатия, ингибитор холинэстеразы, электронейромиография, сенсорные волокна, моторные волокна, скорость распространения возбуждения.*

Полиневропатии – это системные заболевания периферических нервов, проявляющиеся как первичные нозологические формы, так и в рамках вторичных синдромов, имеющие разную этиологию и патогенез.

Из числа аутоиммунных полиневропатий (синоним: полинейропатии) выделяют острые и хронические формы, различающиеся сроками развития патологического процесса. В соответствии с принятыми клиническими критериями Европейской федерации неврологических сообществ острые формы заболевания – это варианты болезни, формирующиеся в срок до 4-х недель (острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия - ОВДП) и хронические формы – при более затяжном развитии болезни (хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия - ХВДП).

Роль аутоиммунной реакции, направленной против антигенов периферической нервной ткани, при данных состояниях не вызывает сомнений, однако этиология остается неясной. При ОВДП в патогенезе доказана роль гуморального иммунитета при обнаружении в сыворотке больных антител к периферическому миелину, способных фиксировать комплемент, были выявлены иммуноглобулины и

**Контакты:** Жусупова Алмагуль Сейдуалиевна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой невропатологии с курсом психиатрии и наркологии АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана. Тел.: + 7 701 533 65 69, e-mail: alma_nsmc@mail.ru

**Contacts:** Almagul Seydualievna Zhusupova, Doctor of Medical Sciences, Professor. Head of the Department of Neuropathology with the course of Psychiatry and Addiction JSC "Astana Medical University", Astana c. Ph.: + 7 701 533 65 69, e-mail: alma_nsmc@mail.ru

комплемент на миелинизированных волокнах. Доказана роль клеточного иммунитета с выявлением определенных Т-клеточных реакций. Патоморфологические проявления свидетельствуют об остром процессе – отек и периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация в черепных нервах, передних корешках, спинномозговых и периферических нервах с развитием сегментарной демиелинизации, а также в тяжелых случаях и аксональная дегенерация с развитием валлеровского перерождения. При ХВДП обнаружены антитела к белку цитоскелета - бета-тубулину. Патоморфологически в редких случаях наблюдается выраженная периваскулярная воспалительно-клеточная инфильтрация, чаще выявляются сегментарная демиелинизация и ремиелинизация, иногда с формированием так называемых «луковичных головок» с субпериневральным и эндоневральным отеком [1]. Диагностика перечисленных состояний имеет свои клинические критерии. Нужно отметить, что диагноз ОВДП (синдром Гийена-Барре) в Казахстане ставится приближенно частоте выявления этого заболевания на Западе (0,6-1,7 человека на 100 тыс. населения). Тогда как диагноз ХВДП ставится редко. В странах Европы и Америки диагностика ХВДП составляет 7,7-8,9 человека на 100 тысяч населения. К сожалению, научно доказанной статистики этих заболеваний в Казахстане нет. В связи с этим хотелось бы обратить внимание на результаты исследования рабочей группы Европейской федерации неврологических сообществ (EFNS) и Общества изучения периферических нервов (PNS) по диагностике и лечению ХВДП. (European Journal of Neurology 2006, 13:326-332). Первые предложенные диагностические критерии для ХВДП были опубликованы в Dyck et al. [2, 3]. Авторы включали: а) прогрессирование в течение 6 месяцев, б) замедление скорости проведения импульсов по нервам (не исключается и появление блокады проводимости), в) альбумино-цитологическую диссоциацию в анализе ликвора, г) биопсию нерва. Далее было описательное предложение Barohn et al. [4, 5]. которые уменьшили требуемое время прогрессирования заболевания до 2-х месяцев, отклонили результаты биопсии нерва, определили замедление моторной проводимости до <70% в двух нервах и уровень белка в ликворе >450 мг/л.

Также были предложены исследовательские критерии Американской Академии неврологии (AAN) [6], которые давали три диагностические категории – «определенно», «вероятно», «возможно» при выполнении клинических, физиологических, патологических критериев и критериев, связанных со спинномозговой жидкостью.

В настоящее время на основании консенсусного экспертного мнения EFNS/PNS возможность наличия ХВДП (клинические критерии)должна рассматриваться у любого пациента с прогрессирующей симметричной или асимметричной полирадикулонейропатией, у которых течение заболевания является рецидивирующим и переходит в стадию ремиссии или прогрессирует в течение или более 2-х месяцев, особенно в случае наличия положительных сенсорных симптомов, проксимальной слабости, арефлексии без слабости или селективной потери чувства вибрации или положения сустава.

**Электродиагностическими критериями** в категории «определенно» являются по крайней мере, одни из следующих: а) 50% увеличение двигательной дистальной латентности выше верхней границы нормы в двух нервах; б) 30% снижение скорости моторной проводимости ниже нижнего предела нормальных значений в двух нервах; в) 20% пролонгирование латентности F-волны выше верхней границы нормы в двух нервах (>50%, если амплитуда дистального отрицательного пика электрического вызванного ответа мышцы (CMAP) <80% от нижнего предела нормальных значений); г) отсутствие F-волны в двух нервах, если эти нервы имеют амплитуду дистального отрицательного пика CMAP, по крайней мере, 20% от нижнего предела нормальных значений + по крайней мере, один другой демиелинизирующий параметр в одном другом нерве; д) частичная блокада моторной проводимости: по крайней мере, 50% снижение амплитуды проксимального отрицательного пика CMAP по отношению к дистальному, если дистальный отрицательный пик CMAP составляет 20% от нижнего предела нормальных значений в двух нервах или в одном нерве + по крайней мере, один другой демиелинизирующий параметр по крайней мере, в одном другом нерве; е) аномальная временная дисперсия (>30% увеличение продолжительности между проксимальным и дистальным отрицательным пиком CMAP) по крайней мере, в двух нервах; ж) дистальная продолжительность CMAP (интервал между появлением первого отрицательного пика и возвратом последнего отрицательного пика до исходного уровня), по крайней мере, 9 мс в одном нерве + по крайней мере, один другой демиелинизирующий параметр в одном другом нерве.

**Биопсия нерва** (обычно икроножный сенсорный нерв, который должен быть клинически и электрофизиологически поражен) может дать подтверждающие свидетельства для диагностирования ХВДП, но положительные результаты не являются специфичными (эндоневральный отек, макрофагоассоциированная демиелинизация, демиелинизированные и в меньшей степени ремиелинизированные нервные волокна, образование луковицы, колебания между пучками нервов), а отрицательные результаты не исключают наличия заболевания.

**Повышенный уровень белка** в спинномозговой жидкости отмечается, по крайней мере, у 90% пациентов. Следовательно, этот критерий может использоваться в качестве поддерживающего, но необязательного критерия для диагностирования.

Основными рекомендациями экспертов EFNS/PNS по лечению, основанными на РКИ, метаанализах, являются:
1. Применение внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) или кортикостероидов при сенсорной и моторной форме ХВДП (уровень рекомендации В); 2. Применение ВВИГ в качестве первичного лечения при истинной форме ХВДП; 3. Если ВВИГ и кортикостероиды являются неэффективными, необходимо рассмотреть возможность применения плазмаобмена (уровень рекомендации А); 4. Если ответ является неадекватным необходимо рассмотреть возможность комбинированного лечения или добавления иммунодепрессанта или иммуномодулирующего лекарственного средства; 5. Симптоматическое и многодисциплинарное лечение.

В настоящей работе мы приводим результаты симптоматического лечения больных ХВДП, находящихся вне обострения после проведения в анамнезе патогенетической

терапии (ВВИГ, гормональной терапии кортикостероидами, плазмаобмена).

Цель - изучить влияние ингибитора холинэстеразы препарата Нивалин (Софарма, Болгария) на клинические проявления и электрофизиологические параметры у больных ХВДП.

Препарат Нивалин (Софарма, Болгария) является ингибитором ацетилхолинэстеразы, повышает чувствительность постсинаптической мембраны к ацетилхолину и восстанавливает нервно-мышечную проводимость.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 20 больных с полинейропатией. Критериями включения были: мужчины и женщины в возрасте от 35 до 65 лет, верифицированный диагноз ХВДП согласно критериям EFNS/ PNS вне обострения. Критерии исключения: обострение ХВДП, полинейропатии другой этиологии, тяжелые сопутствующие соматические и неврологические заболевания. Пациенты были распределены на 2 группы: 10 больных, получавшие препарат Нивалин (Софарма, Болгария), на фоне поддерживающей дозы преднизолона (50-10 мг через день) во избежание рецидива и 10 больных, не получавшие препарат Нивалин (Софарма, Болгария), но при сохранении базовой терапии преднизолоном (5-10 мг через день).

Методы исследования включали: 1. Клинический неврологический анализ с исследованием неврологического статуса по шкале Нейропатического дисфункционального счета Neuropathy Disability Score (NDS) (Dyck P.J., 1998), предполагающий исследование рефлексов, поверхностной чувствительности, вибрационной чувствительности в правых и левых конечностях со средним баллом по обеим конечностям и далее проведение перевода условных единиц порога вибрационной чувствительности в баллы индекса NDS.

***Значение шкалы NDS***

*Норма – 0 – 4 балла*

*Умеренно-выраженная сенсомоторная нейропатия – 5 – 13 баллов*

*Выраженная нейропатия, ассоциированная с высоким риском развития язвенно-некротического поражения конечностей и остеоартропатии – 14 – 28 баллов.*

2. Проведение ЭНМГ.

Терапия назначалась приемом препарата Нивалин (Софарма, Болгария), 5 мг (20 мг/сут) по 1 таблетке 4 раза в день per os в течение 30 дней. Исследование проводилось до и после лечения.

**Дизайн исследования ХВДП**

| Методы исследования | 1 визит | 2 визит |
|---|---|---|
| | до исследования | через 1 мес. |
| 1. Исследование неврологического статуса по шкале нейропатического дисфункционального счета Neuropathy Disability Score (NDS) | + | + |
| 2. Проведение ЭНМГ | + | + |

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст исследуемых пациентов был 36±19,4 года, из них 13 (65%) мужчин и 7 (35%) женщин. Длительность заболевания в среднем 7,9±1,19 года. Диагноз был подтвержден выявлением вялых парезов у 88,5%, отсутствием ахилловых рефлексов у 92,4%, низким мышечным тонусом у 91,3%, снижением поверхностной чувствительности у 78,9%, снижением пороговой чувствительности у 7,6%. Сумма значений шкалы NDS в обеих группах до лечения не имела больших различий: у 76% больных в группе получающих препарат Нивалин (Софарма, Болгария), составила от 14 баллов до 21 балла, что относится к выраженной степени нейропатии, и у 24% больных от 7 до 12 баллов, что можно отнести к умеренно-выраженной сенсорно-моторной нейропатии и в группе больных, не получавших препарат Нивалин, (Софарма, Болгария), составила от 13 баллов до 19 баллов у 68% и от 6 баллов до 13 баллов у 32% больных. При втором визите через месяц группа больных, принимавших препарат Нивалин, (Софарма, Болгария), со значением шкалы NDS от 14 баллов до 21 балла составила 57%, пациенты с суммой баллов от 7 до 12 составили 21%. Через 1 месяц у больных, не получавших препарат Нивалин (Софарма, Болгария), сумма баллов шкалы NDS от 13 до 19 составила 70% и баллы от 6 до 13 - у 30% больных (схематично результаты представлены в таблице 1).

Таблица 1 - **Результаты**

| Нозологические формы | Основная группа | | Контрольная группа | |
|---|---|---|---|---|
| | нивалин + преднизолон | | преднизолон | |
| | до | после | до | после |
| Выраженная степень нейропатии | 76% | 57% | 68% | 70% |
| | от 14 – 21 балла (значение шкалы NDS) | | от 13 – 19 баллов (значение шкалы NDS) | |
| Умеренно-выраженная сенсорно-моторная нейропатия | 24% | 21% | 32% | 30% |
| | от 7 – 12 баллов (значение шкалы NDS) | | от 6 – 13 баллов (значение шкалы NDS) | |

Результаты электрофизиологического исследования: электродиагностическая диагностика проводилась по n.ulnaris, n.medianus, n.tibialis post. В динамике по моторным волокнам отмечалось увеличение скорости распределения возбуждения (далее – СРВ) у 25%, снижение дистальной латентности у 15% и увеличение амплитуды у 5% больных; по сенсорным волокнам отмечено увеличение СРВ у 60% больных и увеличение амплитуды у 28% больных, принимавших препарат Нивалин (Софарма, Болгария), тогда как у пациентов, не принимавших препарат, по моторным волокнам отмечалось увеличение СРВ у 8 больных, снижение дистальной латентности у 12% и увеличение амплитуды у 7% больных; по сенсорным волокнам отмечено увеличение СРВ у 25% больных и увеличение амплитуды у 16% больных.

Таким образом, ингибитор ацетилхолинэстеразы, лекарственное средство Нивалин, облегчая проведение возбуж-

дения по нервно-мышечному синапсу, продемонстрировал благоприятный эффект с клиническим улучшением и положительной нейрофизиологической динамикой. Однако, выборка была слишком небольшой, чтобы установить доказательно обоснованные заявления об эффективности препарата. Но, поскольку ни одно из клинических исследований систематически не оценивало долгосрочное лечение, отсутствуют исследования значения симптоматического лечения, физиотерапевтического лечения и физической нагрузки, в данный момент можно рассматривать возможность назначения в качестве симптоматического лечения ингибитор холинэстеразы Нивалин в соответствии с индивидуальным ответом.

**ВЫВОДЫ**

1. Ингибитор ацетилхолинэстеразы, лекарственное средство Нивалин (Софарма, Болгария), улучшает проведение возбуждения по нервно-мышечному синапсу и продемонстрировал благоприятный эффект с клиническим улучшением.

2. Препарат Нивалин (Софарма, Болгария), показал положительную нейрофизиологическую динамику в симптоматическом лечении хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии (ХВДП).

3. В качестве симптоматического лечения ХВДП может быть рекомендован препарат Нивалин (Софарма, Болгария).

***Прозрачность исследования***

*Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.*

***Декларация о финансовых и других взаимоотношениях***

*Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.*

*Статья опубликована при поддержке ТОО «Софарма Казахстан».*

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Левин О.С. Полиневропатии. Клиническое руководство. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – С. 97-98

2 Dyck P.J., Lais A.C., Ohta M., Bastron J.A., Okazaki H., Groover R.V. Chronic inflammatory polyradiculo neuropathy // Mayo Clinic Proceeding. – 1975. – Vol. 50. – P. 621-651

3 Dyck P.J., O'Brien P.C., Oviatt K.F. et al. Prednison improves chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy more than no treatment // Annals of Neurology. – 1982. – Vol. 11. – P. 136-141

4 Barohn R.L., Kissel J.T., Warmolts J.R., Mendell J.R. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. Clinical characteristics, course, and recommendations for diagnostic criteria // Archives of Neurology. – 1989. – Vol. 46. – P. 878-884

5 Ad Hoe Subcommittee of the American Academy of Neurology ALDS Task Force. Research criteria for the diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (CIDP) // Neurology. – 1991. – Vol. 41. – P. 617-618

6 Руководство Европейской федерации неврологических сообществ. Общества изучения периферических нервов по лечению хронической воспалительной демиелинизирующей поинейропатии: отчет объединенной рабочей группы Европейской федерации неврологических сообществ. Общества изучения периферических нервов // European Journal of Neurology. – 2006. – Vol. 13. – P. 326-332

**REFERENCES**

1 Levin OS. *Polinevropatii. Klinicheskoe rukovodstvo* [Polyneuropathy. Clinical guidelines]. Moscow: Medical News Agency; 2006. P. 97-8

2 Dyck PJ, Lais AC, Ohta M, Bastron JA, Okazaki H, Groover RV. Chronic inflammatory polyradiculo neuropathy. *Mayo Clinic Proceeding.* 1975;50:621-51

3 Dyck PJ, O'Brien PC, Oviatt KF. et al. Prednison improves chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy more than no treatment. *Annals of Neurology.* 1982;11:136-41

4 Barohn RL, Kissel JT, Warmolts JR, Mendell JR. Chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy. Clinical characteristics, course, and recommendations for diagnostic criteria. *Archives of Neurology.* 1989;46:878-84

5 Ad Hoe Subcommittee of the American Academy of Neurology ALDS Task Force. Research criteria for the diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (CIDP). *Neurology.* 1991;41:617-8

6 [Leaders of the European Federation of Neurological communities. Society for the Study of peripheral nerves for the treatment of chronic inflammatory demyelinating poineyropatii: report of a joint working group of the European Federation of Neurological communities. Society for the Study of the peripheral nerves]. European Journal of Neurology. 2006;13:326-32

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**А.С. ЖҮСІПОВА, Ш.А. НҰРМАНОВА, Д.С. ӘЛЖАНОВА, О.В. АГЕЕВА**

*«Астана Медицина Университеті» АҚ, Астана қ.,*

*№1 қалалық аурухана, Астана қ.*

**СОЗЫЛМАЛЫ ҚАБЫНҒАН ДЕМИЕЛИНИЗИРЛЕУШІ ПОЛИНЕВРОПАТИЯНЫҢ СИМПТОМАТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫ**

Қазіргі уақытта консенсустық сараптамалық пікір негізінде EFNS/PNS созылмалы қабынған демиелинизирлеуші полиневропатияның (ХВДП) (клиникалық критерийлері) болу мүмкіндігі үдемелі симметриялық немесе асимметриялық полирадикулонейропатиясы бар кез-келген пациентте қаралуға тиіс, яғни бұл ауруы қайталанатын, ремиссия сатысына өтетін немесе екі ай ай бойына үдеп отыратын сырқаттарға қатысты қаралуы шарт, әсіресе оң сенсорлы симптомдарды, проксимальды әлсіздікті, әлсіздігі жоқ арефлексияны немесе вибрация сезімі мен буындардың орналасуын селективті жоғалтуды сезген пациенттер назарға алынуға тиіс.

**Зерттеудің мақсаты.** Холинэстераз ингибиторының Нивалин (Софарма препараты, Болгария) ХВДП бар науқастардың электрофизиологиялық көрсеткіштері мен клиникалық көріністеріне ықпалын зерттеу.

**Материал және әдістері.** Зерттеуге полинейропатиясы бар 20 науқас қатыстырылды. Оларды қосу критерийлері мынадай: 35 пен 65 жасындағы ерлер мен әйелдер, верифицирленген ХВДП диагнозы EFNS/ PNS критерийлеріне

қарағанда асқынбаған. Қоспау критерийлері мынадай: ХВДП асқынуы, басқа этиологиядағы полинейропатия, қоса жүретін басқа ауыр соматикалық және неврологиялық аурулар. Зерттеу әдістеріне клиникалық неврологиялық анализ енгізілді, онда Нейропатикалық дисфункционалық есеп Neuropathy Disability Score (NDS) шкаласы бойынша неврологиялық статусты зерттеу және электронейромиографикалық зерттеу көзделген.

**Нәтижелері және талқылауы.** Емделгенге дейін екі топта NDS шкаласы бойынша мәндерінің аса үлкен айырмашылығы болған жоқ: 76% науқастар, яғни Нивалин (Софарма, Болгария) препаратын алғандар 14 балл мен 21 балл арасын құрады, бұл нейропатияның айқвн дәрежесіне жатқызылды, 24% науқаста 7 - 12 балл, оны шектеулі сенсорлы-моторлы нейропатияға жатқызуға болады және Нивалин (Софарма, Болгария) препаратын алмаған науқастар, олардың саны 13 балл- 19 балды құрады-науқастардың 68% және 6 балл-13 балл -32% науқас. Бір айдан кейінгі қаралу кезінде Нивалин (Софарма, Болгария) препаратын алған науқастар тобы NDS шкаласы бойынша алғанда 14 балл мен 21 балл арасындағылар саны 57% құрады, 7 мен 12 балл арасына іліккен пациенттер саны 21% құрады.Бір айдан соң Нивалин (Софарма, Болгария) препаратын алмаған науқастарда NDS шкаласы бойынша алғанда балл саны 13 пен 19 арасын құрағандар 70% болды және балы 6 мен 13 арасын құраған науқастар 30%. Сонымен бұл зерттеу антихолинэстеразды Нивалин препаратын алған науқастар тобында оң клиникалық динамиканың қалыптасқандығын көрсетіп отыр.

Қорытынды. Холинэстераз ингибиторы Нивалин (Софарма, Болгария) созылмалы қабынушы демиелинизирлеуші полиневропатияны (ХВДП) сипмтоматикалық емдеу кезінде оң клиникалық және нейрофизиологиялық динамиканы көрсетті.

***Негізгі сөздер:*** *полиневропатия, холинэстераз ингибиторы, электронейромиография, сенсорлық талшықтар, моторлы талшықтар, қозудың таралу жылдамдығы.*

**S U M M A R Y**

**A.S. ZHUSSUPOVA, Sh.A. NURMANOVA, D.S. ALZHANOVA, O.V. AGEYEVA**

*"Astana Medical University" JSC, Astana c.*

*Municipal hospital No1, Astana c.*

**SYMPTOM MANAGEMENT OF CHRONIC INFLAMMATORY DEMYELINATING POLYNEUROPATHY**

Today, on the basis of consensus expert opinion EFNS/PNS, a possible presence of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP) (clinical criteria) must be examined at any patient with progressive symmetrical and asymmetrical polyradiculoneuropathy, at whom the state of the disease is recidivating and remits or makes progress for or more than 2 months, particularly in case of presence of positive sensory symptoms, proximal weakness, areflexia without atony or selective loss of vibration sense or abarthrosis position sense.

**Study purpose.** To study the effect of cholinesterase inhibitors Nivalin medication (Sopharma, Bulgaria) in clinical aspects and electrophysiological parameters at CIDP patients.

**Material and methods.** 20 patients with polyneuropathy are included in the study. The criteria for inclusion were: men and women at the age from 35 to 65, with CIDP certain disease according to EFNS/PNS criteria in non-acute condition. Criteria for exclusion: CIDP aggravation, other etiology polyneuropathy, severe co-occurring somatic and neurological diseases. Study methods included clinical neurological analysis with the study of neurological status by Neuropathy Disability Score (NDS) and electroneuromyographic study.

**Results and discussion.** A total sum of NDS scale in both groups before treatment has insignificant difference: at 76% of patients in a group receiving Nivalin medication (Sopharma, Bulgaria), made from 14 points to 21 points, which is referred to significant degree of neuropathy, and 24% of patients – from 7 to 12 points, which can be referred to moderate sensory-motor neuropathy, and the group of patients who did not receive Nivalin medication (Sopharma, Bulgaria) made 68% - from 13 to 19 points and 32% - from 6 to 13 points. During the second visit in a month, a total sum of points by NDS scale in the group of patients receiving Nivalin medication, (Sopharma, Bulgaria), was from 13 to 19 points at 70% and from 6 to 13 – at 30%. Thus, the study shows a positive clinical dynamics in the group of patients who received Nivalin anticholinesterase preparation.

**Conclusion.** Cholinesterase inhibitor Nivalin (Sopharma Bulgaria) showed a positive clinical and neurophysiological dynamics during a symptom management of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP).

***Key words:*** *polyneuropathy, cholinesterase inhibitor, electroneuromyography, sensory fibres, motor fibres, nerve conduction velocity.*

**Для ссылки:** *Жусупова А.С., Нурманова Ш.А., Альжанова Д.С., Агеева О.В. Симптоматическая терапия хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии // Medicine (Almaty) 2017. – No 2 (176). – P. 40-44*

*Статья поступила в редакцию 30.01.2017 г.*

*Статья принята в печать 13.02.2017 г.*