

## ИДИОПАТИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВАЯ ПЛЕКСОПАТИЯ (клинический случай)

**САФИНА ДИАНА РУСТЭМОВНА**, ORCID ID: 0000-0002-6466-4979; канд. мед. наук, ассистент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГБОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Россия, 420015, Казань, ул. Карла Маркса, 74, e-mail: safina\_neuro@mail.ru

**Реферат.** Идиопатическая пояснично-крестцовая плексопатия – это заболевание, которое характеризуется поражением поясничного и/или крестцового сплетения, не связанных с травмой, масс-эффектом или сахарным диабетом. В литературе описано несколько случаев рецидивирующей пояснично-крестцовой плексопатии, однако нами не было найдено указания на безболевою форму рецидивов, в связи с чем и был описан данный клинический случай. **Цель.** На примере клинического наблюдения пациента с идиопатической рецидивирующей пояснично-крестцовой плексопатией проанализировать течение заболевания в зависимости от тактики ведения.

**Материал и методы.** Пациентка, 49 лет, поступила в отделение неотложной неврологии с жалобами на слабость, боль и нарушение чувствительности в правой ноге. Был проведен неврологический осмотр, обследование, в том числе электромиография. **Результаты и их обсуждение.** По данным электромиографии изменения свидетельствовали в пользу поражения нервов правого пояснично-крестцового сплетения. При неврологическом осмотре пациентки на момент выписки и через 9 мес после выписки наблюдалось уменьшение неврологической симптоматики. Через 4 года с момента первого поступления в отделение неотложной неврологии у пациентки вновь усилилась слабость, появилось нарушение чувствительности в правой ноге, однако болевой синдром не отмечался. У пациентки не было замечено явной связи процесса восстановления при первом обострении с приемом препаратов, включая пульс-терапию метилпреднизолоном. В связи с этим при повторной госпитализации данные группы препаратов не были назначены, наблюдалось спонтанное восстановление. **Выводы.** В настоящее время этиология острой и рецидивирующей пояснично-крестцовой радикулоплексопатии остается недостаточно изученной, в связи с этим тактика лечения пациентов без уточненной природы повреждения нервов зависит от индивидуального ответа на иммуносупрессивную и противовирусную терапию. Тактика медикаментозного выжидания с постоянным отслеживанием неврологической симптоматики на примере рассматриваемого клинического случая позволила избежать назначения неэффективных в данном случае препаратов и подтвердить теорию спонтанного восстановления.

**Ключевые слова:** пояснично-крестцовая плексопатия, электромиография, рецидивирующая форма.

**Для ссылки:** Сафина, Д.Р. Идиопатическая рецидивирующая пояснично-крестцовая плексопатия (клинический случай) / Д.Р. Сафина // Вестник современной клинической медицины. – 2021. – Т. 14, вып. 2. – С.56–59. DOI: 10.20969/VSKM.2021.14(2).56-59.

## IDIOPATHIC RECURRENT LUMBOSACRAL PLEXOPATHY (clinical case)

**SAFINA DIANA R.**, ORCID ID: 0000-0002-6466-4979; C. Med. Sci., assistant of professor of the Department of fundamental basis of clinical medicine of Institute of fundamental medicine and biology of Kazan Federal University, Russia, 420015, Kazan, K. Marx str., 74, e-mail: Safina\_neuro@mail.ru

**Abstract.** Idiopathic lumbosacral plexopathy is a disease characterized by lesions of the lumbar and/or sacral plexus that are not related to trauma, mass effect, or diabetes mellitus. Several cases of recurrent lumbosacral plexopathy have been described in the literature, but we found no indication for a painless form of recurrence, which is the reason why this clinical case was described. **Aim.** The aim of the study was to use the example of clinical case of a patient with idiopathic recurrent lumbosacral plexopathy to analyze the course of the disease depending on management tactics. **Material and methods.** A 49-year-old female patient was admitted to the emergency neurology department with complaints of weakness, pain and sensory disturbances in the right leg. A neurological examination, including electromyography was performed. **Results and discussion.** According to electromyography, the changes indicated in favor of a lesion in the nerves of the right lumbosacral plexus. A neurological examination of the patient at the time of discharge and 9 months after showed a reduction in neurological symptoms. Four years after the patient's first admission to the emergency neurology department, weakness and sensory disturbances in the right leg increased again, but no pain syndrome was noted. The patient did not show a clear association between the recovery process at the first exacerbation and medication intake, including methylprednisolone pullet therapy. Therefore, these groups of drugs were not prescribed at the second hospitalization, when spontaneous recovery was observed. **Conclusion.** At present, the cause of acute and recurrent lumbosacral radiculoplexopathy remains poorly understood; therefore, the treatment strategy in patients without a specified nature of nerve damage depends on the individual response to immunosuppressive and antiviral therapies. The waiting strategy with constant monitoring of neurological symptoms as illustrated by this clinical case allowed us to avoid prescribing ineffective drugs in this case as well as to confirm the theory of spontaneous recovery.

**Key words:** lumbosacral plexopathy, electromyography, recurrent form.

**For reference:** Safina DR. Idiopathic recurrent lumbosacral plexopathy (clinical case). The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2021; 14 (2): 56-59. DOI: 10.20969/VSKM.2021.14(2).56-59.

**В**ведение. Идиопатическая пояснично-крестцовая плексопатия – это заболевание, которое характеризуется поражением поясничного и/или крестцового сплетения, не связанных с конкретным этиологическим фактором [1], в отличие от пояснично-крестцовых плексопатий, вызванных травмой, масс-эффектом, сахарным диабетом, вирусом простого герпеса или даже беременностью [2–9].

Обычно идиопатическая пояснично-крестцовая плексопатия имеет монофазное течение [1]. В литературе описано всего несколько случаев рецидивирующей идиопатической пояснично-крестцовой плексопатии.

У мужчины, 59 лет, в августе 1995 г. возникла жгучая боль в пояснице, иррадирующая по передней части правой ноги. Через несколько дней присоединилась слабость в правой ноге. Игольчатая электромиография выявила фибрилляции, положительные острые волны и редуцированный паттерн рекрутирования. Дополнительное обследование не выявило возможной причины развития плексопатии. К январю 1996 г. неврологические симптомы стабилизировались, а к ноябрю 1996 г. произошло практически полное восстановление функции правой ноги. В феврале 1998 г. боль и слабость внезапно возникли в левой ноге. Обследование вновь не выявило причины заболевания. Симптомы плексопатии постепенно начали уменьшаться, и к маю 1998 г. у пациента сохранялся минимальный неврологический дефицит [1].

Были описаны случаи рецидивирующей идиопатической пояснично-крестцовой плексопатии у двух девушек 16 и 17 лет. В обоих случаях заболевание началось с выраженного болевого синдрома в нижней конечности, затем в течение нескольких дней присоединилась слабость в ноге. Данные электромиографии указывали на поражение пояснично-крестцового сплетения. Возможная причина заболевания не была выявлена. Спустя несколько лет у обеих пациенток вновь возникли боль и слабость в той же конечности, однако симптомы заболевания были слабее, чем в первую госпитализацию [10].

В каждом из этих случаев рецидив заболевания начинался с болевого синдрома, в связи с чем и был описан данный клинический случай.

**Клинический случай.** В неврологическое отделение МСЧ КФУ поступила женщина, 49 лет, с жалобами на слабость и выраженную боль (100 мм по ВАШ, характер боли описать затрудняется) в правой нижней конечности. Из анамнеза: 13.05.2015 г. у пациентки появились ноющие боли в поясничной области. 14.05.2015 г. возникло нарастающее онемение, слабость в правой нижней конечности. Пациентка была осмотрена неврологом поликлиники, была назначена магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника.

По данным магнитно-резонансной томографии (14.05.2015) признаков объемного процесса, очаговой патологии спинного мозга не выявлено, протру-

зия дисков L<sub>II</sub>-S<sub>I</sub>, деформирующий спондилоартроз Th<sub>XI</sub>-S<sub>I</sub>.

В связи с выраженным болевым синдромом и парезом 14.05.2015 г. пациентку экстренно госпитализировали для обследования и лечения в неотложную неврологию.

Неврологический статус при поступлении: черепные нервы без особенностей. Мышечная сила в верхних конечностях и в левой ноге – 5 баллов, в правой ноге в проксимальных отделах – 0–1 балл, в дистальных отделах – 1,5–2 балла. Проприорефлексы с рук, ахилловы рефлексы живые, D=S, коленный рефлекс справа снижен, слева живой. Патологические рефлексы отсутствуют. Нарушение болевой чувствительности в правой половине живота, в дерматомах L<sub>2</sub>-L<sub>4</sub> справа.

Компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием (19.05.2015): признаки кист печени, кист почек.

Стимуляционная и игольчатая электромиография (ЭМГ) нервов и мышц нижних конечностей (20.05.2015): по данным игольчатой ЭМГ имеются начальные признаки денервации в четырехглавой мышце бедра и признаки реиннервации в передней большеберцовой мышце. При исследовании моторных волокон имеются признаки поражения аксонов правого бедренного нерва, миелина обоих большеберцовых нервов. При исследовании сенсорных волокон имеются признаки поражения аксонов обоих поверхностных малоберцовых нервов, левого подкожного нерва, миелина обоих икроножных нервов. Имеющиеся изменения на ЭМГ свидетельствуют в пользу поражения нервов правого пояснично-крестцового сплетения. Также имеются признаки вовлечения миелина и аксонов моторных и сенсорных волокон отдельных нервов левой ноги. Наличие реиннервации в правой передней большеберцовой мышце не может быть связано с текущим обострением и может отражать либо хроническое течение заболевания, либо резидуальное поражение правого малоберцового нерва.

Ультразвуковое исследование матки и придатков (21.05.2015): эхопризнаки параовариального жидкостного образования слева.

Ультразвуковое исследование молочных желез (28.05.2015): эхопризнаки фиброзно-кистозной мастопатии.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы (28.05.2015): эхопризнаки узловатого образования щитовидной железы.

Эзофагогастродуоденоскопия (28.05.2015): эндоскопические признаки острого эрозивного геморрагического гастрита.

Пациентке был выставлен диагноз: двусторонняя пояснично-крестцовая плексопатия с правосторонним выраженным, преимущественно, проксимальным монопарезом.

Консультация иммунолога (21.05.2015, 25.05.2015): у пациентки остро возникшая двусторонняя пояснич-

но-крестцовая плексопатия с преимущественными правосторонними проявлениями; в результате лабораторного исследования иммунной системы констатированы повышение общего сывороточного IgM; нормальный спонтанный НСТ-тест; повышение относительного и абсолютного содержания NK-Т-лимфоцитов; отсутствие биомаркеров хронического воспаления. Наиболее вероятен вирусный генез. Рекомендовано: метилпреднизолон 250 мг в/в капельно 1 раз в сут 5 дней, ацикловир перорально в суточной дозе 3 г в течение 5 дней.

Консультация ревматолога (25.05.2015): получены результаты исследования сыворотки к уреазплазме в титре 1:10. Показано лечение кларитромицином 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней.

Пациентка находилась на лечении в неврологическом отделении в течение 28 дней, получала метилпреднизолон 250 мг в/в капельно 1 раз в сут 5 дней, ацикловир перорально в суточной дозе 3 г 5 дней, кларитромицин 500 мг 2 раза в день 10 дней, нестероидные противовоспалительные средства, эуфиллин, прегабалин. В процессе лечения у пациентки не было выявлено явной связи процесса восстановления с пульс-терапией метилпреднизолоном, ацикловиром и кларитромицином (восстановление продолжалось равномерно в течение всего периода нахождения в стационаре и не ускорялось назначением препаратов). Однако была отмечена связь между болевым синдромом и назначением препарата «Лирика» (боль уменьшилась на 80%).

К моменту выписки из стационара на 27-й день болезни наблюдалось увеличение мышечной силы в ноге: в проксимальных отделах – 2 балла, в дистальных отделах – 4–4,5 балла. Нарушение чувствительности сохранялось в дерматомах L<sub>2</sub>-L<sub>4</sub> справа.

Пациентка была направлена для дальнейшего прохождения реабилитационного лечения. При неврологическом осмотре через 9 мес после выписки наблюдались снижение силы правой нижней конечности до 4 баллов. Гипостезия в дерматомах L<sub>2</sub>-L<sub>4</sub> справа.

24.06.2019 г. (через 4 года) пациентка была повторно госпитализирована с жалобами на онемение, слабость в правой ноге. Из анамнеза заболевания: 24.06.2019 г. на рабочем месте почувствовала онемение в ноге, при попытке встать заметила слабость в ноге.

Неврологический статус при поступлении: черепные нервы без особенностей. Сила в руках и левой ноге – 5 баллов, в правой ноге в проксимальных отделах – 1,5 балла, в дистальных отделах – 3,5–4 балла. Ахиллов рефлекс справа снижен, коленный рефлекс справа не вызывается. Болевая и тактильная чувствительность несколько снижены справа в ноге, глубокая чувствительность в ноге грубо нарушена.

Учитывая отсутствие явной взаимосвязи между курсами метилпреднизолона, ацикловира и кларитромицина и уменьшением неврологической симптоматики, а также отсутствие болевого синдрома, была выбрана выжидательная тактика без назначения лекарственных препаратов. На вторые

сутки нахождения в стационаре парез в правой ноге начал уменьшаться.

Магнитно-резонансная томография поясничного отдела позвоночника (25.06.2019): признаков объемного процесса, очаговой патологии спинного мозга в грудном отделе позвоночника не выявлено. Остеохондроз Th<sub>1</sub>-Th<sub>12</sub>. Протрузии дисков Th<sub>4</sub>-Th<sub>5</sub>; Th<sub>7</sub>-Th<sub>8</sub>; Th<sub>9</sub>-Th<sub>10</sub>. Грыжи Шморля тел Th<sub>10</sub>-Th<sub>12</sub> позвонков.

Рентгенография легких (26.06.2019): без особенностей.

Ультразвуковое исследование матки и придатков (26.06.2019): эхопризнаки аденомиоза; миомы матки; кист шейки матки; жидкостных образований левого яичника.

Эзофагогастродуоденоскопия (25.06.2019): эндоскопические признаки хронического гастродуоденита в стадии ремиссии.

Спиральная компьютерная томография головы (24.06.2019): признаков острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и объемных образований не выявлено. Задняя трифуркация правой внутренней сонной артерии (ВСА). Неполная аномалия Киммерли слева.

Консультация иммунолога (26.06.2019): клинико-лабораторный профиль пациентки представлен пояснично-крестцовой плексопатией с моторными и чувствительными нарушениями в сочетании с острой активацией Т-клеточного звена иммунной системы неясного генеза (вирусверифицированная или идиопатическая). С целью идентификации возможного вирусного индуктора с учетом признаков фарингита показано исследование на вирус Эпштейна – Барр. В связи с неясным генезом заболевания и клиническими признаками спонтанной регрессии заболевания рекомендуется выжидательная тактика.

ПЦР на вирус Эпштейна–Барр (27.06.2019): отрицательный.

Пациентке был выставлен диагноз: рецидивирующая идиопатическая правосторонняя пояснично-крестцовая радикулоплексопатия с преимущественно проксимальным нижним монопарезом, нарушением проприоцептивной чувствительности в правой нижней конечности.

При выписке из отделения сила в правой ноге проксимально была 4 балла, дистально – 5 баллов. Болевая и тактильная чувствительность несколько снижены справа в ноге, глубокая чувствительность в ноге грубо нарушена. Пациентка была направлена для дальнейшего прохождения реабилитационного лечения.

**Выводы.** В настоящее время этиология острой и рецидивирующей пояснично-крестцовой радикулоплексопатии остается недостаточно изученной, в связи с этим тактика лечения пациентов без уточненной природы повреждения нервов зависит от индивидуального ответа на иммуносупрессивную и противовирусную терапию.

В данном случае у пациентки не было замечено явной связи процесса восстановления с пульс-терапией метилпреднизолоном, ацикловиром и кларитромицином. В связи с этим при повторной госпитализации данные группы препаратов не

были назначены. Тактика медикаментозного выжидания с постоянным отслеживанием неврологической симптоматики позволила избежать назначения неэффективных в данном случае препаратов и подтвердить теорию спонтанного восстановления.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Автор лично принимала участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором. Автор не получала гонорар за исследование.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ayyildiz A, Dogu B, Ciftci S, Yilmaz F, Kuran B. Idiopathic Lumbosacral Neuropathy Syndrome: Case Report. Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2020; 54 (3): 384-387.
2. Tarulli A, Rutkove SB. Lumbosacral plexitis. J Clin Neuromuscul Dis. 2005; 7 (2): 72-78.
3. Dydyk AM, Hameed S. Lumbosacral Plexopathy. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2021. Lumbosacral Plexopathy – StatPearls – NCBI Bookshelf (nih.gov)
4. Harish Bindiganavile S, Prabhu A. Neoplastic Lumbosacral Plexopathy. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2021. Neoplastic Lumbosacral Plexopathy – StatPearls – NCBI Bookshelf (nih.gov)
5. Soyer A, Sabuncuoglu H, Kazanci B. Lumbosacral plexopathy secondary to discectomy and fixation. Br J Neurosurg. 2020; 34: 1-3.
6. Archer TM. Varicella zoster lumbosacral plexopathy: a rare cause of lower limb weakness. BMJ Case Rep. 2018; 2018: bcr2017223947.
7. Kumar N, Wayne-Yap MQ, Ebk K. Lumbosacral Plexopathy in Pelvic Injury – A Cause of Hip Instability in Acetabular Fractures: A Report of Two Cases. Malays Orthop J. 2016; 10 (2): 61-65.
8. Gwathmey KG. Plexus and peripheral nerve metastasis. Handb Clin Neurol. 2018; 149: 257-279.
9. Rustagi T, Kurra S, Lavelle W. Fifth Lumbar L5 Perineural Cyst with Unusual Radiculopathy: Traction Plexopathy. Cureus. 2018; 10 (1): e2052.
10. Yee T. Recurrent idiopathic lumbosacral plexopathy. Muscle Nerve. 2000; 23 (9): 1439-1442.