

Л. А. Аверьянова¹, Н. Н. Бабичева¹, Е. В. Гранатов¹, Т. И. Хайбуллин²

¹ Республиканский клинико-диагностический центр по демиелинизирующим заболеваниям, Казань

² Казанская государственная медицинская академия

**ПАТТЕРНЫ ДЛИННОЛАТЕНТНЫХ РЕФЛЕКСОВ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТРЕМОРА
У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

Рассеянный склероз (РС) – хроническое заболевание ЦНС, характеризующееся разнообразной клинической картиной, в которой особый интерес представляет тремор (дрожательный гиперкинез) в связи с недостаточностью изученности механизма его возникновения. В плане оценки функционального состояния проводящих путей ЦНС, потенциально вовлеченных в генерацию тремора, перспективным представляется нейрофизиологический метод регистрации рефлексов на электрическую стимуляцию смешанных нервов, состоящих из двух основных компонентов: коротко-латентного рефлекса (КЛР, или рефлекс Хоффмана) и длинно-латентного рефлекса (ДЛР). КЛР, вероятнее всего, спинальный, моносинаптический, в то время как ДЛР, судя по имеющимся данным, – транскортикальный, афферентная часть рефлекторной дуги которого представлена соматосенсорными путями, а эфферентная – пирамидными путями. Известно, что патологические процессы в ЦНС потенциально могут отражаться в изменениях качественных и количественных характеристик ДЛР [1].

Цель исследования – оценить ДЛР у больных с РС с тремором и без него.

Обследовано 122 больных с РС (диагностические критерии МакДональда, 2005), из них 58 больных с РС с тремором (группа 1) и 66 пациентов с РС без тремора (группа 2). Группа 1 включала больных с дистальным постуральным / постурально-интенционным тремором ($n = 14$), дистальным интенционным тремором ($n = 17$), проксимальным и дистальным интенционно-постуральным тремором ($n = 21$), тремором Холмса ($n = 4$) и изолированным аксиальным тремором ($n = 2$). В обеих группах на многофункциональном

нейрофизиологическом комплексе Нейро-МВП (Нейрософт, Россия) проводили регистрацию ДЛР посредством электро-стимуляции срединного нерва по методике М. Naumann и соавт. (1997) с последующей оценкой амплитуды и латентности КЛР, амплитуды и латентности компонентов ДЛР (ДЛР1, ДЛР2 и ДЛР3), а также определением паттерна КЛР–ДЛР.

У больных с РС выявлено 4 стойких паттерна ДЛР, отличающихся от нормальных: паттерн 1 – с акцентуацией КЛР и редукцией ДЛР2; 2 – с редукцией КЛР и ДЛР2; 3 – с относительной акцентуацией ДЛР1; 4 – с относительной акцентуацией ДЛР1 и ДЛР3. Первые два паттерна наиболее характерны для группы 2 (59 и 25 % соответственно). Паттерн 1 регистрировался преимущественно у больных со спастичностью, паттерн 2 – у пациентов с гипотонией. Паттерны 3 и 4 доминировали среди больных группы 1 (41 и 49 % соответственно). Паттерн 3 обычно ассоциировался с дистальным постуральным / постурально-интенционным тремором (78,6%), паттерн 4 – с дистальным интенционным тремором (70,6%). При дистальном и проксимальном интенционно-постуральном треморе паттерн 3 и 4 зарегистрирован в 38 и 52 % случаев соответственно. Каких-либо ассоциаций тремора Холмса и аксиального тремора с паттернами ДЛР не выявлено.

Таким образом, акцентуация ДЛР1 может отражать дезингибицию таламокортикальных проекций, что отмечается при многих гиперкинезах, включая центрально обусловленный тремор. Соответственно, постуральный тремор при РС, вероятно, обусловлен центральным осциллятором. Акцентуация ДЛР3 в целом типична для

мозжечковых расстройств, поэтому нестабильность мозжечковых путей обратной связи, по всей видимости, имеет решающее

значение в генерации у больных с РС интентивного тремора.

Материал поступил в редколлегию 21.12.2014

К. З. Бахтиярова, Р. В. Магжанов, А. Ф. Исмаилова, Л. Х. Вагапова

Башкирский государственный медицинский университет

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МИАСТЕНИИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Миастения – относительно редкое приобретенное аутоиммунное заболевание, сопровождающееся разрушением ацетилхолиновых рецепторов на постсинаптической мембране. Заболевание может развиваться в любом возрасте, начиная с детства и заканчивая старостью. Женщины чаще заболевают на 3-м, а мужчины – на 6–7-м десятилетиях жизни, соотношение женщин и мужчин – 3 : 1 (Сепп Е. К. и соавт., 2008). Среди лиц старше 50 лет чаще заболевают мужчины. Наследственный анамнез обычно отрицательный, но среди родственников больных с миастенией заболеваемость несколько повышена, чаще встречаются генерализованные формы (Агафонов Б. В. и соавт., 2013).

Изучение миастении в Республике Башкортостан проводилось с 1994 по 2004 г. В результате клинико-эпидемиологического исследования установлены показатели заболеваемости 3,6 случая на 10^6 населения и распространенности 66,2 случая на 10^6 населения, которые оказались сопоставимы с данными зарубежных и российских исследователей. Распространенность заболевания в Уфимском районе (без г. Уфа) составляла 76,9 случая на 100 тыс. населения. В республике уровень болезни неравномерный, но без очагового накопления, а отличия показателей в районах с разной численностью населения обнаруживают влияние эффекта малых выборок на статистические показатели, обуславливая колебания результатов до 10 раз. Не выявлены отличия эпидемиологических показателей в зависимости от места проживания пациентов, природных и техногенных экологических факторов. Бо-

лее высокая распространенность отмечена среди лиц татарской этнической принадлежности (84,4 случая на 10^6 населения). Выявлена более высокая заболеваемость миастенией среди молодых женщин и пожилых мужчин, что определяет большую распространенность болезни среди женщин в возрасте от 10 до 59 лет и преобладание мужчин в возрастной категории старше 60 лет. А. Т. Ишмухаметовой и соавт. (2006) выявлено 6 случаев врожденных миастенических синдромов (2 семейных и 4 единичных).

Цель исследования – проанализировать клинико-эпидемиологические, медико-социальные характеристики и качество жизни пациентов с миастенией, состоящих на учете в городской поликлинике № 44 г. Уфы.

Проанализированы индивидуальные карты и талоны амбулаторных пациентов, годовые отчеты невролога поликлиники. На каждого включенного в реестр пациента с миастенией заполнялась регистрационная карта, где указывались паспортные данные, история развития заболевания и клинические проявления, лечение, степень нетрудоспособности. Для исследования качества жизни использовали опросник SF-36.

Поликлиника обеспечивает медицинской помощью взрослое население Ленинского района г. Уфы общей численностью 43 687 человек, из которых 24 349 (55,73 %) – женщины, 19 336 (44,26 %) – мужчины. В регистр невролога поликлиники включены случаи установленной миастении. На 1 ноября 2014 г. на учете состоит 8 пациентов. Средний возраст манифестации – $31,2 \pm 2,8$ года; у женщин – $28,4 \pm 2,0$, у мужчин –