

ISSN 1997-7298 (Print)
ISSN 2309-4729 (Online)

ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

ИМЕНИ С.С. КОРСАКОВА

Том 115



8'2015

Выпуск 2

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

МЕДИА  СФЕРА

ционирование ($64,1 \pm 25,0$ и $80,6 \pm 18,3$ балла, $p=0,002$). По подшкалам «жизненная активность», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «психическое здоровье» статистически достоверной разницы не выявлено. Оценки КЖ пациента его родственником по всем подшкалам достоверно не отличались от оценок самого больного. Средний уровень депрессии у больных РС составил $12,8 \pm 8,0$ балла и был выше, чем у ухаживающего члена семьи ($8,5 \pm 6,3$ балла, $p=0,012$). **Заключение.** Установлено снижение КЖ пациентов РС по сравнению с членами их семьи в основном по физической составляющей КЖ. Оценки родственников совпадали с оценками пациентов о их КЖ. Уровень депрессии у больных РС был выше, чем у проживающих с ними родственников.

* * *

Хабиров Ф.А., Хайбуллин Т.И., Аверьянова Л.А., Гранатов Е.В.

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ И ИХ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Республиканский клинико-диагностический центр по демиелинизирующим заболеваниям Минздрава Республики Татарстан, Казань

При рассеянном склерозе (РС) иногда возникают кратковременные стереотипно повторяющиеся нарушения — пароксизмальные симптомы, которые относятся к малоизученным проявлениям заболевания и могут вызывать диагностические сложности. **Цель исследования** — изучение клинико-нейрофизиологических характеристик пароксизмальных симптомов у пациентов с РС и оценка эффективности их терапии. **Материал и методы.** На основании данных регистра пациентов с РС в Республике Татарстан (РТ) ($n=1610$) были отобраны пациенты с пароксизмальными симптомами ($n=137$). Использовались клинико-анамнестические, нейрофизиологические (ЭЭГ) и нейровизуализационные (МРТ) методы. **Результаты.** Частота пароксизмальных симптомов эпилептического генеза при РС составила 2,6% ($n=42$). Они были представлены простыми или сложными парциальными (33,3%), вторично- (71,2%) и первично-генерализованными (23,8%) приступами. В 19% случаев приступы развивались до начала РС и в дальнейшем возникали вне связи с его течением; в 29% он возникали в период обострений; в 52% — при трансформации течения РС во вторично-прогрессирующее. Эпилептиформная активность (или ее эквиваленты) обнаружена в 42,8% наблюдений, корреляция между паттерном приступа, эпилептиформной активностью и локализацией очага при рутинной МРТ обнаружена в 23,8% случаев, при использовании последовательности DIR (double inversion recovery) — в 35,7%. Приемлемый контроль над приступами достигнут в 81%, в том числе при монотерапии (карбамазепин, вальпроевая кислота, топирамат) в 52%, при политерапии — в 29% случаев. Частота неэпилептических пароксизмов составила 5,9% ($n=95$), они обычно (75,8%) ассоциировались с обострениями РС. Двигательные пароксизмальные симптомы (тонические и дистонические спазмы) отмечены в 22% случаев, они ассоциировались с очагами в стволе мозга; сенсорные (ра-

дикулярные боли, парестезии или дизестезии) — в 57% (ассоциировались со спинальными очагами); симптомы со стороны черепных нервов (тройничная невралгия, вестибулярная пароксизмия, дизартрия, лицевая миокимия) — в 31% (ассоциировались с очагами в мосту и продолговатом мозге). В случаях, когда пароксизмальные неэпилептические феномены не исчезали после купирования обострения, позитивный эффект достигался при использовании баклофена и/или карбамазепина (двигательные симптомы), либо амитриптилина и/или карбамазепина (сенсорные симптомы). **Заключение.** Пароксизмальные состояния эпилептического и неэпилептического генеза нередко возникают при РС и могут имитировать симптоматическую эпилепсию иной этиологии, экстрапиримидные и другие заболевания ЦНС, что необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики.

* * *

Хабиров Ф.А., Хайбуллин Т.И., Бабичева Н.Н., Ахмедова Г.М.

ДОЛГОВРЕМЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, Республиканский клинико-диагностический центр по демиелинизирующим заболеваниям Минздрава Республики Татарстан, Казань

Долговременная эффективность реабилитации при прогрессирующих неврологических заболеваниях, в том числе при рассеянном склерозе (РС), остается малоизученной. **Цель исследования** — оценить долговременную эффективность комплексной реабилитации пациентов с РС. **Материал и методы.** С 2009 по 2015 г. обследованы 120 больных РС в возрасте от 18 до 60 лет, находящихся на диспансерном наблюдении в Республиканском клинико-диагностическом центре по демиелинизирующим заболеваниям (Казань). Основную группу (1-я группа) составили 90 пациентов, в контрольную группу (2-я группа) вошли 30 больных. Группы были сопоставимы по социально-демографическим характеристикам, получаемой базисной терапии, типам течения РС (ремиттирующее — 40,0 и 33,3%, прогрессирующее — 60,0 и 66,7% соответственно), исходной степени инвалидизации (Me EDSS 5,5 и 5,0 балла соответственно) и тяжести течения РС (Me балла по MSSS 5,82 и 5,85). Пациенты 1-й группы получали дифференцированное реабилитационное лечение по предложенной нами схеме на основе концепции трехуровневого воздействия на основные патогенетические синдромы (от 1 до 5 курсов). Пациенты 2-й группы получали симптоматическую терапию в условиях дневного стационара. Эффективность реабилитации в плане влияния на социально-бытовую приспособленность оценивали по шкале ограничения способностей (Incapacity Status Scale, ISS). **Результаты.** Непосредственно после курса реабилитации в 1-й группе отмечалась значимая позитивная динамика в виде снижения оценки по шкале ISS (в среднем на 3 балла), в то время как во 2-й группе данный показатель значимо не изменялся. Через период наблюдения в 2,6 года (от 1 до 6 лет) у 51,6% пациентов 1-й группы оценка по шкале ISS оказалась на уровне или ниже исходной, в то

время как во 2-й группе — только у 33,3%. Частота нарастания неврологического дефицита (увеличение оценки по EDSS) в группах была сопоставимой (56,6 и 63,3%). **Заключение.** Повторные курсы комплексной реабилитации оказывают у пациентов с РС долговременный позитивный эффект: несмотря на прогрессирующий характер заболевания, реабилитационное лечение способствует лучшей адаптации пациентов к неврологическому дефициту, улучшая тем самым социально-бытовую приспособленность.

* * *

Хачанова Н.В.¹, Тоноян А.С.², Пронин И.Н.²,
Бойко А.Н.¹, Мельников М.В.¹

ДИФФУЗИОННО-КУРТОЗИСНАЯ МРТ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ НОРМАЛЬНО ВЫГЛЯДЯЩЕГО СЕРОГО И БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

¹ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва;

²Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, Москва

Рассеянный склероз (РС) характеризуется демиелинизирующим и дегенеративными процессами, протекающими как в белом, так и сером веществе ЦНС. В отличие от традиционной МРТ использование методов структурной нейровизуализации (диффузионный куртозис — ДК, диффузионно-тензорная МРТ) позволяет оценить микроструктурные изменения в белом и сером веществе головного мозга и вклад этих изменений в прогрессирование заболевания. **Цель исследования** — изучение особенностей повреждения серого вещества при различных типах течения РС для последующей оценки значимости выявленных изменений в прогрессировании заболевания. **Материал и методы.** В исследование были включены 20 пациентов с ремиттирующим РС (РРС) и 10 здоровых, составивших группу контроля. Всем испытуемым было выполнено МРТ-исследование головного мозга на томографе с индукцией магнитного поля 3,0 Тл. Абсолютные параметры диффузионного тензора (средняя, аксиальная и радиальная диффузия, фракционная и относительная анизотропия) и ДК (средний, аксиальный и радиальный куртозис, куртозисная анизотропия) в зонах интереса для измерения диффузионных параметров, выделенных вручную в нормально выглядящем белом веществе лобных, теменных долей и семиовальных центров и глубоко в сером веществе (таламус, скорлупа, хвостатое ядро) обоих полушарий, сравнивались в группах больных РРС и здоровых. **Результаты.** Все абсолютные параметры, за исключением аксиального куртозиса, статистически значимо отличались между больными РРС и здоровыми при сопоставлении правого и левого полушарий соответственно ($p < 0,05$). При оценке глубокого серого вещества достоверные различия параметров были достигнуты только в скорлупе. Показатели ДК продемонстрировали более достоверные различия, чем диффузионно-тензорной МРТ. **Заключение.** ДК является многообещающим методом неинвазивной оценки микроструктурных изменений серого и белого вещества головного мозга.

* * *

Шмидт Т.Е.

РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦНС С ПОРАЖЕНИЕМ БЕЛОГО ВЕЩЕСТВА

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва

Многие болезни ЦНС обусловлены патологией белого вещества ЦНС. Для их обозначения применяются различные термины — лейкоэнцефалопатии, лейкоэнцефалиты, лейкодистрофии. Среди них можно выделить: 1) демиелинизирующие заболевания, вызванные разрушением миелина; 2) дисмиелинизирующие, обусловленные нарушением его образования (гипомиелинолиз) и 3) заболевания, обусловленные дисфункцией олигодендроцитов (дисмиелинолиз), в большинстве случаев проявляющиеся с детства. Термин «лейкодистрофии» в настоящее время сохранен для прогрессирующих наследственных болезней, таких как болезни Пелициуса—Мерцбахера, Александера, Крабе и др. У взрослых наиболее часто встречаются демиелинизирующие заболевания. J. Valk и M. van der Кнаар в 1989 г. предложили разделить миелонопатии на наследственные (главным образом, дисметаболические) и приобретенные. Среди последних они выделяют: неинфекционно-воспалительные; инфекционно-воспалительные; токсико-метаболические; гипоксически-ишемические и травматические. Самым частым неинфекционно-воспалительным демиелинизирующим заболеванием, следуя предложенной классификации, безусловно, является рассеянный склероз. К этой же группе относятся воспалительная псевдотуморозная демиелинизация, диффузный склероз Шильдера, оптикомиелит Девика, хроническая рецидивирующая воспалительная невропатия зрительного нерва, CLIPPERS-синдром. Инфекционно-воспалительными заболеваниями с поражением белого вещества являются подострый склерозирующий панэнцефалит, ВИЧ-энцефалит, цитомегаловирусный энцефалит, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, нейроборрелиоз. Представителями токсико-метаболических демиелинизирующих заболеваний являются центральный понтинный миелинолиз, осмотический миелинолиз, болезнь Маркьяфава—Биньями. К заболеваниям с поражением белого вещества головного мозга гипоксически-ишемического характера можно отнести редкий синдром Сусака.

* * *

Юрченко А.Н.¹, Юрченко Ю.Н.¹, Смагина И.В.²

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ГАУЗ «Брянская областная больница №1», Брянск, ²ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул

Брянская область (БО) расположена в Центральной России к юго-западу от Москвы на границе с Украиной и Белоруссией. Численность населения области составляет 1 232 940 человек (2015 г.). Распространенность рассеянного склероза (РС) на 01.06.15 в БО составляет 47,9 на 100 000 населения, что позволяет относить территорию региона к зоне средней степени риска по заболеваемости РС. При этом отмечается варьирование распространенно-