

# ПОГРАНИЧНАЯ НЕВРОЛОГИЯ

**Материалы Поволжской  
научно-практической конференции**



**Казань 2015**

УДК 616.8(470.41)(082)  
ББК 56.12(2Рос.Тат)я431  
П43

Научный редактор

**Ф.А. Хабиров**, докт. мед. наук, профессор,  
зав. кафедрой неврологии и мануальной терапии  
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»  
Минздрава России

**П43** **Пограничная** неврология: материалы Поволжской науч.-  
практ. конф., Казань, 2—3 дек. 2015 г. / науч. ред. Ф.А. Хаби-  
ров. — Казань: Медицина, 2015. — 80 с.

ISBN 978-5-7645-0580-0

Представлены материалы выступлений сотрудников кафедры неврологии и мануальной терапии ГБОУ ДПО КГМА на Поволжской научно-практической конференции «Пограничная неврология». Отражены проблемы современной неврологии, актуальные для общеклинической практики, — болевой синдром в спине, диагностика и лечение; клинические проявления туннельных синдромов и хронической ишемии мозга; клиника вертеброневрологической патологии и методы ее лечения.

Для врачей-неврологов, мануальных терапевтов, врачей общей практики, ортопедов, ревматологов, терапевтов.

(адекватности реакции нервной, гуморально-гормональной и канально-меридианальной систем в условиях существующей патологии);

— использовать индивидуальный подход к определению патогенеза полисистемных неспецифических синдромов (патобиомеханических, патохимических, патомеридианальных изменений) у конкретного пациента, явившихся причиной формирования патологической активности межсистемных связей, нарушения трофического обеспечения и ингибиции адаптационных возможностей скелетной мышцы, выявляемой при мануальном мышечном тестировании;

— использовать возможности метода биологической обратной связи для определения саногенетической значимости (показания, противопоказания) используемых методов мануальной терапии, рефлексотерапии, гомеопатии для устранения неспецифических полисистемных синдромов и восстановления адаптационных механизмов организма;

— использовать данный метод на этапе предболезни — для профилактики развития клинических проявлений; на этапе заболевания — для снижения выраженности клинических проявлений; на этапе реабилитации — для уменьшения риска развития хронического течения заболевания.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ДЕБЮТЕ**

*Т.И. Хайбуллин, Ф.А. Хабиров, Е.В. Гранатов,  
Л.А. Аверьянова, Н.Н. Бабичева, С.Р. Шакирзянова*

**Р**ассеянный склероз (РС; син. множественный склероз; лат. *sclerosis disseminata*; англ. *multiple sclerosis*) — хроническое первичное аутоиммунное дегенеративное заболевание головного и спинного мозга, характеризующееся развитием рассеянных во времени и в пространстве очагов демиелинизации, проявляющихся разнообразной рассеянной неврологической симптоматикой. На начальных стадиях характерно волнообраз-

ное течение заболевания с обострениями и ремиссиями, в последующем происходит неуклонно прогрессирующее развитие тяжелой инвалидизации больного.

По возрасту дебюта, клиническим неврологическим симптомам и типу течения РС отличается крайним полиморфизмом. В большинстве случаев РС клинически дебютирует у лиц молодого возраста (в 15—25 лет) в форме ретробульбарного неврита, стволовых нарушений, неполного поперечного миелита, а также симптомов очагового поражения полушарий головного мозга. Первое клиническое проявление РС в настоящее время принято интерпретировать как «клинический изолированный синдром», при котором существует высокий риск развития повторного обострения с развитием уже достоверного РС. Под обострением РС подразумевают развитие новой или усиление уже имевшейся неврологической симптоматики, типичной для острого воспалительного демиелинизирующего поражения ЦНС, продолжительностью не менее 24 ч, при отсутствии лихорадки или инфекционного процесса. Симптомы обострения РС могут быть как постоянными, так и пароксизмальными (множество эпизодов пароксизмальных расстройств в течение не менее 24 ч). Критерии обострения РС по расширенной шкале оценки степени инвалидизации (Extended disability status scale, EDSS) включают повышение оценки на 1 балл по меньшей мере в двух функциональных системах, или на 2 балла в одной функциональной системе, или повышение оценки EDSS не менее чем на 0,5 балла. Два обострения РС считаются отдельными, если временной интервал между завершением первого и развитием второго обострения составляет не менее 30 дней. Обычно обострение сменяется ремиссией — полным или неполным регрессом клинических признаков обострения, длительностью не менее 1 мес, что для РС весьма характерно, особенно на начальных этапах заболевания.

Неврологические проявления РС рассматривают в соответствии со шкалой EDSS, включающей систематизированную оценку неврологического статуса по 7 функциональным систе-

мам, а также по способности больного к ходьбе и самообслуживанию. Соответственно патогенезу заболевания в клинической картине доминируют полиморфные симптомы поражения ЦНС вследствие воспалительного и нейродегенеративного поражения проводящих путей, особенно с развитой быстропроводящей миелиновой оболочкой (зрительные пути, пирамидные тракты, мозжечковые пути, задний продольный пучок, ассоциативные волокна полушарий головного мозга, задние столбы спинного мозга и т.д.).

В начале заболевания в неврологическом статусе часто наблюдают в различном сочетании асимметричное поражение зрительных нервов (ретробульбарный неврит), дисфункцию глазодвигательных нервов (страбизм, нистагм, межъядерная офтальмоплегия), псевдобульбарный синдром, центральные парезы и параличи со спастичностью, мозжечковую симптоматику (атаксия, интенционный тремор, дизартрия со скандированной речью, гипотония), дрожательные гиперкинезы (титубация, денторубральная гиперкинез, ортостатический тремор), сенсорные нарушения (гипоальгезия по гемитипу и проводниковому типу, дизестезия, сенситивная атаксия), нарушения функций тазовых органов, когнитивно-эмоциональный симптомокомплекс (расстройства абстрактного мышления, внимания, повышение настроения, снижение критики и самокритики) (*таблица*).

К отличительным особенностям неврологических симптомов при РС следует отнести их быстрое развитие, нестойкость, непостоянство, особенно на ранних этапах заболевания. Типичен синдром «диссоциации», отражающий вследствие избирательного поражения проводящих путей ЦНС несоответствие между симптомами поражения одной или нескольких функциональных систем, например снижение глубокой чувствительности при сохранности поверхностной или сочетание спастичности с диффузной гипотонией. В развернутой стадии заболевания в клинической картине принято выделять триаду Шарко (нистагм, скандированная речь, интенционный тремор) и пентаду Мар-

бурга (+ бледность височных половин дисков зрительных нервов, отсутствие брюшных рефлексов), ставшие классическими признаками РС.

**Основные клинические проявления рассеянного склероза  
в дебюте заболевания**

Структура ЦНС	Клинические проявления поражения
Зрительный нерв	Ретробульбарный (оптический) неврит
Ствол головного мозга и мозжечок	Межъядерная офтальмоплегия Нистагм Страбизм Мозжечковая симптоматика Стволовая дисфункция лицевого нерва Стволовая дисфункция тройничного нерва Вертиго Пирамидный синдром
Полушария головного мозга	Пирамидный синдром Сенсорные нарушения по гемитипу Несистемное головокружение Когнитивные расстройства Симптоматические эпилептические приступы
Спинной мозг	Неполный поперечный миелит с развитием, например, центрального парапареза, синдрома Броун—Секара, изолированной заднестолбовой симптоматики или нарушения функций тазовых органов

Таким образом, с учетом клинического полиморфизма рассеянный склероз необходимо дифференцировать от множества других неврологических заболеваний. Особенно необходимо учитывать тот факт, что нередко первые клинические проявления рассеянного склероза интерпретируются как синдром позвоночной артерии (в особенности в случае вертиго), вегетососудистая дистония (в случае несистемного головокружения), люмбоишиалгия (при развитии парезов и чувствительных нарушений в нижних конечностях), что требует внимательного и углубленного дообследования этой категории больных.