

2. Крылов, В.И. Психопатология ритуального поведения (диагностические и прогностические аспекты тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств) / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11. – № 4. – С. 8-13.
3. Крылов, В.И. Психопатология ритуального поведения (диагностические и прогностические аспекты тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств) / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11. – № 4. – С. 8-13.
4. Процорова, О. В русле глубинной психологии. Проблема целостного видения мира в мифологическом мышлении древних / О. Процорова // Образование и рынок. – 1998. – № 5-6. – С. 87-95.
5. Трифоненкова, М. Фольклорный текст и реальность / М. Трифоненкова // Проблемы ўсходнеславянскай этналінгвістыкі: Матэрыялы Першай міжнар. навук. канф., Мінск, 25-26 крас. 2003 г. / Беларус. дзярж. ун-т; Рэдкал.: Т.Валодзіна і інш. – Мінск: УП "Тэхнапрынт", 2003. – С. 183-187.
6. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс // Педагогическая библиотека [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: http://www.pedlib.ru/Books/3/0296/3_0296-1.shtm.

ПОЗДНИЙ ДЕБЮТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Шамова Т.М., Лебейко Т.Я., Гордеев Я.Я.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Согласно результатам ретроспективных исследований, поздний дебют рассеянного склероза (РС) наблюдается в 3,4% - 9,4% случаев [1, 2, 5, 6].

Диагностические критерии РС у лиц старше 50 лет базируются, в основном, на критериях С. Poser с дополнением международной группы экспертов [4, 7], что имеет существенные недостатки. Относительно прогноза при позднем РС существуют диаметрально противоположные точки зрения: описаны как благоприятное течение [5], так и неблагоприятное течение с быстрым нарастанием глубокой инвалидности [9]. Ряд исследователей не выявили существенных различий в прогнозе и течении позднего РС от более молодых групп обследованных [3, 9].

Целью настоящего исследования является проведение анализа дебюта, клинической картины и вариантов течения позднего РС.

Материалы и методы.

Обследованы пациенты старше 50 лет (n=23) впервые обратившиеся к неврологу по поводу неврологических расстройств, а также те, у кого при МРТ обследовании выявлен демиелинизирующий процесс, идентичный РС согласно критериям Fazekas et al. (1988). Неврологическое обследование проведено с использованием клинической шкалы EDSS. Пациенты обследованы на предмет исключения возрастной соматической патологии (артериальная гипертензия, атеросклероз и др.), как возможной причины хронической недостаточности мозгового кровоснабжения с развитием лейкоареоза в головном мозге. МРТ выполняли на томографе Philips Gyroscan Intera 1 T, оборудованном рабочей станцией «Makhaon software, v.2.4». Результаты обработаны с использованием пакета «Staistica v. 6».

Результаты и обсуждение.

Клинический дебют РС в возрастной группе старше 50 лет отмечен у 3,36% от общего количества больных в регионе.

При первичном обращении за медицинской помощью в клинику неврологии диагноз достоверного РС установлен у 16 пациентов (69,5±9,60%). Группу вероятного РС составили 7 (30,5±9,60%) пациентов, у которых наблюдалась диссоциация между клиническими и нейровизуализационными данными. Клинико-МРТ мониторинг в течение 4-летнего периода позволил подтвердить диагноз РС во всех случаях.

Продолжительность заболевания до обращения за медицинской помощью (по данным медицинских документов и анамнестических сведений) составляла 8,97±5,13 месяцев (95% ДИ = от 4,00 до 13,9; min.= 1,00 - max.= 48,0). Основной причиной несвоевременной диагностики демиелинизирующего заболевания (n=11) являлся возраст пациента, что приводило к следующим заключениям на доклиническом этапе: ХНМК, миелопатия, соматоформные расстройства, остеохондроз позвоночника.

В группе с поздним дебютом РС женщины составляли $78,3 \pm 8,59\%$, мужчины - $21,7 \pm 8,59\%$. Средний возраст пациентов при первичном обращении за медицинской помощью составлял 53,3 года (95% ДИ = от 52,18 до 54,59): у женщин – 53,5 (95% ДИ = от 52,1 до 54,9; min.= 50,0 - max.=58,0), у мужчин – 52,8 (95% ДИ = от 50,3 до 56,2; min.= 50,0 - max.=57,0) года.

Моносимптомные объективные клинические проявления имели место у $26,0 \pm 9,14\%$, полисимптомные – у $74,0 \pm 9,14\%$ больных. Чаще всего РС в позднем возрасте начинался пирамидным синдромом ($86,9 \pm 7,23\%$). У большинства пациентов развитию пареза нижних конечностей предшествовал период повышенной утомляемости ($69,5 \pm 9,48\%$) с последующей трансформацией в постоянную мышечную слабость.

Нарушения чувствительности в дебюте имели место у $65,2 \pm 9,94\%$ больных и характеризовались чувством онемения, парестезиями преимущественно в дистальных отделах конечностей, реже в области лица и живота. Ощущения были кратковременными и не подтверждались объективными критериями чувствительных расстройств. Болевой синдром (поясничные боли) отмечали достаточно часто ($73,9 \pm 9,14\%$). Однако рассматривать этот симптом как признак дебюта РС без других органических неврологических проявлений не представляется возможным.

Нарушения координации ($34,7 \pm 9,94\%$) как моносимптом в дебюте заболевания позднего РС не отмечены и наблюдались только в сочетании с пирамидной недостаточностью.

Явные признаки поражения черепных нервов наблюдались в единичных случаях ($13,0 \pm 7,01\%$). Стволовые расстройства ($21,7 \pm 8,43\%$) характеризовались синдромом межъядерной офтальмоплегии, горизонтальным нистагмом, а также двусторонней пирамидной и мозжечковой симптоматикой.

Поражение спинного мозга ($26,0 \pm 9,14\%$) характеризовалось признаками двусторонней пирамидной недостаточности, нижним спастическим парапарезом различной степени выраженности. Дизурические расстройства ($30,4 \pm 9,55\%$) не являлись предметом жалоб пациентов и были выявлены при целенаправленном опросе.

Субъективные нарушения, такие, как головная боль, тошнота, головокружение, «дурнота в голове», нарушения памяти и внимания, онемение различных участков тела, предшествовали развитию органической симптоматики у $78,2 \pm 9,72\%$ больных. Установить связь отмеченных «псевдоневротических» расстройств с РС затруднительно, так как их возникновение в данной возрастной группе полиэтиологично.

При первичном обращении за медицинской помощью диагноз демиелинизирующего заболевания был выставлен 1 пациенту. Другие ($n=22$) были направлены в клинику для уточнения диагноза после амбулаторного лечения по поводу других заболеваний нервной системы. Достоверный РС диагностирован в первые 3 месяца от начала заболевания у $47,8\%$, в срок от 3 до 6 месяцев - у $17,3\%$, позже 6 месяцев – у $34,7\%$ больных. У пациентов последней группы наблюдался клинически изолированный синдром, установление диагноза РС потребовало клинико-МРТ мониторинга.

Острое начало не характерно для позднего дебюта РС и проявилось оптической невритом у 1 пациента ($4,34\%$). У большинства обследованных ($95,7\%$) симптомы развивались подостро (в течение 1 – 3 месяцев) или постепенно (до 6 и более месяцев). Для позднего РС характерно сравнительно медленное прогрессирование патологического процесса, о чем свидетельствовало углубление инвалидизации по шкале EDSS ($\chi^2 = 10,66$, $p < ,02789$). Обострения заболевания отмечены у $30,4\%$ больных, носили «стертый» характер с преобладанием двигательных расстройств и минимальными проблемами в передвижении.

Заключение.

Частота встречаемости позднего РС составляет $3,36\%$ от общего количества больных в регионе. При первичном обращении достоверный РС диагностирован у $69,5\%$, вероятный – у $30,5\%$. Период от появления признаков РС до обращения за специализированной медицинской помощью составлял $8,97 \pm 5,13$ месяцев. Основной причиной несвоевременной диагностики заболевания являлся возраст пациента. В группе с поздним дебютом РС женщины составляли $78,3\%$, мужчины - $21,7\%$. Моносимптомные

объективные клинические проявления имели место у 26,0%, полисимптомные – у 74,0% больных. В дебюте наиболее частыми проявлениями являлись пирамидный синдром (86,9%) и нарушения чувствительности, чаще субъективные (65,2%). У большинства обследованных пациентов симптомы РС развивались подостро или постепенно. Для позднего РС характерно сравнительно медленное прогрессирование патологического процесса без характерных ремиссий и обострений.

Диагностика РС в случаях позднего дебюта заболевания, преобладания субъективных расстройств и отсутствия отчётливых обострений представляет особую сложность. Для подтверждения диагноза необходимы тщательный сбор анамнеза с акцентом на наличие неврологических нарушений, оценка динамики течения заболевания, проведение дифференциальной диагностики с синдромальными формами РС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев, Е.И. Варианты течения и прогноз при рассеянном склерозе / Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания [под ред. Е.И. Гусева, И.А.Завалишина, А. Н. Бойко] – М.: Миклош, 2004. – С.158-180.
2. Delalande S. Late onset multiple sclerosis/ S. Delalande, J. .De Seze, D. Ferriby [et al.]//Rev. Neurol.-2002.-Vol. 158.-№11. - P. 1082-1087.
3. Hooge J.P. Multiple sclerosis with very late onset./J.P. Hooge, W.K. Redekop // Neurology. -1992. -Vol. 42. - P. 1907-1910.
4. McDonald W. I. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnostic of Multiple Sclerosis /W.I. McDonald, A. Comston, G. Edan [et al.] // Ann. Neurol.. -2001. –Vol.50. –P.121-127.
5. Noseworthy J. Multiple sclerosis after age 50/J. Noseworthy, D. Paty, T. Wonnacott [et al.]//Neurology.-1983.- Vol. 33. - P. 1537-1544.
6. Polliack M.L. Late-onset multiple sclerosis/M.L. Polliack, Y.Barak , A. Achiron //J. Am. Geriatr. Soc. -2001. –Vol.49. –№ 2. –P.168-171.
7. Polman C. H. Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: 2005 Revision to the «McDonald Criteria»/C. H. Polman, S. C. Reingold, G. Edan [et al.] // Ann. Neurol. -2005. -Vol. 58.- P. 840–846.
8. Poser, C.M. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols/C. M. Poser, D. Paty, L Scheinber [et al.] //Ann. Neurol.-1983.-Vol. 13.-P. 227—231.
9. White A.D. Features of multiple sclerosis in older patients in South Wales / A.D. White, R.J. Swingler, D.A. Compston [et al.] // Gerontology. -1990. -Vol. 36. -P. 159-164.