

Шабунько А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Актуальность. В настоящее время отмечается тенденция к атипичному началу классических неврологических болезней, включая боковой амиотрофический склероз (БАС), что составляет существенные трудности для своевременной диагностики. При атипичных формах БАС долгое время патологический процесс может иметь локальный характер.

Цель. Представить клинический случай редкого варианта бокового амиотрофического склероза с бульбарным дебютом.

Методы исследования. Пациентка Р., 37 лет, отметила ухудшение самочувствия в мае 2022 г., когда появились замедленность речи, изменение оттенка голоса. На протяжении двух недель речь восстановилась. Повторное ухудшение состояния отметила в конце августа 2022 г. в виде нечеткости и выраженной замедленности речи, гнусавости голоса. Обратилась за медицинской помощью в Гродненскую университетскую клинику в октябре 2022 г., госпитализирована в неврологическое отделение.

Объективно: сознание ясное, ориентирована верно, поза нет. Реакция зрачков на свет сохранена, живая. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма, диплопии нет. Лицо симметрично, язык по средней линии. Глотание не нарушено. Дизартрия умеренной степени выраженности. Речь нечеткая, замедленная. Голос имеет носовой оттенок, гнусавый. Единичные фибрилляции языка. Силовых парезов нет. Сухожильно-периостальные рефлексы равновеликие, высокие, рефлексогенные зоны значительно расширены. Клонусы стоп. Все виды чувствительности сохранены. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Менингеальных знаков нет. НФТО нет. Соматически – без патологии.

Проведены дополнительные обследования:

- магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга: признаки мелких очагов глиоза в белом веществе головного мозга, вероятно, обусловленные микроангиопатией;

- МРТ шейного отдела позвоночника: МР-признаки остеохондроза;
- анализ ликвора: бесцветный, прозрачный, белок 0,25 г/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, цитоз 1×10^9 ;
- электронейромиография (ЭНМГ): проведение по моторным и сенсорным волокнам нервных стволов в норме. По F-волне замедления проведения по проксимальному сегменту двигательной корешковой системы C8-Th1 не получено, отмечается наличие повторных (блоками по 2–3) и гигантских волн – косвенный признак перевозбуждения мотонейронов на шейном уровне;
- эхоэнцефалография: данные соответствуют норме;
- ИФА анализ на Лайм-боррелиоз: IgG 0.01; IgM 0.07;
- ИФА ВИЧ – отрицательный;
- ИФА анализ на цитомегаловирус: Ig M 0.28 Ед; Ig G 3.5 РЕ/мл.

В общих анализах крови, мочи, биохимическом анализе крови, анализах крови на гормоны щитовидной железы, УЗИ брахиоцефальных артерий, органов брюшной полости, сердца, мягких тканей шеи и щитовидной железы отклонений не выявлено.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, совокупность клинических признаков поражения центрального мотонейрона в виде пирамидной симптоматики в конечностях и периферического мотонейрона в виде фасцикуляций языка, дизартрии, дисфонии, наличие косвенных признаков перевозбуждения мотонейронов на шейном уровне (наличие повторных волн блоками по 2,3 и гигантских волн) позволяют диагностировать, в соответствии с критериями El Escorial 1994 г. с учетом пересмотра в 2015 г., клинически вероятный боковой амиотрофический склероз.
