

# БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ ДЕБЮТОМ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Антипина Е. О.<sup>1</sup>, Заяц Ю. В.<sup>2</sup>, Оводинская Т. Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница № 3 города Гродно

**Актуальность.** Боковой амиотрофический склероз (БАС) – неуклонно прогрессирующее заболевание, обусловленное преимущественным поражением моторной коры, кортикоспинальных и кортиконуклеарных путей, а также периферических мотонейронов передних рогов спинного мозга и двигательных ядер ствола головного мозга, ответственных за произвольные движения. Среди разных форм болезни двигательного нейрона (БДН) удельный вес БАС достигает 80%, поэтому часто термин БДН используется как синоним БАС [1]. Распространенность и заболеваемость БАС в мире оцениваются в 4,42 на 100000 населения. 90% случаев являются спорадическими. Средний возраст дебюта симптомов для спорадической формы БАС – 58-63 года [2].

Тяжёлая инвалидизация пациентов с БАС проявляется потерей способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. Неблагоприятный прогноз при росте заболеваемости БДН и смертности определяет данную нозологию как одну из актуальных медико-социальных проблем здравоохранения.

**Цель** – представить клиническое наблюдение случая БАС с пояснично-крестцовым дебютом, продемонстрировать трудности дифференциально-диагностического поиска.

**Методы исследования.** Изучение клинических проявлений заболевания проведено с использованием клинико-anamnestического метода, оценкой результатов лабораторных и инструментальных исследований.

**Результаты и их обсуждение.** Пациентка В., 57 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на слабость в ногах, затруднение функции передвижения, болезненные спазмы в мышцах ног. Анамнез заболевания: со слов, считает себя больной 8 месяцев, когда стали беспокоить периодические болезненные спазмы в мышцах ног. Обратилась на консультацию к терапевту. Учитывая факт приема пациенткой аторвастатина 40 мг по поводу дислипидемии и повышение креатинфосфокиназы (КФК) в биохимическом анализе крови (БАК), предположен диагноз: Статин-ассоциированная миопатия; уменьшена доза аторвастатина. Также консультирована ревматологом, предполагаемый диагноз: Ревматическая полимиалгия. Пациентка стала отмечать прогрессирование симптомов: появилась слабость, неловкость в левой ноге, преимущественно в стопе. Выполнена МРТ пояснично-крестцового отдела

позвоночника (ПКОП): МР-признаки дегенеративных изменений ПКОП по типу остеохондроза, спондилоартроза, протрузии межпозвонковых дисков (МПД) на уровнях L2-L3, L3-L4, L4-L5. Проходила лечение амбулаторно с диагнозом: Вертеброгенная люмбагоишалгия слева. Положительного эффекта от терапии не отмечала. Присоединилась слабость в правой ноге, стала спотыкаться при ходьбе. С диагнозом «Полинейропатия неуточненная» направлена в стационар для дообследования.

Неврологический статус: в сознании, ориентирована верно. Глазные щели D=S. Реакция зрачков на свет сохранена. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма, диплопии нет. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Единичные фибрилляции языка. Глоточный рефлекс сохранен. Мышечная сила снижена в нижних конечностях: проксимально – 4 балла, дистально: в левой стопе – 3 балла, в правой стопе – 4 балла. Гипотрофии мышц бедер и голени. Сухожильно-периостальные рефлексy: с рук D=S; с ног D=S, высокие. Рефлекс Бабинского положительный с 2-х сторон. Все виды чувствительности сохранены. Координаторные пробы: пальце-носовую выполняет удовлетворительно, пяточно-коленную выполняет неуверенно. Походка парапаретическая. Менингеальных знаков нет. Функция тазовых органов не нарушена. Соматический статус пациентки: без особенностей.

В общем анализе крови, общем анализе мочи не было выявлено отклонений от нормы; в БАК – повышение уровня КФК. Иммуноферментный анализ (ИФА) на Лайм-боррелиоз, клещевой энцефалит, цитомегаловирус (IgG, IgM): отрицательный. ИФА ВИЧ: отрицательный. Общий анализ ликвора – норма. ЭКГ – норма. Спирометрия: функция внешнего дыхания не нарушена.

МРТ грудного отдела позвоночника (ГОП): МР-признаки остеохондроза, сколиоза, спондилеза и спондилоартроза ГОП. Фораминальный стеноз слева на уровне Th11-Th12.

МРТ шейного отдела позвоночника (ШОП): МР-признаки остеохондроза, спондилоартроза ШОП. Выпячивания МПД C3-C4, C5-C6, Th2-Th3.

МРТ головного мозга (ГМ): МР-картина ГМ в пределах возрастной нормы.

Стимуляционная электронейромиография (ЭНМГ) нижних конечностей: параметры проведения по моторным и сенсорным волокнам исследованных нервных стволов нижних конечностей в норме. Данных за полинейропатию не получено. Игольчатая электромиография (ЭМГ): признаки патологии переднероговых структур на уровне пояснично-крестцовых сегментов. По УЗИ мышц зафиксированы фасцикуляции в мышцах ног (четырёхглавая мышца бедра, передняя большеберцовая мышца, длинные и короткие подошвенные сгибатели стопы).

С учетом критериев Gold Coast (2020) пациентке выставлен диагноз: БАС, пояснично-крестцовый дебют, умеренный нижний смешанный парапарез.

В дебюте БАС требует проведения дифференциальной диагностики с потенциально курабельными заболеваниями, такими как миелопатия, компрессионно-ишемическая невропатия, множественная мононевропатия, плексопатия, хроническая воспалительная демиелинизирующая

полинейропатия, мультифокальная моторная невропатия. Крампи, возникающие при БАС, также следует дифференцировать с крампи, ассоциированными с соматическими заболеваниями (в частности, электролитными и метаболическими нарушениями) и связанными с употреблением лекарственных препаратов.

Алгоритм дифференциально-диагностического поиска при БДН требует проведения ряда инструментальных (ЭМГ; МРТ соответствующих отделов позвоночника и ГМ с целью исключения структурной патологии; при необходимости – МРТ сплетений, УЗИ нервов; спирометрия; в случаях дифференциации с вторичным БАС, паранеопластическими синдромами – онкологический поиск) и лабораторных исследований (общеклинические анализы, исследование ликвора, серологические тесты на Лайм-боррелиоз, цитомегаловирус, ВИЧ и другие инфекционные заболевания, онкомаркеры при необходимости).

**Выводы.** В понимании БАС важным является знание о том, что болезнь чрезвычайно неоднородна в отношении генотипа, фенотипа, особенно возраста, типа начала и скорости прогрессирования. Симптомы БАС во многом схожи с другими потенциально излечимыми и/или имеющими доброкачественный прогноз заболеваниями нервной системы, поэтому обследование пациента должно быть комплексным.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рушкевич, Ю. Н. Современные представления о болезни двигательного нейрона / Ю. Н. Рушкевич, С. А. Лихачев // Медицинские новости. – 2019. – № 1. – С. 23-31.
2. Time for optimism in amyotrophic lateral sclerosis / P. Corcia, C. Lunetta, P. Vourc'h [et al.] // Eur J Neurol. – 2023. – Vol. 30, № 5. – P. 1459-1464.

## АТИПИЧНАЯ МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

**Байгот С. И., Мотолыго Д. В.**

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** В настоящее время *Mycoplasma pneumoniae* является самой частой причиной развития атипичной пневмонии у детей школьного возраста [1–4]. Клинические проявления микоплазменной пневмонии широко варьируют, нет однозначных клинико-лабораторных и рентгенологических признаков заболевания, специфическая диагностика не всегда доступна, что