

УДК 616.832-004.2

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ С УЧЕТОМ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ

Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
e-mail: karpov25@rambler.ru*

Было обследовано 79 пациентов (57 женщин и 22 мужчин), средний возраст которых составил $34,31 \pm 4,7$ года с диагнозом рассеянный склероз (РС). Проведенное исследование позволило отметить, что в исследуемой группе преобладают больные с ремитирующим течением РС. При данной форме РС преобладали больные, клинический балл по шкале EDSS у которых соответствовал легкой степени инвалидизации. Количество больных со средней степенью тяжести преобладало при вторично-прогрессирующем течении РС с увеличением в 3 раза, а с тяжелой степенью – в 5,5 раз. Во всех группах наибольшую частоту встречаемости из неврологических симптомов имели координаторные и двигательные нарушения, максимально выраженные в группе тяжелой степени тяжести. Более 90 % случаев у больных с легкой степенью тяжести была отмечена только нарушения в рефлекторной сфере. Нарастала частота встречаемости тазовых нарушений по мере утяжеления состояния, с максимальной дисфункцией у больных с тяжелой степенью. Практически все больные с разными формами РС имели психопатологические нарушения различной степени выраженности, частота встречаемости которых была максимальной в 3 группе (86,4 %). Аналогичная тенденция прослеживалась по шкале выраженности нарушения церебральных функций, где когнитивные нарушения прослеживались более чем в 65 % случаев с их нарастанием по мере утяжеления процессов демиелинизации нервной системы, тем самым являясь одним из важных клинических проявлений хронического демиелинизирующего процесса при РС.

Ключевые слова: рассеянный склероз, демиелинизация, инвалидизация.

CLINICAL NEUROLOGICAL PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN VIEW OF THE STATE OF GRAVITY

Pazhigova Z.B., Karpov S.M., Shevchenko P.P., Kashyryn A.I.

Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: karpov25@rambler.ru

Was examined 79 patients (57 women and 22 men), mean age was $34,31 \pm 4,7$ years with a diagnosis of multiple sclerosis (MS). This study allowed to note that the study group is dominated by patients with remitting course of MS. In this form of MS patients predominated, clinical EDSS score which corresponded to mild disability. Number of patients with moderate severity prevailed in secondary progressive MS within a 3-fold increase, and with severe 5.5 times. In all groups, the highest incidence of neurological symptoms had coordination and movement disorders, the most pronounced in the group to severe. More than 90 % of patients with mild severity was noted only in violation of the reflex area. Was growing incidence of pelvic disorders as worsening conditions with maximum dysfunction in patients with severe. Almost all patients with different forms of PC had psychiatric disorders of varying severity, frequency of occurrence which was the highest in group 3 (86.4 %). A similar trend could be observed on the scale of severity of violations of cerebral functions, where cognitive impairment traced more than 65 % of their buildup with aggravation of the nervous system demyelination processes, thus being one of the major clinical manifestations of chronic demyelinating process in the PC.

Keywords: multiple sclerosis, demyelization, disability.

Приходится признать, что проблема рассеянного склероза (РС) остается не решенной и по сегодняшний день [2,3,6,7, 9,10,11]. С другой стороны, именно сегодняшний день дает нам надежды на возможный прорыв в лечении и ранней диагностике данного заболевания [5,8,9,10,12]. Распространенность РС достаточно велика [1,4,7]. Течение РС носит различный характер заболевания, приводя в большинстве случаев состояние больного к различной степени инвалидизации. В этой связи понимание возможных неврологических нарушений при различном течении заболевания позволит во многих случаях избежать фатальных последствий РС, где ранняя диагностика заболевания будет играть наиболее важное значение.

Цель исследования: изучить клинико-неврологические характеристики у боль-

ных с рассеянным склерозом с учетом тяжести заболевания.

Материалы и методы

Было обследовано 79 пациентов (57 женщин и 22 мужчин), средний возраст которых составил $34,31 \pm 4,7$ года, с диагнозом рассеянный склероз, ранее который был подтвержден в клиниках г. Москвы, Ростова-на-Дону, Ставрополя, и находившиеся на момент клинического обследования под наблюдением в клиниках Чеченской Республики. Из общего числа больных были выделены следующие клинические формы заболевания: ремитирующая (РРС) – 56,9 %, вторично-прогрессирующая (ВПРС) – 18,9 % и первично-прогрессирующая (ППРС) 24,2 %. Распределение по возрасту и типу течения РС представлены в таблице. Средняя продолжительность заболевания с учетом клинической формы составила: РРС – $3,3 \pm 2,2$ лет, ВПРС – $9,1 \pm 4,2$ лет, ППРС – $2,7 \pm 1,9$ лет.

Распределение пациентов по возрасту и типу течения рассеянного склероза

Возраст (лет)	РРС	ВПРС	ППРС	Всего
18-29	32 (40,5 %)	4 (5,1 %)	3 (3,8 %)	39 (49,4 %)
30-39	9 (11,4 %)	8 (10,1 %)	6 (7,6 %)	23 (29,1 %)
40-50	4 (5,0 %)	3 (3,8 %)	10 (12,7 %)	17 (21,5 %)
всего	45 (56,9 %)	15 (18,9 %)	19 (24,2 %)	79 (100 %)

Оценка повреждения функциональных систем проводилась по шкале Kurtzke J.F. (1983). Оценка степени инвалидизации у пациентов с РС проводилась в баллах по расширенной шкале инвалидизации EDSS (Kurtzke J. F.). Легкая степень тяжести соответствовала баллам от 1 до 3 ($2,39 \pm 0,1$), средняя – от 4 до 6 ($5,3 \pm 1,1$), тяжелая степень РС – от 7 баллов и выше ($7,6 \pm 1,4$). В этой связи все обследованные были разделены на 2 группы по степени тяжести. Всем пациентам проводилось МРТ головного мозга в режимах T1, T2 и FLAIR (MR Signa HD x 3,0 Tc [GE]).

Большинство обследованных пациентов находилось в состоянии относительной ремиссии заболевания. Критерием включения явилось наличие у больного диагноза «рассеянный склероз», с наличием показателей течения заболевания – частоты клинически отчетливых обострений и темп нарастания неврологического дефицита, отсутствие аутоиммунных заболеваний. Из числа исследуемых пациентов были исключены лица с РС с прогрессирующим обострением течения заболевания, наличие в анамнезе ЧМТ, нейрореинфекции.

Для анализа полученных результатов использовали расчет средних арифметических величин (M) и их ошибок (m), среднеквадратичное отклонение (δ). Достоверность различий средних значений оценивали с использованием критерия Стьюдента (t).

Результаты и обсуждения

В результате клинического обследования у 29 (36,7 %) пациентов с РС была установлена легкая степень тяжести (1-я группа). Во всех случаях у пациентов этой группы был РРС. У 15 (51,7 %) пациентов степень выраженности неврологических нарушений по шкале EDSS составляла 2,0 балла, у 11 (37,9 %) пациентов – 2,5 балла, у 3 (10,4 %) пациентов – 3 балла по шкале EDSS. В неврологическом статусе у данных больных преобладало наличие пирамидной недостаточности в виде изменения рефлексов и наличие парезов различной степени выраженности, где снижение мышечной силы варьировало от 1,5 до 3 баллов. В 26 (89,7 %) случаях нами регистрировалась анизорефлексия наряду с выпадением брюшных рефлексов и наличие патологических (стопных, кистевых) рефлексов. В 7 (24,1 %) случаях двигательные нарушения имели разную характеристику: монопарез – у 2 (6,9 %) пациентов, парапарез – у 5 (17,2 %). Суммарный клинический балл, отражающий степень выраженности двига-

тельных нарушений по функциональной шкале (FS 1), составлял $1,4 \pm 0,8$.

У 23 (79,3 %) пациентов были выявлены патологические мозжечковые изменения с легкими координаторными нарушениями в виде легкой атаксии, интенционного тремора, дисметрии при выполнении координаторных проб. Суммарный клинический балл, отражающий степень выраженности координаторных нарушений по функциональной шкале (FS 2), составлял $1,41 \pm 0,9$.

В 17 (58,6 %) случаях имело место сочетание пирамидно-мозжечковых нарушений, которые сочетались с гипостезией, наличием парестезий или ощущением онемения в одной или двух конечностях. При объективном обследовании выявлялись «мозаичные» участки нарушения поверхностной чувствительности. Нарушения проприоцептивной чувствительности было отмечено у 5 (17,2 %) пациентов. Суммарный клинический балл в этом случае, отражающий степень выраженности сенсорных нарушений по функциональной шкале (FS4), составлял $1,1 \pm 0,8$.

Нарушения функции тазовых органов по типу императивных позывов в сочетании с трудностью опорожнения мочевого пузыря (детрузорно-сфинктерная диссинергия) была отмечена у 6 (20,7 %) пациентов, которые носили периодический характер. Это соответствовало суммарному клиническому баллу по шкале (FS 5) $0,41 \pm 0,9$.

У 13 (44,8 %) пациентов были выявлены нарушения функций стволовых структур. Так, в 2 (6,9 %) случаях были отмечены нарушения со стороны глазодвигательного нерва, в 5 (17,2 %) случаях – недостаточность лицевого нерва по центральному типу, у 4 (13,8 %) больных – девиация языка. Суммарный клинический балл по шкале (FS 3), отражающий степень стволовой дисфункции, составил $1,68 \pm 1,5$.

Следует отметить, что у данной группы были отмечены проявления, связанные с нарушением фоностроения. Так, у 16 (55,2 %) больных были отмечены легкие нарушения фоностроения, которые не могли влиять на балл шкалы EDSS. В 12 (41,4 %) случаях больные отмечали быструю утомляемость,

снижение памяти, концентрации, внимания, ригидность мышления. Суммарный клинический балл (FS 7), отражающий степень нарушения мнестических функций, составил $1,11 \pm 0,8$.

У 28 (63,3 %) больных РС была установлена средняя степень тяжести (2-я группа). Клинические проявления РС средней степени тяжести характеризовался присутствием стойкого очагового неврологического дефицита. В данной группе у 16 (57,1 %) пациентов был ремитирующий тип течения, у 8 (28,6 %) – вторично-прогрессирующий, у 4 (14,3 %) – первично-прогрессирующий тип течения. Во всех случаях во 2-й группе пациентов был выявлен пирамидно-мозжечковый синдром различной степени выраженности в отличие от 1-й группы, где поражение пирамидной и мозжечковой систем зарегистрировано у 24,1 %, 79,3 % соответственно.

Пирамидные нарушения определялись у 19 (67,9 %) пациентов в виде парезов, умеренного или выраженного характера. Монопарез был выявлен у 4 (14,3 %) больных, парапарез – у 6 (21,4 %), гемипарез – у 4 (14,3 %), тетрапарез – у 5 (17,9 %) пациентов. Суммарный клинический балл, отражающий степень выраженности двигательных нарушений по функциональной шкале (FS 1), составил $3,7 \pm 0,5$, что в 2,64 раза больше, относительно 1-й группы. Степень выраженности стато-координаторных нарушений по функциональной шкале (FS 2), суммарный клинический балл составлял $1,99 \pm 0,9$, что на 1,38 раза больше, чем в 1-й группе. У 15 (53,6 %) пациентов чувствительные нарушения проявлялись в виде снижения глубокой чувствительности, которые клинически проявлялись в виде сенситивной атаксией, что на 36,4 % больше, чем в 1-й группе. Суммарный клинический балл, отражающий степень выраженности чувствительных нарушений по функциональной шкале (FS 4), составлял $2,4 \pm 0,7$, что превышало суммарный клинический балл в 1-й группе в 2 раза.

Нарушения функции тазовых органов отмечались у 12 (42,9 %) больных, что на 22,2 % больше относительно 1-й группы. Суммарный клинический балл по шкале (FS 5) составил $1,05 \pm 1,3$, что в 2,56 раза больше, относительно 1-й группы.

В 8 (28,6 %) случаях были диагностированы глазодвигательные нарушения. Нистагм был выявлен в 15 (53,6 %) случаях, что практически в 2 раза превышало данные проявления относительно 1-й группы. Суммарный клинический балл по данной шкале (FS 3), нарушения стволовых функций составил $2,2 \pm 0,8$ что на 76% больше 1-й группы.

Психопатологические изменения были выявлены в 18 (64,3 %) случаях, которые проявлялись в виде лабильности настроения, у 8 пациентов (28,6 %) было отмечено снижение когнитивных и мнестических процессов, снижение концентрации внимания. Суммарный клинический балл, отражающий степень нарушения церебральных функций (FS 7), составил $1,41 \pm 0,7$, что на 1,41 раза больше относительно 1-й группы.

В 22 (27,8 %) случаях нами была отмечена тяжелая степень РС (3-я группа), среди которых у 7 (31,8 %) – вторично-прогрессирующий, у 15 (68,2 %) – первично-прогрессирующий тип течения. Клиническая картина РС тяжелой степени включала в себя наличие грубого, значительного очагового неврологического дефицита. В неврологическом статусе преобладали двигательные расстройства, основа которых составляла поражение пирамидных и мозжечковых связей и структур, которые были выявлены во всех случаях (100 %). Нарушение функции пирамидной системы проявлялось в виде гипертонуса, гиперрефлексии, патологических рефлексов. Проявление тетрапареза, параплегии или гемиплегии различной степени выраженности, как правило, сочеталось с клонусами стоп или коленной чашечки. Суммарный клинический балл, отражающий степень выраженности двигательных нарушений по функциональной шкале (FS 1), составлял $4,4 \pm 0,8$, что в 3,14 раза больше, относительно 1-й группы, и на 1,19 больше во 2-й группе.

У 6 (27,3 %) пациентов координаторная симптоматика была представлена в виде выраженного интенционного тремора, значительными дискоординаторными нарушениями, что значительно снижало качество жизни больного. У 4 (18,2 %) пациентов при вставании с постели отмечалось тремор головы. В 7 (31,8 %) случаях тремор комбинировался в сочетании с поструральным. Дисфункция в системе мозжечка проявлялась в виде гиперметрии, адиадохокинеза, симптома Хомса, скандированной речи. Суммарный клинический балл, по функциональной шкале (FS 2), составил $2,4 \pm 1,2$, что в 1,7 раза больше, относительно 1-й группы, и 1,21 раза больше, относительно 2-й группы. Следует отметить, что объективная оценка мозжечковой дисфункции была значительно осложнена в связи с наличием у ряда больных пареза конечностей более 3 баллов. Данный факт объясняет, почему у пациентов 3-й группы было выявлено не столь значимое увеличение клинического балла оценки мозжечковой функции.

Суммарный клинический балл, отражающий степень нарушения стволовых функ-

ций (FS 3), составил $2,4 \pm 0,6$ и достоверно был аналогичным показателю 2-й группы. Чувствительная сфера была представлена выпадением проприоцепции, которая была отмечена у 7 (31,8 %) пациентов, что в процентном соотношении не имела достоверных различий от пациентов 2-й группы. Суммарный клинический балл, отражающий степень выраженности чувствительных нарушений по (FS 4), составил $2,4 \pm 0,6$ и не имел достоверных отличий от показателей 2-й группы.

Нарушение функции тазовых органов было выявлено в 17 (77,3 %) случаях, что на 34,4 % больше, относительно 2-й группы. Суммарный клинический балл составил (FS 5) $1,6 \pm 0,7$, что в 3,9 раза больше, относительно 1-й группы, 1,5 больше 2-й группы. Психопатологические изменения были отмечены у 19 (86,4 %) пациентов и характеризовались эйфоричностью, снижением критики к своему состоянию, апатичностью или депрессией различной степени. Суммарный клинический балл, отражающий степень нарушения высших корковых функций (FS 7) составил $1,7 \pm 0,9$, что в 1,53 больше, относительно 1-й группы, и в 1,21 больше 2-й группы.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование на территории Чеченской Республики позволило отметить, что в исследуемой группе преобладают больные с ремитирующим течением РС. При данной форме РС преобладали больные, клинический балл по шкале EDSS у которых соответствовал легкой степени инвалидизации.

Количество больных со средней степенью тяжести преобладало при ВПРС, с увеличением в 3 раза, а с тяжелой степенью в 5,5 раз. Во всех группах наибольшую частоту встречаемости из неврологических симптомов имели координаторные и двигательные нарушения, максимально выраженные в группе тяжелой степени тяжести. Более 90% случаев у больных с легкой степенью тяжести была отмечена только нарушения в рефлекторной сфере. Преобладание сенсорных нарушений в какой-либо группе выявлено не было. Нарастала частота встречаемости тазовых нарушений по мере утяжеления состояния, с максимально дисфункцией у больных с тяжелой степенью.

Практически все больные с разными формами РС имели психопатологические нарушения различной степени выраженности, частота встречаемости которых была максимальной в 3 группе (86,4%). Аналогичная тенденция прослеживалась по шкале выраженности нарушения церебральных

функций, где когнитивные нарушения прослеживались более чем в 65% случаев с нарастанием по мере утяжеления процессов демиелинизации нервной системы, тем самым являясь одним из важных клинических проявлений хронического демиелинизирующего процесса при РС.

Список литературы

1. Алифирова В.М., Титова М.А. Клиническая характеристика рассеянного склероза в Томской области // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – №2. – С. 50-51.
2. Бурнусус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 1. – С. 20-21.
3. Барабаш И.А. Влияние психологических факторов на качество жизни при рассеянном склерозе // Нейроиммунология. – 2007. – Т. V. – № 2. – С. 9.
4. Зихова А.Р., Березгова Л.М., Тлапшокова Л.Б., Бойко А.Н. Эпидемиологические характеристики рассеянного склероза в Кабардино-Балкарской республике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – Т. 113. – №10. – С. 5-7.
5. Карпов С.М., Батуринов В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах // Клиническая неврология. – 2013. – № 3. – С. 16-19.
6. Лукина Е.В., Кузнецова Д.Е. Оценка уровня тревожности и депрессии у больных рассеянным склерозом. Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8. – № 2. – С. 484-488.
7. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1(2). – С. 78-82.
8. Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специализация. Под ред. И.Д. Столярова, А.Н.Бойко. СПб: ЭЛБИ-СПб. – 2008. – 320 с.
9. Столяров И.Д. Современные методы диагностики и лечения рассеянного склероза // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 4. – С. 64-67.
10. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей. 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 272 с.
11. Polman C.H., Reingold S.C., Edan G. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the McDonald criteria // Ann Neurol. – 2005. – №56(6). – P. 840-84.
12. O'Connor P., Confavreux C., Comi G., et al. Oral teriflunomide in patients with relapsing MS: baseline clinical features of patients in the TEMSO phase III trial. Multiple sclerosis. – 2008. – suppl.1. – S. 85.

References

1. Alifirova V.M., Titova M.A. Klinicheskaja karakteristika rassejannogo skleroza v Tomskoj oblasti. Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika. – 2012, – №2, – S. 50-51.
2. Burnusus N.I., Karpov S.M., Shevchenko P.P. Neirotransmittery v patogeneze rassejannogo skleroza. Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. – 2012. – № 1. – S. 20-21.
3. Barabash I. A. Vlijanie psihologicheskikh faktorov na kachestvo zhizni pri rassejannom skleroze. Neiroimmunologija. – 2007. – T. V. – № 2. – S. 9.
4. Zihova A.R., Berezgova L.M., Tlapshokova L.B., Bojko A.N. Jepidemiologicheskie harakteristikirassejannogo skleroza v Kabardino-Balkarskoj respublike. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S.Korsakova. – 2013, – T. 113, – №10, – S. 5-7.

5. Karpov S.M., Baturin V.A., Tel'buch V.P., Franceva A.P., Beljakova N.A., Chichanovskaja L.V. Autoantitela k osnovnomu belku mielina i ih rol' pri demielinizirujushhijh processah. Klinicheskaja nevrologija. – 2013. – № 3. – S. 16-19.
6. Lukina E. V., Kuznecova D. E. Ocenka urovnja trevozhnosti i depressii u bol'nyh rassejannym sklerozom. Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. – 2012. -T. 8, – № 2. – S. 484–488.
7. Pzhigova Z.B., Karpov S.M., Shevchenko P.P., Burnus N.I. Rasprostranennost' rassejannogo skleroza v mire (obzornaja stat'ja). Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovanija. – 2014. – № 1(2). – S. 78-82.
8. Rassejannyj skleroz: diagnostika, lechenie, specialisty. Pod red. I.D. Stoljarova, A.N.Bojko. SPb: JeLBI-SPb. -2008. – 320 s.
9. Stoljarov I.D. Sovremennye metody diagnostiki i lechenija rassejannogo skleroza. Vestnik Roszdravnadzora. 2010, № 4, str. 64-67.
10. Shmidt T.E., Jahno N.N. Rassejannyj skleroz: rukovodstvo dlja vrachej. 3-e izd. M.:MEDpress-inform.- 2012; -272 s.
11. Polman C.H., Reingold S.C., Edan G. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the McDonald criteria. Ann Neurol. -2005, -56(6), – R. 840-64.
12. O'Connor P., Confavreux C., Comi G., et al. Oral teriflunomide in patients with relapsing MS: baseline clinical features of patients in the TEMSO phase III trial. Multiple sclerosis. – 2008; -suppl.1, – S. 85.

Рецензенты:

Байда А.П., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей врачебной практики Ставропольского государственного медицинского университета, г. Ставрополь;

Долгалев А.А., д.м.н., главный врач Клиники реконструктивной стоматологии Северокавказского МУМЦ, г. Ставрополь.

Работа поступила в редакцию 30.06.2014.