

использованы опросники: САН – шкалы (самочувствие, активность, настроение), оценка эмоционально – деятельностной адаптивности и шкалы оценки уровня астении – субъективная шкала оценки астении (MFI-20).

Результаты:

Из всего количества 56 больных старшей возрастной группы, почти у 64,3 % первыми клиническими проявлениями были симптомы поражения нескольких проводниковых систем - полисимптомное начало. Моносимптомное начало наблюдалось у 35,7% больных.

На основании анализа оценочных шкал, предложенных пациентам, встречаемость астенического синдрома в дебюте составила 92,8%, при этом более половины больных отметили, что патологическая усталость являлась одним из наиболее значимых явлений.

Наиболее частыми признаками в дебюте РС являлись чувствительные нарушения (субъективные в виде

парестезии, онемения в дистальных отделах конечностей; объективные – в виде болевого синдрома). Постепенно чувствительные расстройства прогрессировали, достигая максимума за 1-2 недели. Ранние чувствительные проявления были быстропроходящими и сочетались с отсутствием объективной неврологической симптоматики, и большинство больных практически не обращались к врачу.

Оптический неврит так же является частым симптомом дебюта РС. В наших наблюдениях он занимал второе место среди наиболее частых проявлений начала заболевания. Двигательные нарушения были первыми симптомами заболевания у 67,8% больных.

Выводы: Таким образом, особенностями клинической картины РС, среди обследованных больных старшей группы, является превалирование астенического синдрома в дебюте, которая составила 92,8%,

Особенности дифференциальной диагностики рассеянного склероза у больных в старших возрастных группах

Кондыбаева А. М.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

Рассеянный склероз (РС) на сегодняшний день является одной из наиболее значимых проблем в неврологии. Причины частых диагностических ошибок во многом определяются крайне широким спектром клинических проявлений рассеянного склероза.

Наиболее трудным является дифференциальный диагноз рассеянного склероза с многоочаговыми поражениями нервной системы различной природы. К многоочаговым поражениям нервной системы, с которыми приходится дифференцировать рассеянный склероз, в первую очередь относятся субкортикальная артериосклеротическая

энцефалопатия (Бинсвангера). Основной причиной развития субкортикальной артериосклеротической энцефалопатии является артериальная гипертония. В качестве более редких причин упоминается амилоидная ангиопатия и церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией - наследственное заболевание, начинающееся в возрасте 40—60 лет. При позднем дебюте заболевания, РС протекает по типу первично-прогрессирующего течения и часто рассматривается как субкортикальная артериосклеротическая

энцефалопатия, и наоборот, при рецидивирующем течении РС пациенты чаще наблюдаются как повторные инсульты.

Цель: провести сравнительную оценку неврологических и когнитивных нарушений у больных рассеянным склерозом и субкортикальной артериосклеротической энцефалопатией (Бинсвангера).

Материалы и методы. Нами обследовано 56 пациентов с достоверным рассеянным склерозом (РС), верифицированным на основании критериев W.I. Mc Donald (2001). Все больные были старше 40 лет. Группу сравнения составили 50 больных с субкортикальной артериосклеротической энцефалопатией (Бинсвангера).

Все пациенты были осмотрены клинически, всем

проведены общеклинические лабораторные анализы и нейровизуализационные (МРТ; МРТ-ангиография) методы обследования, нейропсихологическое тестирование. Подбор психологических тестов осуществлялся в соответствии с наиболее часто встречающимися когнитивными нарушениями при рассеянном склерозе и субкортикальной артериосклеротической энцефалопатией (Бинсвангера): нарушение кратковременной памяти, счетных навыков, устойчивости внимания и психической работоспособности.

Результаты. Особый период в течении РС наступает в возрасте 45-55 лет, когда у многих больных ремитирующее течение заболевания сменяется на прогрессирование со стойким накоплением неврологического дефицита. Общим для обеих групп были следующие неврологические проявления: парезы, вестибуло-мозжечковые нарушения, снижение остроты зрения, когнитивные расстройства. Когнитивные дисфункции у больных рассеянным склерозом проявлялись нарушением кратковременной памяти, неустойчивостью внимания, нарушением счетных навыков, снижением умственной работоспособности. Когнитивные и поведенческие нарушения у больных субкортикальной артериосклеротической энцефалопатией зависели от локализации и распространенности очагов и от степени расширения боковых желудочков, которые отмечались почти во всех случаях.

Выводы: Очевидно, что истинную значимость диагностических критериев рассеянного склероза в старших возрастных группах еще предстоит установить.

Одним из важных диагностических критериев является то, что множественные симптомы рассеянного склероза обычно не удается уложить в какой-либо стволовой или спинальный сосудистый бассейн, это позволяет дифференцировать рассеянный склероз и сосудистые поражения. При рассеянном склерозе отсутствуют признаки системного поражения сосудов.