

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней и медицинской реабилитации с курсом ПО

РЕФЕРАТ

«Дифференциальная диагностика дорсопатии ШОП и БАС»

Работу выполнил ординатор 2-го года

Петряева Ольга Владимировна

Красноярск-2018

Боковой амиотрофический склероз (БАС) – прогрессирующее заболевание нервной системы, при котором поражаются моторные (двигательные) нервные клетки в коре головного мозга и спинном мозге. Заболевание относится к группе нейродегенеративных болезней, в состав которой также входят такие широко распространённые и известные заболевания, как болезнь Паркинсона и болезнь Альцгеймера.

До настоящего времени точные причины болезни продолжают изучаться. Примерно у каждого двадцатого пациента болезнь имеет семейный характер и связана с мутациями (поломками) определённых генов, число которых постоянно увеличивается и составляет в настоящее время несколько десятков. Определённую роль в развитии БАС могут иметь и факторы внешней среды.

Заболевание проявляется такими симптомами как слабость мышц рук и ног, уменьшение объёма (похудание) мышц, непроизвольные мышечные подёргивания, скованность и болезненные спазмы в мышцах, нарушения глотания (например, поперхивание) и речи (нечёткость, ощущение каши во рту). По мере прогрессирования заболевания поражаются также нейроны, обеспечивающие дыхание, вследствие чего возникает одышка.

Диагностика заболевания должна проводиться только квалифицированным специалистом, поскольку существует большое количество заболеваний, способных "имитировать" клинические проявления БАС. Поскольку в настоящее время не существует исследования, способного на 100% подтвердить наличие БАС, диагноз ставится только после исключения всех других заболеваний. Обследование больного с подозрением на БАС, помимо неврологического осмотра, включает проведение МРТ головного мозга, позвоночника и спинного мозга, электронейромиографию (исследование проведения возбуждения по нервам и состояния мышц с помощью специальных электродов), транскраниальную магнитную стимуляцию, некоторые специальные исследования сыворотки крови и спинномозговой жидкости, а также другие методы.

До настоящего времени не существует способа лечения, способного остановить или замедлить прогрессирование патологического процесса при БАС. Рилузол - единственный лекарственный препарат, показавший некоторую

эффективность при этом заболевании, однако в России он не зарегистрирован. Во всём мире, в том числе и в Научном центре неврологии, проводятся исследования новых методов лечения этого заболевания.

Несмотря на отсутствие эффективного лечения, все симптомы БАС в той или иной степени поддаются коррекции. Наибольшее значение имеет коррекция нарушений глотания и дыхания, так как они представляют непосредственную угрозу для жизни.

Для лечения пациентов с нарушениями глотания наиболее часто используется установление гастростомы – специальной трубки, позволяющей вводить пищу непосредственно в желудок, реже проводится установка назогастрального зонда или переход на парентеральное питание. Обеспечение полноценного питания – крайне важная, и, главное, решаемая проблема при БАС. Большое значение также имеют контроль слюноотделения.

Для решения проблемы с дыханием могут использоваться такие методы как неинвазивная или инвазивная вентиляция лёгких, стимуляция диафрагмы. Показано, что обеспечение адекватного дыхания может продлить жизнь больных.

Такие проблемы, как мышечные спазмы, слюнотечение, болевой синдром, депрессия и многие другие могут быть решены с помощью назначения соответствующего симптоматического лечения, включающего специальные лекарственные препараты или методы физиотерапии. Большое значение на всех этапах заболевания, от постановки диагноза до финальных стадий, имеет психологическая поддержка больного и членов его семьи.

Рассмотрим клинический случай дифференциальной диагностики бокового амиотрофического синдрома и проявлений остеоондроза шейного отдела позвоночника, имитирующего клиникой БАС.

Мужчина, 61 г.

Впервые почувствовал себя больным 1 месяц назад. Появились жалобы на опоясывающие боли в грудном отделе. Был обследован терапевтом, кардиологом амбулаторно. Патологии не выявлено. При проведении рентгенографии ОГК был заподозрен остеоартроз реберно-грудинных

сочленений. Проведено лечение у терапевта (ревматолога). Боли в грудном отделе регрессировали и на первый план вышли следующие жалобы: боли в шейном отделе позвоночника, слабость обеих рук, мышечная атрофия. Поступил на дневной стационар ФСНКЦ ФМБА в неврологическое отделение.

При осмотре: отмечается снижение силы в обеих руках до 3,5 баллов, мышечно-тонический синдром отсутствует, определяются мышечные фасцикуляции в левой руке в области плеча.

По данным ЭНМГ верхних конечностей: переднероговое поражение на уровне ШОП.

По данным МРТ ШОП: МР-признаки дистрофических изменений ШОП. Нарушение статической функции позвоночника в виде выпрямления лордоза. Остеохондроз. Спондилоартроз. МР картина грыжи С6-С7 (с диско-нейтральным конфликтом), протрузии С5-С6. Дегенеративный относительный стеноз позвоночного канала.

Для справки:

Позвоночный канал.

Ширина позвоночного канала:

На уровне С1 > 2,1 см; С2 > 2,0 см; С3 > 1,7 см, С4-С7 = 1,4 см. О стенозе говорят, когда ширина 1,0 см и меньше.

Межпозвонковые диски: высота дисков С2 < С3 < С4 < С5 < С6 > С7

Сагиттальные стенозы позвоночного канала (измерения на уровне межпозвонковых дисков):

Для шейного отдела позвоночника относительный стеноз на сагиттальных снимках менее 1,0 см, а абсолютный – менее 0,7 см.

Необходима дальнейшая дифференциальная диагностика:

	Клинический пример	Боковой амиотрофический синдром	Дорсопатия ШОП
Причины	Неизвестна	Нейродегенерация, болезнь двигательного нейрона	Повреждение гиалинового хряща
Симптомы	Слабость рук, атрофия мышц, фасцикуляции мышц плеча слева	Слабость рук и ног, мышечная атрофия, фасцикуляции, скованность мышц Может быть нарушение речи по типу “каши во рту”	Боли локальные и иррадиирующие, мышечная слабость, мышечно-тонический синдром
ЭМГ	Поражение передних рогов СМ ШОП.	Для БАС на ранней стадии характерно: сочетание «гигантских» F-волн с блоками, наличие бурной спонтанной активности во всех мышцах и выраженного укрупнения	Без патологии

		<p>потенциалов двигательных единиц. Возможно наличие минимального диагностически значимого декремента М-ответа в пределах 11–18 % при низкочастотной стимуляции.</p>	
<p>МРТ ШОП</p>	<p>В сегменте С5-С6 определяется дорзальная диффузная протрузия МПД до 2,5 мм, деформирующая переднюю стенку дурального мешка, сужающая правое и левое межпозвонковое отверстие суммарно с краевыми остеофитами.</p> <p>В сегменте С6-С7 дорзальная диффузная грыжа МПД до 3 мм, деформирующая</p>	<p>МРТ необходима для исключения других заболеваний, например, инсульт, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, опухоли и травмы спинного и головного мозга</p>	<p>Подтверждение наличия повреждения гиалинового хряща по типу протрузии или грыжи.</p>

	<p>переднюю стенку дурального мешка, компримирующая прилежащие отделы спинного мозга, сужающая правое и левое межпозвонковое отверстие с компримацией обоих спинномозговых корешков С7.</p> <p>Ширина позвоночного канала в саггитальных срезах сужена, максимально на уровне С5-С6 - до 11 мм.</p>		
--	--	--	--

Итого, по данным МРТ можно с уверенностью поставить диагноз:

Дорсопатия шейного отдела позвоночника на фоне множественных дорзальных грыж С5-С7 с умеренным верхним парапарезом, умеренным болевым синдромом.

Дифференциальная диагностика проводилась в сотрудничестве с Таровской Анной Михайловной.

Лечение данной патологии планируется по стандартам лечения дорсопатии.

При неэффективности или ухудшении клинической картины планируется консультация нейрохирурга.

Список литературы:

1. Нервные болезни. – Е.К. Сепп, М.Б. Цукер, Е.В. Шмидт – Медгиз – 1954.
2. Нервные болезни – В.В. Михеев – Издательство «Медицина» - Москва – 1974.
3. Нервные болезни – Х.Г. Ходос – Медицина, Москва – 1974.
4. Клиника и терапия прогрессивных мышечных атрофий – С.Н.Давиденков - Медгиз – 1954