



Н. П. ВОЛОШИНА, В. В. ВАСИЛОВСКИЙ, Т. В. НЕГРЕБА,
И. Л. ЛЕВЧЕНКО, Т. Н. ТКАЧЁВА

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»,
Харьков

Клиническая характеристика дебютов рассеянного склероза при разных типах течения с учетом текущего прогноза

Цель — провести ретроспективный сравнительный анализ структурно-функциональной организации дебютов рассеянного склероза (РС) с учетом прогноза заболевания при разных типах течения.

Материалы и методы. Обследованы 280 больных с разными вариантами текущего прогноза (благоприятного, неблагоприятного, неопределенного) при разных типах течения: 80 — с рецидивирующим (РТ), 140 — с вторично-прогредиентным (ВПТ), 60 — с первично-прогредиентным (ППТ). Учитывали клинические показатели: пол, возраст начала заболевания, факторы риска, предшествующие дебюту, предвестники дебюта, количество синдромов и темпы их формирования в дебюте, длительность и тяжесть дебюта, полноту и продолжительность клинических ремиссий после дебюта (при РТ и ВПТ), наличие и продолжительность этапа стабилизации (при ППТ).

Результаты. Установлено, что структура дебютов при разных вариантах прогноза для РТ и ВПТ, несмотря на ряд отличительных особенностей, не имеет существенных различий. Дебют при ППТ, особенно при неблагоприятном прогнозе, в отличие от РТ и ВПТ, носит принципиально иной характер, имеющий важное дифференциально-диагностическое значение.

Выводы. Формирование клинических синдромов дебютов происходит по разным программам, в основе которых лежат патогенетические механизмы, строго детерминированные как для типов течения РС, так и для разных вариантов прогноза.

Ключевые слова: рассеянный склероз, типы течения, текущий прогноз, дебют.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые за последние десятилетия в изучении патогенеза, клиники и лечения рассеянного склероза (РС) [1, 4—7, 11, 13], своевременная диагностика этого заболевания в дебюте нуждается в совершенствовании [2, 3, 8, 12]. Частые диагностические ошибки, особенно на этапе манифестной симптоматики, негативно сказываются на течении РС и его прогнозе. Задача своевременной диагностики этого заболевания осложняется тем, что до сих пор не решен вопрос о том, в какой мере клиническая и морфологическая гетерогенность РС отражены в структурно-функциональной организации дебютов при разных типах течения РС: рецидивирующем (РТ), вторично-прогредиентном (ВПТ), первично-прогредиентном

(ППТ). Возможно ли на основе изучения клинических особенностей манифестных проявлений заболевания определить не только тип течения, но и прогноз?

Цель работы — провести ретроспективный сравнительный анализ структурно-функциональной организации дебютов РС с учетом прогноза заболевания при разных типах течения.

Материалы и методы

Обследовано 280 больных. Возраст больных с РТ (50 женщин и 30 мужчин) — от 19 до 57 лет (средний возраст — 32,8 года), с ВПТ (98 женщин и 42 мужчины) — от 18 до 64 лет (средний возраст — 45,7 года), с ППТ (30 женщин и 30 мужчин) — от 17 до 64 лет (средний возраст — 40,5 года). Длительность заболевания при РТ составила 4,5—28,0 года (средняя длительность — 7,2 года), при ВПТ — 5,0—35,0 года (средняя длительность — 19,9 года), при

ППТ — 3,5—27,0 года (средняя длительность — 8,2 года). Возраст дебюта при РТ — от 10 до 51 года (средний возраст — 25,9 года), при ВПТ — от 10 до 48 лет (средний возраст — 26,6 года), при ППТ — от 13 до 58 лет (средний возраст — 33,4 года). Таким образом, при ППТ формирование симптомов дебюта происходило в более позднем возрасте.

При характеристике дебюта учитывали следующие показатели: пол, возраст начала заболевания, факторы риска (ФР), предшествующие клинической манифестации дебюта (инфекционный фактор, эмоционально-стрессовые ситуации, черепно-мозговые травмы, физическое переутомление, переохлаждение, отсутствие видимых причин), наличие предвестников дебюта (в виде различных субъективных и, вероятно, объективных динамично переходящих симптомов, возникающих на разных временных этапах, предшествующих клинической манифестации дебюта), количество синдромов дебюта (моносиндромный — 1 синдром, олигосиндромный — 2—3 синдрома, полисиндромный — 4 синдрома и более), темпы формирования неврологической симптоматики (молниеносные — в течение нескольких часов, быстрые — до 7 дней, постепенные — до 1 мес, замедленные — 1 мес и более), длительность дебюта (короткая — до 1 мес, средняя — до 2 мес, длительная — более 2 мес), тяжесть дебюта (легкая, средняя, тяжелая), клинические ремиссии после дебюта (полные, неполные — для РТ и ВПТ), длительность ремиссии после дебюта при РТ и ВПТ (короткая — до 6 мес, средняя — от 6 мес до 5 лет, длительная — свыше 5 лет), наличие этапа стабилизации после дебюта или непосредственное прогрессирование при ППТ [9]. Оценку текущего прогноза, как интегрального показателя при разных типах РС, проводили с учетом степени инвалидизации по шкале EDSS, длительности и особенностей течения заболевания в целом [10] (табл. 1, 2).

Результаты и обсуждение

Благоприятный прогноз расценивали как вариант доброкачественного РТ с редкими короткими легкими рецидивами, возникающими вслед за полноценной ремиссией после дебюта умеренной продолжительности (не более 5—7 лет), длительных полных клинических ремиссий, с минимальным накоплением неврологического дефицита в течение 7—10 лет, высокой эффективностью патогенетической терапии, включая препараты превентивного ряда и глюкокортикоиды, сохраненной трудоспособностью и отсутствием признаков ближайшей трансформации в ВПТ.

Неблагоприятный прогноз имел место при прогрессирующих типах течения и характеризовался тяжелыми и длительными полисиндромными дебютами (при ВПТ и ППТ) с ранним формированием изолированного или ведущего мозжечково-атактического синдрома, выраженного спастико-паретического синдрома, сфинктерных расстройств,

короткой и неполной ремиссией после дебюта (при ВПТ), отсутствием этапа стабилизации после дебюта (при ППТ), коротким этапом рецидивирования (при ВПТ), быстрым неуклонным прогрессированием с формированием грубого неврологического дефицита, как правило, резистентного к адекватной патогенетической терапии.

Неопределенный прогноз занимает промежуточное положение между благоприятным и неблагоприятным вариантами, встречается при всех ти-

Т а б л и ц а 1
Оценка по шкале инвалидизации EDSS с учетом текущего прогноза больных (в %) с разными типами течения РС

EDSS, балл	РТ (n = 80)		ВПТ (n = 140)		ППТ (n = 60)	
	Благоприятный прогноз (n = 50)	Неопределенный прогноз (n = 30)	Неопределенный прогноз (n = 46)	Неблагоприятный прогноз (n = 94)	Неопределенный прогноз (n = 25)	Неблагоприятный прогноз (n = 35)
1,0	22,0%					
1,5	38,0%					
2,0	34,0%					
2,5	6,0%	46,7%				
3,0		40,0%				
3,5		10,0%	2,2%			
4,0		3,3%	15,2%			
4,5			45,6%			
5,0			32,6%		12,0%	
5,5			4,4%		12,0%	
6,0				7,7%	40,0%	2,8%
6,5				25,5%	36,0%	25,7%
7,0				32,9%		28,6%
7,5				25,5%		34,4%
8,0				5,4%		2,8%
8,5				3,2%		5,7%

Т а б л и ц а 2
Текущий прогноз при разных типах течения РС

Прогноз	РТ (n = 80)	ВПТ (n = 140)	ППТ (n = 60)
Благоприятный	62,5%	—	—
Неблагоприятный	—	67,2%	58,3%
Неопределенный	37,5%	32,8%	41,7%

пах РС и характеризуется значительным полиморфизмом клинических вариантов течения. При РТ неопределенный характер прогноза свидетельствует о вероятной трансформации в ВПТ и характеризуется учащением и утяжелением рецидивов с одновременным укорочением неполных клинических ремиссий, при прогрессивных типах течения — медленным накоплением умеренного неврологического дефицита, частичной сохранностью остаточной трудоспособности под влиянием патогенетической терапии.

При благоприятном прогнозе РТ у большинства больных (60,0%) признаков инвалидизации по шкале EDSS не выявлено, минимальный неврологический дефицит составлял 1,0—1,5 балла; у 40,0% выявлены легкие признаки инвалидизации, не превышающие 2,0—2,5 балла (см. табл. 1). Средняя оценка в этой группе больных — 1,6 балла. При неопределенном прогнозе РТ, наряду с легкими (2,5 балла у 46,7%), отмечены умеренные (3,0—4,0 балла у 53,3%) признаки инвалидизации, в связи с чем средний балл (2,85) был значительно выше по сравнению с благоприятным прогнозом. При неопределенном прогнозе ВПТ неврологический дефицит по шкале EDSS составил от 3,5 до 5,5 балла, причем у подавляющего большинства больных (78,2%) преобладали относительно выраженные признаки инвалидизации (4,5—5,0 балла). Средний балл в этой группе больных — 4,6. Сравнительная оценка лиц с неопределенным прогнозом при ВПТ и ППТ выявила возрастание тяжелой инвалидизации (до 6,0—6,5 балла) у 76,0% больных при ППТ. В этой группе больных средний балл — 6,0. Таким образом, неопределенный прогноз при ВПТ ассоциирован с более доброкачественным течением, то есть при этом типе течения активная патогенетическая терапия с учетом потенциальных резервов организма более эффективна, чем при ППТ. При неблагоприятном прогнозе при двух типах прогрессивного течения существенных различий в степени тяжелой инвалидизации не выявлено (средний балл для ВПТ — 7,02, для ППТ — 7,12).

Наиболее благополучным в прогностическом отношении является РТ, при котором преобладает благоприятный прогноз (см. табл. 2). Неопределенный прогноз, как менее доброкачественный вариант течения, встречается более чем у трети больных с РТ. Неблагоприятный прогноз при этом типе течения отсутствовал.

Ретроспективный анализ клинических показателей дебютов при РТ позволил установить их характерные особенности с учетом текущего прогноза (благоприятного и неопределенного).

Особенности дебютов рассеянного склероза при рецидивирующем течении заболевания

Клинические особенности дебютов, характеризующие благоприятный прогноз: преобладание молодых (62,0% в возрастном диапазоне 21—30

лет) женщин (66,0%) и инфекционного фактора (56,0%), непосредственно предшествующего дебюту; редкие предвестники дебюта (16,0%); преобладание моносиндромных (84,0%), редкость олигосиндромных (16,0%) и отсутствие полисиндромных дебютов; преобладание легких дебютов (82,0%) короткой продолжительности (90,0%); редкость возникновения дебютов средней тяжести (18,0%), отсутствие тяжелых дебютов; преобладание быстрых темпов формирования клинической симптоматики в дебюте (94,0%); преобладание полных (78,0%) и продолжительных (62,0%) клинических ремиссий после дебюта; редкость ремиссий средней продолжительности (30,0%) и особенно коротких (8,0%).

Клинические особенности дебютов, характеризующие неопределенный прогноз: преобладание молодых (48,3% в возрастном диапазоне 21—30 лет) женщин (60,0%) и инфекционного фактора (58,6%), непосредственно предшествующего дебюту; возрастание частоты предвестников дебюта (40,0%) по сравнению с благоприятным прогнозом (16,0%); преобладание олигосиндромных дебютов (66,6%); значительное уменьшение количества больных с моносиндромным дебютом (33,4%) по сравнению с благоприятным прогнозом (84,0%); отсутствие полисиндромных дебютов; преобладание легких дебютов (63,3%) средней продолжительности (73,4%); отсутствие тяжелых дебютов; преобладание быстрых (43,4%) и молниеносных (36,6%) темпов формирования клинической симптоматики в дебюте; редкость постепенных (20,0%) и отсутствие замедленных темпов; преобладание неполных (63,4%) и средней продолжительности (46,8%) клинических ремиссий после дебюта над короткими (26,6%) и продолжительными (26,6%).

В результате проведенного анализа выявлены отличительные особенности дебютов для благоприятного и неопределенного прогноза при РТ РС (табл. 3).

При двух типах прогрессивного течения преобладает неблагоприятный прогноз, отсутствует благоприятный и более чем у трети больных прогноз оценивают как неопределенный (см. табл. 2). Последний вариант, в отличие от РТ, свидетельствует об относительно доброкачественном течении прогрессивного процесса, частичной сохранности адаптационных резервов организма и позволяет проводить активные терапевтические мероприятия, целью которых является замедление дальнейшего прогрессирования, улучшение качества жизни и отдаление сроков глубокой инвалидизации.

Особенности дебютов рассеянного склероза при вторично-прогрессивном течении заболевания

Клинические особенности дебютов, характеризующие неопределенный прогноз: преобладание молодых (45,6% в возрастном диапазоне 21—30 лет) женщин (56,5%), инфекционного фак-

Таблиця 3

Сравнительная характеристика структурно-функциональной организации дебютов РС с учетом текущего прогноза у больных с РТ РС

Показатель	Благоприятный прогноз (n = 50)	Неопределенный прогноз (n = 30)
Пол и возраст	Преобладают молодые женщины в возрасте от 21 до 30 лет	Преобладают молодые женщины в возрасте от 21 до 30 лет
Факторы риска, предшествующие дебюту	Преобладает инфекционный фактор	Преобладает инфекционный фактор
Предвестники	Редкие	Значительное возрастание частоты предвестников
Количество синдромов	Преобладают моносиндромные дебюты	Преобладают олигосиндромные дебюты
Тяжесть	Преобладают легкие дебюты	Снижение представленности легких и возрастание частоты дебютов средней степени тяжести
Темпы	Преобладают быстрые темпы	Значительное снижение представленности быстрых темпов с одновременным возрастанием частоты молниеносных и постепенных темпов
Длительность	Преобладает короткая длительность	Преобладает средняя длительность
Полнота ремиссии после дебюта	Преобладают полные ремиссии	Преобладают неполные ремиссии
Длительность ремиссии после дебюта	Преобладают длительные ремиссии	Преобладают ремиссии средней продолжительности

тора (45,6%) и эмоционального стресса (41,3%) среди ФР, непосредственно предшествующих дебюту; редкость предвестников дебюта (26,1%), уступающая по частоте неопределенному прогнозу при РТ; преобладание моносиндромных (45,6%) и олигосиндромных дебютов (43,5%); редкость полисиндромных дебютов (10,9%); преобладание легких (43,5%) и средней тяжести дебютов (41,3%), которые развиваются преимущественно быстрыми темпами (63,1%); редкость молниеносных (15,2%) и постепенных темпов (21,7%); редкость возникновения тяжелых дебютов (15,2%); преобладание средних (45,5%) и коротких (36,9%) по длительности дебютов над продолжительными (17,6%); преобладание полных клинических ремиссий после дебюта (78,3%) разной продолжительности (короткие — 30,4%, средние — 41,3%, длительные — 28,3%).

Клинические особенности дебютов, характеризующие неблагоприятный прогноз: преобладание женщин (76,6%) юношеского (35,1% до 20 лет) и молодого (31,9% в диапазоне 21—30 лет) возраста; отсутствие различий в частоте таких ФР, как инфекционный фактор (29,7%), эмоциональный стресс (23,4%), переутомление (25,6%); редкость предвестников дебюта (26,1%); преобладание моносиндромных (47,8%) и олигосиндромных (39,4%) дебютов; редкость полисиндромных (12,8%) тяжелых, (11,8%) дебютов; преобладание легких (57,4%) дебютов, для которых характерны преимущественно быстрые темпы развития (50,0%); низкая частота встречаемости молниеносных (17,0%), постепенных (18,1%) и замедленных темпов (14,9%); преобладание длительных (42,5%) и коротких (32,2%) дебютов над дебютами средней

продолжительности (21,3%); отсутствие достоверных различий между частотой полных (45,7%) и неполных (54,3%) клинических ремиссий после дебюта; преобладание продолжительных ремиссий после дебюта (46,8%) над короткими (29,8%) и средней продолжительности (23,4%).

Сравнительная оценка клинических особенностей дебютов с разными вариантами прогноза при ВПТ представлена в табл. 4.

Особенности дебютов рассеянного склероза при первично-прогредиентном течении заболевания

Клинические особенности дебютов, характеризующие неопределенный прогноз: редкость возникновения дебютов в возрасте до 20 лет (8,0%) при отсутствии достоверных различий в развитии манифестации клинической симптоматики между группами пациентов в возрастных диапазонах 21—30 лет (28,0%), 31—40 лет (36,0%), свыше 40 лет (28,0%); тенденция к преобладанию лиц женского пола (56,0%); преобладание больных, не способных указать причину манифестных проявлений в дебютах (44,0%), в отличие от таких ФР, как инфекционный фактор (16,0%), эмоциональный стресс (20,0%), переутомление (16,0%); умеренная частота предвестников дебюта (32,0%); преобладание олигосиндромных дебютов (60,0%) над моносиндромными (24,0%) и полисиндромными (16,0%); преобладание дебютов средней степени тяжести (64,0%) над легкими (28,0%) и тяжелыми (8,0%); преобладание замедленных (44,0%) и постепенных (32,0%) темпов формирования клинической симптоматики в дебютах над молниеносными (8,0%) и быстрыми (16,0%) темпами; преоб-

Таблиця 4
Различия в структурно-функциональной организации дебютов РС с учетом текущего прогноза у больных с ВПТ РС

Показатель	Неопределенный прогноз (n = 46)	Неблагоприятный прогноз (n = 94)
Пол и возраст	Преобладают молодые женщины в возрасте от 21 до 30 лет	Возрастает число лиц женского пола в юношеском возрасте (до 20 лет); тенденция к снижению представленности больных молодого возраста (от 21 до 30 лет)
Факторы риска, предшествующие дебюту	Преобладают такие ФР, как инфекции и эмоциональный стресс	Снижается представленность инфекционного фактора и эмоционального стресса
Предвестники	Редкие	Редкие
Количество синдромов	Преобладают моно- и олигосиндромные дебюты	Преобладают моно- и олигосиндромные дебюты
Тяжесть	Преобладают легкие и средней тяжести дебюты	Преобладают легкие дебюты
Темпы	Преобладают быстрые темпы	Преобладают быстрые темпы
Длительность	Преобладают дебюты средней продолжительности	Возрастает частота длительных дебютов
Полнота ремиссии после дебюта	Преобладают полные ремиссии	Возрастает частота неполных и снижается частота полных ремиссий
Длительность ремиссии после дебюта	Отсутствуют достоверные различия в количестве больных с короткой, средней и длительной ремиссией	Преобладают длительные ремиссии; снижается частота ремиссий средней продолжительности

ладание длительных дебютов (64,0 %) над короткими (4,0 %) и средней продолжительности (12,0 %); появление группы больных с дебютами неопределенной продолжительности (16,0 %), связанной с дальнейшим прогрессированием непосредственно после дебюта; значительное преобладание больных, у которых первичное прогрессирование (ПП) следует после этапа стабилизации, наступившего вслед за дебютом (75,0 %).

Клинические особенности дебютов, характеризующие неблагоприятный прогноз: значительное преобладание больных в возрасте свыше 40 лет (48,6 %) по сравнению с возрастными подгруппами до 20 лет (11,4 %), 21—30 лет (11,4 %), 31—40 лет (28,6 %); тенденция к преобладанию лиц мужского пола (54,3 %); преобладание такого фактора, как «отсутствие видимой причины» (34,4 %) среди ФР, непосредственно предшествующих дебюту, включая инфекции (17,1 %), эмоциональный стресс (20,0 %), черепно-мозговую травму (2,8 %), переутомление (25,7 %); рост числа больных, имеющих предвестники дебюта (40,0 %); преобладание олигосиндромных дебютов (45,7 %) над моносиндромными (31,4 %) и полисиндромными (22,9 %); преобладание дебютов средней тяжести (42,8 %) над легкими и тяжелыми дебютами (по 28,6 %); значительное преобладание замедленных темпов формирования неврологической симптоматики в дебютах (94,3 %); отсутствие молниеносных и быстрых темпов; значительное преобладание дебютов неопределенной продолжительности (88,6 %), непосредственно переходящих в прогрессирование, ми-

нуя этап стабилизации; редкость продолжительных дебютов (11,4 %); отсутствие дебютов короткой и умеренной продолжительности; значительное преобладание больных, у которых ПП следует непосредственно после дебюта (87,5 %), минуя этап стабилизации.

Сравнительная оценка клинических особенностей дебютов с учетом текущего прогноза при ППТ представлена в табл. 5.

Таким образом, в рамках каждого из типов течения (РТ, ВПТ и ППТ) выделены дифференциально-диагностические различия в структурно-функциональной организации дебютов, в зависимости от текущего прогноза (соотношение полов, возраст, ФР, предшествующие дебюту, предвестники дебюта, его продолжительность, тяжесть, темпы развития, длительность и полнота ремиссий после дебюта (при РТ и ВПТ), наличие этапа стабилизации после дебюта (при ППТ).

При РТ благоприятный прогноз характеризуется преобладанием молодых женщин, редкими предвестниками и частыми инфекциями среди ФР, непосредственно предшествующими дебюту, быстрым развитием короткого моносиндромного дебюта с переходом в полную и продолжительную клиническую ремиссию. Неопределенный прогноз отличается от благоприятного значительным возрастанием частоты предвестников, преобладанием олигосиндромных дебютов средней степени тяжести и средней продолжительности, преимущественным развитием манифестной клинической симптоматики, молниеносными или быстрыми темпами с

Таблиця 5
Различия в структурно-функциональной организации дебютов РС с учетом текущего прогноза у больных с ППТ РС

Показатель	Неопределенный прогноз (n = 25)	Неблагоприятный прогноз (n = 35)
Пол и возраст	Преобладание женщин при достоверном отсутствии различий в возрастных подгруппах: 21—30 и 31—40 лет	Преобладают лица мужского пола старше 40 лет
Факторы риска, предшествующие дебюту	Преобладает ФР «отсутствие видимой причины»	Преобладает ФР «отсутствие видимой причины»
Количество синдромов	Преобладают олигосиндромные дебюты	Возрастает число больных с полисиндромными дебютами
Тяжесть	Преобладают дебюты средней тяжести	Возрастает число больных с тяжелыми дебютами
Темпы	Преобладают дебюты с постепенными и замедленными темпами	Значительно преобладают замедленные темпы
Длительность	Значительное преобладание длительных дебютов; появление группы больных с дебютами неопределенной длительности, связанной с дальнейшим непосредственным прогрессированием	Значительно возрастает число больных с неопределенной продолжительностью дебюта
Путь формирования ПП	Значительное преобладание ПП после этапа стабилизации, непосредственно следующего за дебютом	Значительное преобладание ПП непосредственно после дебюта, минуя этап стабилизации

выходом из дебюта в неполные клинические ремиссии средней продолжительности.

При ВПТ неопределенный прогноз характеризуется преобладанием молодых женщин, у которых дебютам предшествуют редкие предвестники и такие ФР, как инфекции и эмоциональный стресс, преобладает средняя по продолжительности моно- и олигосиндромная симптоматика, развивающаяся преимущественно быстрыми темпами с выходом в полные клинические ремиссии разной продолжительности. При неблагоприятном прогнозе ВПТ так же, как и при неопределенном, преобладают молодые женщины, редкие предвестники, легкие моно- и олигосиндромные дебюты, развивающиеся преимущественно быстрыми темпами. По сравнению с неопределенным при неблагоприятном прогнозе возрастает число лиц женского пола в юношеском возрасте, снижается представленность таких ФР, как инфекции и эмоциональный стресс, возрастает частота длительных дебютов и длительных неполных клинических ремиссий после дебюта.

При ППТ неопределенный прогноз характеризуется увеличением возрастного диапазона за счет лиц женского пола, преобладанием такого ФР, как «отсутствие видимой причины», предшествующего клинической манифестации, олигосиндромными длительными дебютами средней степени тяжести, развивающимися постепенными и замедленными темпами, преимущественным формированием ПП после этапа стабилизации, непосредственно следующего за дебютом. Неблагоприятный прогноз при ППТ характеризуется преобладанием лиц муж-

ского пола старше 40 лет, возрастанием числа больных с полисиндромными тяжелыми дебютами, развивающимися замедленными темпами, с неопределенной продолжительностью, обусловленной началом ПП непосредственно после дебюта, минуя этап стабилизации.

Таким образом, различия в структурно-функциональной организации дебютов при РТ и ВПТ, несмотря на ряд отличительных особенностей, не носят принципиального характера. Это свидетельствует о близости, но не об идентичности патогенетических механизмов, лежащих в основе формирования начальных этапов РС при этих типах течения. Дебют при ППТ, особенно при неблагоприятном прогнозе, в отличие от РТ и ВПТ, носит принципиально иной характер, имеющий важное дифференциально-диагностическое значение.

Выводы

Формирование клинических синдромов дебютов при РС происходит по разным вероятностным программам, в основе которых лежат патогенетические механизмы, строго детерминированные как для разных типов течения, так и для разных вариантов прогноза.

Результаты исследования представляют большой теоретический и практический интерес и нуждаются в дальнейшем изучении. Они позволяют разработать не только дифференциально-диагностические (с учетом типа течения), но и прогностические критерии для ранних этапов демиелинизирующего процесса.

Література

1. Бархатова В. П., Завалишин И. А., Байдина Е. В. Патофизиология демиелинизирующего процесса // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 7. — С. 53—58.
2. Блажей В. Ю., Дзюба А. Н. Клиника дебюта рассеянного склероза в Луганской области // Укр. мед. альманах. — 2002. — Т. 5, № 6. — С. 15—16.
3. Бриксман А. М. О клинической характеристике и диагностических критериях дебюта рассеянного склероза // Журн. невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 1984. — № 2. — С. 189—193.
4. Волошин П. В., Волошина Н. П., Негреба Т. В. и др. Современные аспекты рассеянного склероза: патогенез, особенности течения в Украине, диагностика, стандарты патогенетической терапии // Нейрон-ревю (журн. клин. нейронаук). — 2007. — № 3. — С. 4—26.
5. Гусев Е. И., Бойко А. Н. Рассеянный склероз: достижения десятилетия // Журн. неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — 2007. — № 4. — С. 4—13.
6. Гусев Е. И., Завалишин И. А., Бойко А. Н. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания. — М., 2004. — 526 с.
7. Завалишин И. А., Захарова М. Н., Пересадова А. В. и др. Прогрессирующее течение рассеянного склероза // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 2. — С. 26—31.
8. Негреба Т. В. Клиническая характеристика дебюта при разных типах течения рассеянного склероза // Укр. вісн. психоневрол. — 2003. — Т. 11, вип. 2(35). — С. 34—36.
9. Негреба Т. В. Клінічна діагностика різних типів перебігу розсіяного склерозу (збірка анкет). Авторське свідоцтво про реєстрацію права на твір № 8675 від 31.10.2003 р.
10. Негреба Т. В. Течение и прогноз современных форм рассеянного склероза // Укр. вісн. психоневрол. — 2006. — Т. 14, вип. 1 (46). — С. 44—46.
11. Рассеянный склероз: клинические аспекты и спорные вопросы / Под ред. К. Полмана, Р. Холфельда; пер. с англ. Н. А. Тотолян. — СПб.: Политехника, 2001. — 422 с.
12. Сорокин Ю. Н. Особенности дебюта и клинической картины рассеянного склероза у больных жителей Луганской области // Укр. мед. альманах. — 2010. — Т. 13, № 1. — С. 140—143.
13. Lassmann H. Mechanisms of demyelination and tissue destruction in multiple sclerosis // Clin. Neurol. Neurosurg. — 2002. — Vol. 104 (3). — P. 168—171.

Н. П. ВОЛОШИНА, В. В. ВАСИЛОВСЬКИЙ, Т. В. НЕГРЕБА, І. Л. ЛЕВЧЕНКО, Т. М. ТКАЧОВА
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

Клінічна характеристика дебютів розсіяного склерозу за різних типів перебігу з урахуванням поточного прогнозу

Мета — провести ретроспективний порівняльний аналіз структурно-функціональної організації дебютів розсіяного склерозу (РС) з урахуванням прогнозу захворювання за різних типів перебігу.

Матеріали і методи. Обстежено 280 хворих з різними варіантами поточного прогнозу (сприятливого, несприятливого, невизначеного) за різних типів перебігу: 8 — з рецидивним (РП), 140 — з вторинно-прогресивним (ВПП), 60 — з первинно-прогресивним (ППП). Ураховували клінічні показники: стать, вік початку захворювання, чинники ризику, які передують дебюту, передвісники дебюту, кількість синдромів та темпи їх формування в дебюті, тривалість і тяжкість дебюту, повноту та тривалість клінічних ремісій після дебюту (при РП і ВПП), наявність і тривалість етапу стабілізації (при ППП).

Результати. Установлено, що структура дебютів за різних варіантів прогнозу для РП і ВПП, незважаючи на низку особливостей, не має істотних відмінностей. У дебюту при ППП, особливо за несприятливого прогнозу, на відміну від РП і ВПП — принципово інший характер, що має важливе диференційно-діагностичне значення.

Висновки. Формування клінічних синдромів дебютів здійснюється за різними програмами, в основі яких лежать різні патогенетичні механізми, суворо детерміновані як для різних типів перебігу РС, так і для різних варіантів прогнозу.

Ключові слова: розсіяний склероз, типи перебігу, поточний прогноз, дебют.

N. P. VOLOSHINA, V. V. VASILOVSKY, T. V. NEGREBA, I. L. LEVCHENKO, T. N. TKACHYOVA
 SI «The Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine», Kharkiv

Clinical characteristics of the multiple sclerosis onset of different courses regarding the current prognosis

Objective — to conduct the comparative retrospective analysis of structural and functional organization of multiple sclerosis (MS) onset regarding its prognosis for different courses.

Methods and subjects. 280 MS patients with different variants of the current prognosis (favorable, unfavorable and uncertain) in different course of the disease: relapsing-remitting (RR-MS) — 80 patients, secondary progressive (SP-MS) — 140 patients, and primary progressive (PP-MS) — 60 patients were examined. The following clinical indexes were considered: sex, age at the disease beginning, risk factors preceded the disease onset, the disease onset precursors, number of the clinical syndromes and their rate of the formation in the disease beginning, duration and severity of the disease onset, fullness and duration of clinical remissions after the disease beginning (on the RR-MS and SP-MS), presence and duration of stabilization stage (on PP-MS).

Results. The results of the investigations revealed that the structure of MS onset for RR-MS and SP-MS, despite of distinguish peculiarities, had no significant differences. The beginning of PP-MS, especially for unfavorable prognosis, had principally different characteristics, which evidenced important differential- diagnostic value.

Conclusions. The clinical syndromes of MS onset develop upon different programs, based on different pathogenesis mechanisms, strictly determinated both for the different MS courses and different variants of prognosis.

Key words: multiple sclerosis, disease courses, current prognosis, beginning of disease.