

ЛОЭ, так и при однократном ЭП.

**Выводы.** Таким образом, выявление морфологических и цитохимических изменений в НГ больных с ЛОЭ указывает на их особую значимость и может выступать в качестве дифференциально-диагностического критерия эпилепсии и пароксизмальных расстройств сознания неэпилептической природы.

[vasilenko\\_anna@list.ru](mailto:vasilenko_anna@list.ru)

*С.В. Лобзин, И.И. Кула*

### **КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСИНДУЦИРОВАННОГО ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕГО ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА**

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Широкое клиническое применение высокопольной магнитно-резонансной томографии существенно улучшило распознавание демиелинизирующих заболеваний. Вместе с тем оказалось, что верификация очагов демиелинизации в веществе головного мозга далеко не во всех случаях соответствует диагнозу рассеянного склероза. В настоящее время ошибки диагностики, а, следовательно, и лечения этого заболевания встречаются в 6–34 % (до 37%) наблюдений, что подтверждается при аутопсии. Причины столь частых диагностических ошибок во многом определяются полиэтиологичностью заболевания и разнообразием его клинических проявлений.

Так, условно существуют несколько групп заболеваний, требующих дифференциации с рассеянным склерозом:

1. Заболевания, сходные с рассеянным склерозом по клиническим критериям, но имеющие четкие отличия на МРТ.
2. Заболевания, сходные с рассеянным склерозом по МРТ – критериям при несоответствии результатов клинического, ликворологического, иммунологического исследований.
3. Заболевания, сходные с рассеянным склерозом по клиническим и МРТ - признакам, но не имеющие с ним полного критериального соответствия.

Нами исследовано 15 пациентов, состояние которых соответствовало клиническим и МРТ - критериям диагностики рассеянного склероза, хотя начало заболевания и течение не соответствовало классическому варианту развития данного заболевания. Исследование цереброспинальной жидкости показало наличие белково-клеточной диссоциации или варианта нормы, а олигоклональные IgG в ликворе не были обнаружены, каппа - и лямбда - цепи иммуноглобулинов в сыворотке крови и ликворе - в норме. Все это ставило под сомнение диагноз “рассеянный склероз”. Однако с помощью метода ИФА в сыворотке крови были обнаружены антитела IgG к цитомегаловирусу и/или антигену вируса Эпштейн-Барр, показатели которых значительно превосходили верхнюю границу нормы.

Таким образом, возникло предположение о наличии у обследованных пациентов атипичного варианта течения рассеянного склероза, либо же самостоятель-

ной нозологической формы – вирусиндуцированного демиелинизирующего энцефаломиелита, требующего детального изучения и разработки критериев диагностики и патогенетической терапии.

*С.В. Лобзин, Т.В. Лалаян*

## **Н.И. ПИРОГОВ И ПРОБЛЕМА БОЛИ В НЕВРОЛОГИИ**

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Гениальный русский хирург Н.И. Пирогов был одним из пионеров отечественной и мировой анестезиологии. В 1855 г. им описан феномен формирования интенсивных жгучих болей, гиперестезии, вегетативных и трофических нарушений в конечностях у раненых после нетяжёлых повреждений. Эти расстройства он назвал «посттравматической гиперестезией». Спустя 10 лет американские хирурги (Mitchell S., Morehouse G., Keen W.) описали аналогичную клиническую картину жгучих болей, гиперпатии, трофических расстройств в поражённой конечности у солдат, пострадавших в гражданской войне в США. Эти состояния Mitchell вначале обозначил «эритромелалгией», а затем, в 1867 г., предложил термин «каузалгия». В 1900 г. Sudeck описал подобные проявления в сочетании с остеопорозом и назвал это «дистрофией». В 1947 г. O. Steinbrocker описал синдром «плечо — кисть». Таким образом, работы Н.И. Пирогова предопределили целое направление современной медицины, посвященное борьбе с болью. Идея создания противоболевых учреждений - центров лечения болевых синдромов популярна в экономически развитых странах около 40 лет. Один из первых центров боли был основан в 1960 году при Вашингтонском университете. В настоящее время только в США насчитывается около 2000 клиник или центров лечения боли. Целью работы таких медицинских подразделений является оказание медицинской помощи пациентам с различными болевыми синдромами. К таким синдромам относятся мышечно-скелетные боли в спине, суставные, головные и лицевые боли, вертеброгенные радикулопатии, туннельные невропатии, стеноз позвоночного канала, тригеминальная невралгия, постгерпетическая невралгия, комплексный регионарный болевой синдром, “хлыстовая” травма, спортивная травма и др. Для лечения больных с различными болевыми синдромами наиболее эффективен мультидисциплинарный подход. Он основан на возможности выработки лечебной тактики врачами, имеющими подготовку по различным специальностям. Внедрение этого принципа при организации центров боли было названо революцией в области здравоохранения. Противоболевые центры имеют следующие категории: А. Большие всесторонние; Б. Всесторонние; В. Синдромально - ориентированные; Д. Модальностно-ориентированные. Создание центра боли той или иной направленности обычно определяется потребностью различных слоев населения в данном виде медицинской помощи и типом медицинского учреждения (поликлиника, стационар). Большинство из этих центров являются клиниками для