

Сопоставление данных МРТ-исследования головного мозга при рассеянном склерозе и системной красной волчанке

Лисицына Ю.Н., Алифирова В.М.

Comparison of MRT-research materials of brain in multiple sclerosis and lupus erythematosus

Lisitsyna Yu.N., Alifirova V.M.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Лисицына Ю.Н., Алифирова В.М.

В ряде случаев возникают трудности при дифференциальной диагностике рассеянного склероза и аутоиммунных заболеваний. Обследовано 29 больных с системной красной волчанкой и 29 больных, страдающих рассеянным склерозом. Приведены собственные данные магнитно-резонансных исследований головного мозга у этих больных. Установлено, что наличие очагов усиления T₂-сигнала не является специфическим признаком.

It appears that sometimes it is difficult to perform differential diagnostics of multiple sclerosis and autoimmune illness. 29 patients were surveyed with lupus erythematosus and 29 patients have suffer from multiple sclerosis. Here are presented our own results of magnetic resonance imaging of the brain of these patients. It is discovered that existence of nidus of T₂ signal increase doesn't appear to be a specific sign.

Введение

Демиелинизация — это универсальный ответ центральной нервной системы на любой патологический процесс. Очевидно, что ни собственно демиелинизация, ни определение на МРТ множественных очагов поражения белого вещества не являются специфическими признаками поражения головного мозга. В этой связи изучение места демиелинизирующего процесса при многоочаговом поражении головного мозга представляется важным для определения механизмов развития болезни и разработки патогенетических методов лечения. Патогенетические механизмы развития демиелинизации до сегодняшнего дня до конца не выяснены, но не вызывает сомнений, что ведущая роль в развитии патологического процесса принадлежит аутоиммунным и другим иммунопатологическим процессам. Появление МРТ и КТ значительно упростило постановку диагноза, они позволяют

визуализировать минимальные изменения белого вещества головного и спинного мозга, которые все чаще определяются у лиц молодого возраста и не всегда сопровождаются клинической картиной. Оценка изменений осложняется тем, что небольшие очаги усиления МР-сигнала в режиме T₂ могут наблюдаться и у здоровых людей. По данным F.S. Fazekas и соавт. (1988), четкие очаги в белом веществе устанавливаются у здоровых лиц в возрасте до 50 лет в 2% случаев, до 60 лет — в 24%, до 70 лет — в 50% и во всех случаях в возрасте после 70 лет, что с большой вероятностью выступает проявлением патологии мелких сосудов. Кроме того, ряд больных, страдающих рассеянным склерозом, имеют нормальную картину МРТ головного мозга. Диагностическая точность МРТ возрастает при учете клинической картины и использовании парамагнетиков.

Чаще других клиническую картину, сходную с наиболее типичным представителем демиели-

низирующих заболеваний – рассеянным склерозом (РС), могут иметь ревматические болезни. Диагностику усложняет и тот факт, что ревматические заболевания, как и РС, чаще наблюдаются в молодом возрасте. При ревматических заболеваниях в организме образуются аутоантитела, точкой приложения которых считаются все органы и ткани организма, включая миелин. Выраженность симптоматики и количество обострений зависит от продолжительности болезни, активности волчаночного процесса и качества получаемой терапии. Чаще всего приходится проводить дифференциальную диагностику между РС и системной красной волчанкой (СКВ). Иногда СКВ может протекать с ремиссиями и эксацербациями, кроме того, она, как и рассеянный склероз, чаще встречается у молодых женщин.

Неврологические осложнения обычно возникают в течение первого года болезни, а в ряде случаев они представляют первые симптомы СКВ. Наиболее частыми признаками этого заболевания со стороны нервной системы выступают нарушения памяти и внимания, что довольно характерно и для рассеянного склероза. По данным различных авторов, психические расстройства могут наблюдаться у 60% больных. Кроме того, иногда могут поражаться черепные нервы, в частности зрительный нерв. Может иметь место сочетание неврита зрительного нерва с различными миелопатиями, что тоже может ошибочно трактоваться как рассеянный склероз. Миелопатия чаще всего является результатом ишемии спинного мозга на фоне васкулита, но может быть и результатом демиелинизации проводников спинного мозга. У большей части больных СКВ наблюдаются головные боли, астения, синдром вегетативно-сосудистой дисфункции. На ранних стадиях могут быть эпилептические припадки. Почти у каждого второго больного за время болезни возникает не менее одного эпилептического припадка. Парезы и параличи встречаются редко и могут быть полностью обратимы.

При проведении МРТ у пациентов с СКВ могут обнаруживаться очаги усиления T₂-сигнала как в сером, так и в белом веществе голов-

ного мозга, при этом у 30% больных имеют место очаги размером более 6 мм, что считается одним из диагностических МРТ-критериев, предложенных в качестве характерных для РС, а очаги в мозжечке и стволе мозга нередко отсутствуют.

Цель работы – установить параллели между данными магнитно-резонансной томографии головного мозга при заболеваниях, сопровождающихся явлениями демиелинизации.

Материал и методы

Было проведено МРТ-обследование головного мозга 29 пациентам, страдающим СКВ (19 мужчин и 20 женщин) и 29 пациентам с РС (20 мужчин и 19 женщин). Все обследования проводились в лаборатории МРТ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН (г. Томск) на аппарате «Siemens magneton — open» (мощность магнитного поля 0,2 Тл). Исследование проводилось по стандартной методике с получением T₁- и T₂-взвешенных изображений в аксиальных и сагиттальных плоскостях. У всех пациентов были обнаружены очаги изменения сигнала. Полученные данные МРТ оценивались по локализации очагов и частоте встречаемости того или иного вида очагов.

Результаты и обсуждение

У пациентов обеих групп при проведении МРТ головного мозга выявлялись гиперинтенсивные очаги в T₂-режиме. Большая часть очагов остается асимптомной. Количество, размеры и локализация очагов слабо коррелируют со степенью инвалидизации. Из таблицы видно, что и для СКВ, и для РС наиболее часто встречающейся локализацией очагов является перивентрикулярная, которая составила соответственно 44,8 и 93,1%, но при рассеянном склерозе они встречались достоверно чаще. Признаки наружной и внутренней гидроцефалии встречались соответственно в 44,8 и 24,1% при СКВ и в 55,1 и 31,0% при рассеянном склерозе. При рассеянном склерозе также наиболее значима локализация очагов демиелинизации в мозжечке и стволе мозга. Данные по количе-

Материалы 5-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии»

ственному и процентному соотношению представлены в таблице.

Локализация очагов демиелинизации при рассеянном склерозе и системной красной волчанке

Локализация	СКВ (29 человек)		РС (29 человек)	
	Абс.	%	Абс.	%
Перивентрикулярно	18	44,8	27	93,1
Ствол	11	37,9	19	65,5
Мозжечок	1	3,4	9	31,0
Кора головного мозга	2	6,8	4	13,8
Сливные очаги	1	3,4	0	0
Признаки наружной гидроцефалии	13	44,8	16	55,1
Признаки внутренней гидроцефалии	7	24,1	9	31,0

Заключение

Нейровизуализационная диагностика — высокочувствительный, но неспецифический метод. Наличие очагов той или иной локализации не является патогномичным признаком ни для РС, ни для СКВ, а требует дифференцирования с широким кругом многоочаговых поражений головного мозга. Для правильного установления диагноза необходим точный и максимально подробный сбор анамнеза, учет общепринятых критериев диагностики. Особенную осторожность следует проявлять, когда клиническая картина заболевания не противоречит рассеянному склерозу, а МРТ указывает на многоочаговое поражение головного мозга.

Литература

1. *Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2 т. / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана.* М.: Медицина, 2005. 480 с.
- 2.

3. *Бинар В.В., Позер Ч.М.* Лабораторные методы в диагностике рассеянного склероза // *Рассеянный склероз.* 2003. № 1. С. 7—14.
4. *Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П.* Васкулиты и васкулопатии. Ярославль: «Верхняя Волга», 1999. 120 с.
5. *Пизова Н.В.* Клинико-иммунологические взаимосвязи при некоторых системных ревматических заболеваниях // *Нейроиммунология.* 2003. Т. 1. № 4. С. 35—39.
6. *Пизова Н.В.* Дифференциальная диагностика рассеянного склероза и системных васкулитов // *Журн. неврологии и психиатрии.* 2004. № 10. С. 4—8.
7. *Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н.* Рассеянный склероз. М.: Медицина, 2003. 160 с.
8. *Шмидт Т.Е.* Дифференциальная диагностика рассеянного склероза // *Невролог. журн.* 2004. № 3. С. 4—10.

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Предлагаем вам подписаться на наш журнал с любого номера

В 2008 году стоимость подписки на полугодие — 1000 рублей, на год — 2000 рублей.

Как оформить подписку на журнал «Бюллетень сибирской медицины»

На почте во всех отделениях связи

Подписной индекс **46319** в каталоге агентства Роспечати «Газеты и журналы 2008, 2-е полугодие».

В редакции

- Без почтовых наценок.
- С любого месяца.
- Со своего рабочего места.

По телефону (3822) 51-57-08; факс (3822) 51-53-15.

На сайте <http://bulletin.tomsk.ru>

Если вы являетесь автором публикаций или хотите приобрести наш журнал, он будет выслан вам наложенным платежом при заполнении заявки. Стоимость приобретения одного номера 400 рублей.

Заявку на приобретение журнала нужно выслать по адресу редакции:

634050, г. Томск, пр. Ленина, 107,

Научно-медицинская библиотека Сибирского государственного медицинского университета.

Редакция журнала «Бюллетень сибирской медицины».

Тел. (8-3822) 51-57-08. E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru