

выполнение работы в обычных производственных условиях. У 2 из них трудоспособность снижали и имевшиеся экстрапирамидные расстройства.

Полностью трудоспособных среди наших больных не было: они обследовались, как правило, на поздней стадии заболевания, через много лет после его начала. Инвалидов первой группы также не было.

Ошибки при решении экспертных вопросов зависят в основном от неточной диагностики заболевания, а также от недостаточного учета темпов его прогрессирования.

Этиология, патогенез, диагностика хронической прогрессирующей спинальной амиотрофии и экспертиза трудоспособности при этом заболевании нуждаются в дальнейшем изучении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров А. Ю., Гуницкий А. Г. Тр. ЛИЭТИНа, вып. XVIII, Л., 1965.
2. Макаров А. Ю., Сачкова Л. А. Там же.
3. Маньковский Б. Н. В кн.: Руководство по неврологии, т. VII, под ред. акад. С. Н. Давиденкова, Медгиз, М., 1960.
4. Шаргородский Л. Я. Прогрессивная мышечная дистрофия. Изд-во Уз. ССР, Ташкент, 1951.
5. Hassin G., Dublin W. J. Neuropath. exp. Neurol., 1945, 4, 240—249.
6. Hufschmidt H., Schaltenbrend G., Solcher H. Dtsch. Z. Nervenheilk., 1960, 181, 4, 335—344.
7. Westphal A. Klin. Wschr., 1927, 6, 4, 198—200.

УДК 616.832—004.2

СЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В ТАССР

В. М. Сироткин и Г. А. Зиновьева

*Кафедра нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова*

на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Рассеянный склероз является одним из самых частых в ТАССР органических заболеваний нервной системы. В клинике нервных болезней с 1936 по 1963 гг. лечилось 607 больных рассеянным склерозом, что составляет 4,4% к общему числу больных, лечившихся в этой клинике в указанный период, и приближается к среднему показателю для всего Поволжья (4,28% — Н. И. Гращенко, А. Б. Роговер, М. Б. Гехт, А. М. Вейн, 1960). Крайняя неравномерность географического распространения рассеянного склероза иллюстрируется следующими цифрами (из работы тех же авторов): для Белоруссии и Прибалтики средний показатель равен 5,1%, для Закавказья — 0,49%. Причины этого, а также этиология и патогенез рассеянного склероза, который рассматривается большинством авторов как заболевание инфекционно-аллергической природы, остаются до сих пор не выясненными.

Патогномоничные клинические или лабораторные признаки рассеянного склероза не определены; диагноз основывается на своеобразном симптомокомплексе и характерном развитии болезни. Эти особенности нашли отражение в известных триадах симптомов Шарко, Марбурга и Вартенберга. Так, Шарко считал характерным и для рассеянного склероза нистагм, интенционное дрожание, скандированную речь; Марбург сформулировал свою триаду более широко: постепенное начало и медленное развитие, множественность очагов и разнообразие клинических проявлений, ремиттирующее течение. Вартенберг особое диагностическое значение придает «триаде расхождения признаков» у больных с рассеянным склерозом: относительная сохранность функции при обилии признаков очагового поражения, отсутствие многих локальных признаков при отчетливо выраженной очаговой патологии и, наконец, расхождение между тяжелым положением больного и его эйфорической манерой держаться.

По литературным данным семиологическая формула рассеянного склероза обнаруживает крайние особенности. Для практического здравоохранения имеет значение местный эталон рассеянного склероза, как он складывается по опыту работы регионарного клинического учреждения.

Мы проанализировали истории болезни 100 больных с диагнозом: рассеянный склероз, лечившихся в клинике в 1960—1963 гг. Все больные — жители Татарии, большинство (81%) — из сельских местностей. Мужчин и женщин было примерно поровну, лица молодого возраста (от 20 до 40 лет) составили 84%.

Только у 2 больных было отмечено острое начало страдания. У 79 больных первые признаки страдания появились в возрасте до 30 лет. У 81 больного течение процесса можно определить как медленно прогрессирующее с ремиссиями.

Наиболее демонстративными признаками болезни были нарушения движения в форме мышечной слабости или расстройств координации.

Паретические явления в конечностях отмечены у 73 больных, причем монопарезы руки — у 3, верхние парапарезы — у 9, монопарезы ноги — у 13 и нижние парапарезы — у 48. Только у 3 больных нижний парапарез протекал по периферическому типу с отсутствием рефлексов и гипотонией. У остальных больных центральный характер парезов подтверждается наличием проприоцептивной гиперрефлексии (коленные рефлексы повышены у 50% больных, ахилловы — у 36%, клonusы стоп отмечены у 16%, клonusы щиколотки — у 6%), а также появлением патологических рефлексов Бабинского (52%) и Россоломо (39%). Таким образом, наш материал подтверждает мнение А. Д. Маркова, оспаривавшего утверждение Гольдфламм, будто при рассеянном склерозе рефлекс Россоломо выявляется у 90% больных, то есть значительно чаще, чем рефлекс Бабинского. Вместе с тем спастика нижних конечностей наблюдалась только у 25% больных, то есть почти с той же частотой, как и гипотония (26%). Вопреки распространенному мнению, отсутствие брюшных рефлексов отмечено только у каждого четвертого больного. В нашем материале у всех 26 больных с отсутствием поверхностных брюшных рефлексов были получены живые костоумбиликальные рефлексы; Вартенберг придает этой диссоциации особое диагностическое значение.

Симптомы поражения черепномозговых нервов были обнаружены у 35 больных; в порядке убывания частоты, с какой поражения отдельных нервов были отмечены в нашей серии наблюдений, они могут быть расположены в следующем порядке: на первом месте лицевой нерв, затем тройничный, слуховой и, наконец, бульбарные нервы (IX, X, XII).

Мозжечковые нарушения были установлены у 66% больных и проявлялись в расстройстве равновесия и координации движений в конечностях. Нистагм наблюдался у 57% больных, интенционное дрожание — у 58%, скандированная речь — только у 23%. А. Д. Марков на большом материале в Белоруссии отметил скандированную речь только у 19% больных; по-видимому, этот признак менее характерен для современного рассеянного склероза, чем во времена Шарко.

Жалобы на головные боли предъявляли 34% больных, на боли в конечности — 15%, в пояснице — 7%. Различные нарушения чувствительности были обнаружены у 40% больных, в том числе болевой чувствительности — у 24%, мышечно-суставного и вибрационного чувства — у 15% (последнее определялось не у всех больных). Несмотря на то, что те или иные нарушения чувствительности отмечались лечащими врачами едва ли не у каждого второго больного, они не были грубыми, не носили отчетливо проводниковый характер и в диагностических построениях имели значение в качестве отрицательного признака. Например, нижний спастический парапарез без проводниковой анестезии или с легкими нарушениями глубокой чувствительности рассматривался как аргумент против хронического миелита за рассеянный склероз.

Изменения на глазном дне по типу неврита были констатированы у 52% больных, среди них характерное по общему мнению побледнение височных половин соска зрительного нерва — у 32%.

Тазовые нарушения оказались у 19% больных. Среди редких симптомов можно отметить астереогноз у 1 больного, эпилептические припадки — у 4%.

Таким образом, симптоматика рассеянного склероза в Татарии складывается как комбинация пирамидных и мозжечковых нарушений с невритом зрительного нерва. По аналогии с известными триадами Шарко, Вартенберга и пентадой Марбурга семиологическая формула рассеянного склероза в ТАССР могла бы быть следующей: нистагм, рефлекс Бабинского и неврит зрительного нерва; молодой возраст и прогрессирующее с ремиссиями течение.

Важность проблемы рассеянного склероза в Татарии усугубляется тем, что 75% больных рассеянным склерозом, прошедших через клинику, имели значительное ограничение трудоспособности с почти неизбежным исходом в полную инвалидность. К сожалению, терапевтические результаты пребывания этих больных в клинике оставляют желать много лучшего: из числа леченных в клинике больных состояние улучшилось у 38%, не изменилось у 60%, ухудшилось у 2%.

Несомненно, что больные с рассеянным склерозом ввиду наличия органического прогрессирующего страдания нуждаются в своевременном выявлении и диспансерном учете.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вартенберг Р. Клинические тесты в неврологии. Медгиз, М., 1961.
2. Гращенко Н. И., Роговер А. Б., Вейн А. М. Клин. мед., 1960, 9.
3. Маргулис М. С., Соловьев В. А., Шубладзе А. К. Демиелизирующие энцефаломиелиты. Медгиз, М., 1947.
4. Марков Д. А. Рассеянный склероз. В кн.: Руководство по неврологии, т. III, кн. 2, Медгиз, М., 1962.
5. Marburg O. Multiple Sclerosis. В кн.: Handbuch der Neurologie, 1913.