

Я.Ю.Попелянский

КВАЗИМИАСТЕНИЧЕСКИЕ ПРЕСИНАПТИКО-ПОЛИНЕВРОПАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (о некоторых элементах классификации полиневропатий)

Всероссийский центр вертеброэврологии при Казанском государственном медицинском университете

Классификация ВОЗ полирадикулоневропатий и полирадикулоневритов основана на критериях этиологических (генетические и приобретенные) и морфологических (аксоно- и миелопатии). По длинею нерва выделяют поражения радикулярные (субарахноидальные и перидуральные), ганглиорадикулярные, фуникулозные, плексусные и собственно невральные. Последние (невриты и невропатии) обычно не классифицируются по длине, т. е. по признаку преимущественного поражения проксимальных или дистальных отделов нерва. Вне внимания составителей классификации поэтому оказалась группа заболеваний, характеризующихся поражением самых дистальных участков нерва, увенчанных пресинаптической мембраной. Она анатомически и функционально (по крайней мере с позиций клинических) должна рассматриваться как часть мышцы. Другими словами, неизбежно схематизируя, можно считать, что заболевания с вовлечением постсинаптической мембраны — заболевания мышечные; с вовлечением нервных терминалей с их пресинаптическими мембранами — это невропатии или невриты. С учетом такой парадигмы мы в 1972 г. отнесли ботулинические поражения к полиневропатиям [5], а в 1982 г. в руководстве для врачей [6] включили их в раздел заболеваний периферической нервной системы. Позже было показано, что ботулинический токсин может вызвать полиневропатию типа синдрома Гийена—Барре [9].

Сама идея выделения группы "асинапсий" не нова. Термин ввел в литературу Н.И.Гращенко [3]. Термин "асинапсия", или "синаптопатия", видимо, более приемлем для обозначения заболеваний гуморальной, медиаторной системы. Поражения же самих нервных стволов (включая их окончания, терминали) нет надобности отделять от невропатий.

Квасимиастенические проявления — общая, но отнюдь не основная черта данной группы. В отличие от миастении и других заболеваний мышц с вовлечением постсинаптических мембран терминальные невропатии проявляются нарушениями инициальной силы и трофики мышц, проприоцептивных рефлексов. Это не нарушение рецепции ацетилхо-

лина, и антихолинэстеразные препараты лечебного действия не оказывают. Уменьшено не количество медиатора в каждом кванте, а их число. Скорость проведения нервного импульса по дистальным отделам волокон уменьшена. Отмечаются отличия и в электро-стимулируемой миастенической реакции, снижена и инициальная амплитуда потенциалов действия.

По имеющимся в настоящее время данным, к квазимиастеническим терминальным полиневропатиям относятся следующие формы: 1) терминальные миастенические полиневропатии Перельмана; 2) ботулинические полиневропатии; 3) полиневропатии Миллера—Финнера; 4) паранеопластические миастеноподобные полиневропатии Ламберта—Итона.

1. *Терминальная миастеноподобная миастеническая полиневропатия* [2, 4]. Она выделена авторами из группы "миастенических" синдромов, так как утомляемость пораженных мышц (вначале глазодвигательных, а затем — дистальных отделов конечностей) сочетается с их гипотрофией, гипотонией, гипорефлексией, снижением скорости проведения импульсов по дистальным отделам нервных стволов, снижением инициальной амплитуды потенциалов действия, а прозерин в лечении неэффективен. Изменения в мышцах — денервационные.

2. *Ботулиническая невропатия*. Ввиду того, что данное миастеноподобное заболевание (в отличие от первого) — не наследственное, не прогрессирующее, а регрессирующее экзогенное, мышечные атрофии не успевают развиваться. Зона же воздействия токсина та же — окончания нервных стволов, нарушение механизма высвобождения ацетилхолина в пресинаптической мембране (с самого начала в соматических и парасимпатических III, VIII и IX—X черепных, а затем в шейных нервах и нервах конечностей). Прозерин неэффективен.

3. *Острый аллергический миастеноподобный энцефалополиневрит* Миллера—Финнера. Он близок к синдрому Гийена—Барре, но сочетается с мозжечковыми нарушениями. Характерна триада: офтальмоплегия, арефлексия, атаксия. Заболевание было описано вна-

*Запоздалое классифицирование данной группы произошло потому, что она изучалась больше в связи с миастенией и миологией, а не с пресинаптической невралной патологией. Так, например, в книге И.Гаусмановой-Петрусевич [18] в подразделе "Атрофическая форма миастении" приводится описание — судя по всему — терминальной невропатии как иллюстрации одной из форм миастении.

чале J. Collier в 1932 г. [7], а затем в развернутой форме — M. Fischer в 1956 г. [11]. Кроме сенсомоторной полиневропатии возникают признаки поражения вегетативных нервов и ганглиев и нередко, как и при ботулинической полиневропатии, — значительная арефлексия, запор и атония мочевого пузыря, ортостатическая гипотензия, уменьшение пото, слезо и слюновыделения.

4. *Паранеопластическая миастеноподобная полиневропатия Ламберта—Итона* описана в 1956 г. [10]. Характеризуется утомляемостью мышц конечностей, реже — туловища у больных раком легких, реже — других органов. Картина невропатии не всегда полная. Утомляемость больше не в дистальных, а в проксимальных отделах, сухожильные рефлексы снижены, бывают парестезии.

Весьма характерна ЭМГ картина: при стимуляции 2 Гц амплитуда потенциалов слегка увеличивается, как и при миастении, но начальные вызванные потенциалы меньше нормы. Основная же ЭМГ особенность — феномен вратывания: при увеличении частоты стимуляции больше 10 Гц амплитуда нарастает.

Сюда не относится подострый перитерминальный вариант невропатий у больных злокачественными опухолями — паранеопластический, возникающий чаще при мелкоклеточном раке легкого. Для него не характерен миастеноподобный синдром, и проявляется он или как подострая сенсорная (дистальные парестезии, боли, сензитивная атаксия), или как моторная невропатия, нередко в сочетании с лимбическим или стволовым энцефалитом. Это качественно другая — не тер-

минально миастеноподобная полиневропатия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гехт В.М. Клиническая ИЭМГ характеристика синдромом патологической мышечной утомляемости // Журн. невропатол. и психиатр.—1989.—Т.79, № 11—С.1503—1510.
2. Гехт В.М., Никитин С.С., Санадзе А.Г., Самойлов И.И. Терминальная невропатия // Журн. невропатол. и психиатр.—1993.—Т.83, № 11.—С.1611—1624.
3. Гращенков Н.И. Межнервные аппараты связи.—Минск, 1948.
4. Перельман А.Б., Амазова Е.Г., Касаткина Л.Ф., Коломенская Е.А., Поздрачева А.В. // Журн. невропатол. и психиатр.—1979.—Т.79, № 11.—С.1503—1511.
5. Попелянский Я.Ю. К диагностике нервно мышечных (медиаторных) парезов при ботулизме // Алкоголизм и некоторые другие интоксикационные заболевания.—Ташкент: Медицина, 1972.—С.224—227.
6. Попелянский Я.Ю. Заболевания периферической нервной системы // Болезни нервной системы. Руководство для врачей.—М.: Медицина, 1982.
7. Collier J. Peripheral neuritis // Edin. Med. J.—1932.—Vol.3. (Series 34).—P.671—688.
8. Hausmananjwa-Petrusewicz I. (Гаусманова Петрусевич И). Мышечные заболевания.—Варшава, 1971.
9. Ketz E., Sonnabend W.O., Hungerbiller H.J. Guillain Barre Syndrom bei Clostridium Botulinum // Metabolische und entzündliche Polineuropathien. Berlin.—1984.—S.180—185.
10. Lambert E., Eaton L., Rooker E. Detect of neuromuscular condition associated with malignant neoplasm // Am. J. Physiol.—1956.—Vol.87.—P.612—613.
11. Fischer M. An unusual variant of acute idiopathic polyneuritis // New Engl. Med.—1996.—Vol.235.—P.57—62.

Поступила 30.11.95.

УДК 616.711—018.3—002+616.833.24—002

Р.А.Алмунбаев

“ОСТЕОХОНДРОЗ” ИЛИ “РАДИКУЛИТ”?
(опыт подхода к терминологической дилемме)

Кафедры неврологии, ЛФК, ВК и рефлексотерапии (зав. — проф. Э.И.БОГДАНОВ)
Казанского государственного медицинского университета

Искушенного читателя может удивить такая постановка вопроса — уже минимум как четверть века властвует над отечественными неврологическими, а также имеющими иную профессиональную ориентацию умами парадигма остеохондроза. Магия ее оказалась столь велика, что раздающиеся порой голоса, с призывом отдать остеохондроз на откуп ортопедической отрасли, оказываются неуслышанными невропатологами — специалистами, традиционно занимающимися патоло-

гией, именовавшейся прежде ишиасом, затем радикулитом, а ныне — остеохондрозом.

Терминологическая конверсия, конечно же, не повлияла на клиническое содержание заболевания, проявляющегося болями в области позвоночника и конечности, реактивными вертебральными деформациями, собственно вертебральными и другими нарушениями, но обнажила фундаментальный аспект, относящийся к пониманию нозологической сути рассматриваемых расстройств.

От редколлегии. Статья печатается в порядке дискуссии, так как отражает собственные взгляды автора на проблему.