



<https://doi.org/10.34883/PI.2023.13.4.046>



Рушкевич Ю.Н., Семенова А.И.✉, Гвищ Т.Г., Ключник С.Г., Лихачев С.А.
Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии,
Минск, Беларусь

Цервикальная миелопатия – заболевание, имитирующее боковой амиотрофический склероз

Конфликт интересов: не заявлен.

Информированное согласие: авторы имеют подписанное информированное согласие пациента на опубликование его данных в медицинском издании.

Подана: 13.11.2023

Принята: 11.12.2023

Контакты: a.semenowa11@mail.ru

Резюме

Цервикальная миелопатия может иметь типичные симптомы бокового амиотрофического склероза с развитием гипотрофий, фасцикуляций, пирамидной недостаточности. Синдром бокового амиотрофического склероза в картине цервикальной миелопатии отличается относительно благоприятным течением и прогнозом.

Ключевые слова: цервикальная миелопатия, боковой амиотрофический склероз

Rushkevich Yu., Semenova A.✉, Hvishch T., Kliunchyk S., Likhachev S.
Republican Research and Clinical Center of Neurology and Neurosurgery, Minsk, Belarus

Cervical Myelopathy is a Disease Simulating Amyotrophic Lateral Sclerosis

Conflict of interest: nothing to declare.

Informed consent: the authors have a signed informed consent of the patient to publish his data in a medical publication.

Submitted: 13.11.2023

Accepted: 11.12.2023

Contacts: a.semenowa11@mail.ru

Abstract

Cervical myelopathy may have typical symptoms of amyotrophic lateral sclerosis, hypotrophy and, fasciculations, pyramidal insufficiency. Amyotrophic lateral sclerosis syndrome in the picture of cervical myelopathy is characterized by a favorable course and prognosis

Keywords: cervical myelopathy, amyotrophic lateral sclerosis

■ ВВЕДЕНИЕ

Болезнь двигательного нейрона – диагноз, равносильный врачебному приговору. Диагностика данной патологии не всегда проста, так как существуют заболевания, в клинических проявлениях которых может наблюдаться синдром бокового амиотрофического склероза. Следовательно, важнейшей задачей врачей-неврологов является дифференциальная диагностика болезни двигательного нейрона от синдрома бокового амиотрофического склероза и уточнение этиологии последнего.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент А., 73 года, пенсионер, госпитализирован в РНПЦ неврологии и нейрохирургии с жалобами на слабость в руках, боль в области шейного отдела позвоночника и правого плечевого сустава.

Со слов пациента, вышеперечисленные жалобы появились постепенно и беспокоят около 6 месяцев. Находился на лечении в областной клинической больнице в августе 2023 г. с диагнозом «болезнь моторного нейрона, шейно-грудной дебют». Направлен в РНПЦ неврологии и нейрохирургии для уточнения диагноза.

Неврологический статус: сознание ясное, ориентирован верно. Черепные нервы без патологии. Сила в конечностях – 5 б. Диффузная гипотония. Намечена гипотрофия первого межпальцевого промежутка справа. При осмотре – фасцикуляции в мышцах плечевого пояса. Глубокие рефлексы с верхних конечностей равновеликие, оживлены, с нижних конечностей – равновеликие, средней живости. Патологических знаков нет. Менингеальных знаков нет. Нарушений чувствительности не выявлено. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Движения в шейном отделе позвоночника умеренно болезненны, ограничены во все стороны. Визуальная аналоговая шкала – 5 б. Шея укорочена (рис. 1). Ограничены в объеме и болезненны движения в правом плечевом суставе. Болезненна пальпация параартикулярных тканей правого плечевого сустава. Умеренная гипотрофия плечевого пояса справа. Выражен грудной кифоз. При ходьбе поза согбенная.

При МРТ-исследовании шейного отдела позвоночника на уровне C1–Th1: МРТ-признаки выраженных дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника – остеохондроз, спондилоартроз, спондилез, выпячивания/протрузия межпозвоночных дисков с признаками дегенеративного стеноза позвоночного канала на уровне C4–5, признаки миелопатии на уровне C4–C5.

ЭНМГ: имеются снижение амплитуды М-ответов с пр., *Deltoidaeus*, пр., *Biceps brachii* (нельзя исключить заинтересованность переднероговых структур на шейном уровне), а также умеренные изменения периферических нервов нижних конечностей аксонального характера.

УЗИ мышц: исследованы мышцы шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Определяются единичные фасцикуляции правого и левого бедра. Редкие фасцикуляции мышц правой голени, обеих рук. Умеренные фасцикуляции мышц левой голени.

Rtg шейного отдела позвоночника + функциональные снимки: 1. Дистрофические изменения шейного отдела позвоночника с нестабильностью сегмента C4 (ретролистез на 6 мм при сгибании). 2. Остеоартроз 2-й степени правого акромиально-ключичного сочленения и правого плечевого сустава.

Биохимический анализ крови: креатинкиназа (общая) – 59,9 ед/л.



Рис. 1. Пациент А.
Fig. 1. Patient A.



Рис. 2. МРТ шейного отдела позвоночника, сагиттальная проекция, режим STIRPROPPROPELLER. В спинном мозге на уровне C4–5 определяется участок гиперинтенсивного сигнала (участок миелопатии)
Fig. 2. MRI of the cervical spine sagittal projection, stir PROPELLER. In the spinal cord at the C4–5 level, a section of the hyperintensive signal is determined (myelopathy site)

Консультирован травматологом ГУ «РНПЦ травматологии и ортопедии». Рекомендовано: хирургическое лечение из заднего доступа – задняя декомпрессия спинного мозга – на уровне C4–C5.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования выставлен диагноз: вертеброгенная (остеохондроз, спондилоартроз, спондилез, дегенеративный стеноз позвоночного канала

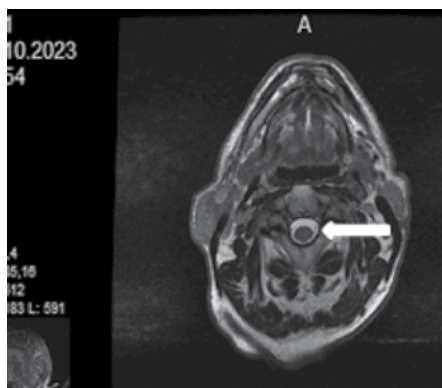


Рис. 3. МРТ шейного отдела позвоночника (аксиальная проекция), стрелкой указан позвоночный канал на уровне C2–3
Fig. 3. MRI of the cervical spine (axial projection) the arrow indicates the spinal canal at the C2–C3 level

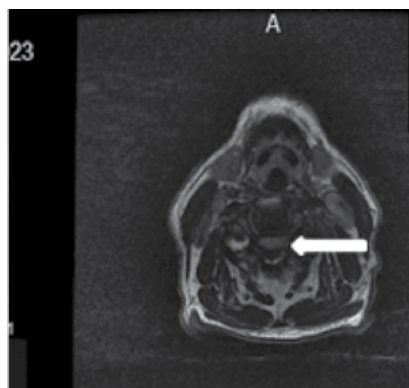


Рис. 4. МРТ шейного отдела позвоночника (аксиальная проекция), стрелкой указан позвоночный канал на уровне C4–5
Fig. 4. MRI of the cervical spine (axial projection) the arrow indicates the spinal canal at the C4–C5 level

на уровне C4–C5) цервикальная миелопатия на уровне C4–C5 с пирамидной недостаточностью в руках, умеренно выраженным болевым синдромом. Плечелопаточный периапартроз справа.

В нашем случае дифференциальный диагноз проводился с объемными образованиями на шейном уровне, сирингомиелией (особенно ее переднероговой формой), болезнью двигательного нейрона, спинальными мышечными атрофиями.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перед установлением диагноза «болезнь двигательного нейрона» необходимо исключение всех причин, которые могут имитировать симптомы бокового амиотрофического склероза. Поэтому проведение клинко-инструментальных исследований (МРТ шейного отдела позвоночника, ЭНМГ, УЗИ мышц, биохимический анализ крови) обязательно для всех пациентов с синдромом бокового амиотрофического склероза.