

Азаренко А.О.

**«КРАСНЫЕ ФЛАЖКИ» В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА:
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Научный руководитель: ст. преп. Благодичная К.В.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. У пациентов молодого возраста с острой, впервые внезапно возникшей болью в нижних конечностях и нормальными результатами МРТ поясничного отдела позвоночника сохраняется высокий риск диагностической ошибки, что приводит к задержке верификации уровня поражения и развитию серьезных осложнений. Рассеянный склероз (РС) иногда дебютирует с неспецифических симптомов, имитирующих вертеброгенную патологию.

Цель: на примере клинического случая продемонстрировать значение своевременной оценки «красных флажков» (молодой возраст, впервые возникший, неспровоцированный физической нагрузкой, не стихающий в покое болевой синдром с признаками центрального поражения в неврологическом статусе, тазовыми нарушениями при отсутствии патологии на магнитно-резонансной томографии (МРТ) поясничного отдела и электромиографии (ЭНМГ), без эффекта на приём нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) болевого синдрома.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии». Письменное информированное согласие на участие у пациентки получено. Дизайн исследования: описание клинического случая.

Результаты и их обсуждение. Пациентка Я., 25 лет, с жалобами на остро впервые возникшую боль в правом бедре, не стихающую в покое, практически без эффекта на приём НПВС. Провокаторы в виде физической нагрузки, подъём тяжести отрицает. Через день присоединились чувствительные нарушения в стопах, постепенно приобретающие восходящий характер. На амбулаторном этапе было рекомендовано МРТ поясничного отдела и ЭНМГ, не выявившие патологии. Спустя неделю развилась задержка мочеиспускания и дефекации, затем – параплегия с сегментарным уровнем нарушения чувствительности по типу «полубрюк», дистальная гиперестезия стоп. Несмотря на молодой возраст, отсутствие травмы, прогрессирующий характер симптомов и изменений в неврологическом статусе по центральному типу МРТ грудного отдела позвоночника было выполнено только на стационарном этапе, где описаны МР-признаки поперечного миелита с накоплением контрастного вещества и рекомендовано МРТ головного мозга, где обнаружены МР-признаки демиелинизирующего процесса без признаков активности. Таким образом, выявлено разное накопление контраста (соответственно степени активности) в грудном отделе и в головном мозге. С целью большей убедительности в отношении диагноза «РС» использовали технологии искусственного интеллекта по идентификации и 3D-визуализации очагов демиелинизации при помощи программы «Brain Snitch». Для проведения дифференциального диагноза произведено исследование антител к аквапорину 4, антител к антигену миелина, вирусологическое и бактериологическое исследование ликвора – норма. Для достоверной верификации диагноза пациентке рекомендовано выполнение олигоклональных антител, оптической когерентной томографии, при возможности – нейрофиламентов сыворотки крови.

Выводы. Клинический случай демонстрирует как тщательный сбор анамнеза и неврологический осмотр с исключением пирамидных знаков, оценкой типа и уровня нарушения чувствительности и тазовых функций, являются решающими для выявления признаков центрального поражения. При обнаружении «тревожных» знаков необходимо проведение дальнейшего дообследования для верификации диагноза и назначения адресного лечения.