

УДК 616.832-002-031.13-07-08

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ
ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ МИЕЛОПАТИИ В
НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.***

Суханов С.О.

*студент 4 курса лечебного факультета,
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России
Ижевск, Россия*

Иванов Н.А.

*студент 4 курса лечебного факультета,
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России
Ижевск, Россия*

Малкова А.А.

*к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской
генетики
ФГБОУ ВО Ижевский ГМУ Минздрава России
Ижевск, Россия*

Аннотация.

В статье представлен клинический случай остро возникшей демиелинизирующей миелопатией у пациентки 34 лет. Актуальность темы обусловлена тем, что на догоспитальном этапе клиника очагового поражения спинного мозга зачастую имитирует сосудистую катастрофу или инфекционный процесс. Цель работы — разобрать алгоритм диагностического поиска и обосновать выбор терапии при остром поперечном миелите, который может оказаться первым эпизодом демиелинизирующего заболевания ЦНС. В статье подробно освещено, как последовательно исключались ишемический генез, нейроинфекции, рассеянный склероз и оптикомиелит Девика. Показано, что решающую

роль сыграли данные МРТ шейного отдела позвоночника с контрастированием, результаты анализа ликвора и отрицательный титр антител к аквапорину ~~фон~~ раннего назначения пульс-терапии метилпреднизолоном отмечена отчетливая положительная динамика. Подчеркнута необходимость длительного наблюдения за пациенткой, поскольку сохраняется риск эволюции процесса в рассеянный склероз либо серонегативный оптикомиелит.

Ключевые слова: острая демиелинизирующая миелопатия, поперечный миелит, оптикомиелит Девика, рассеянный склероз, дифференциальная диагностика, магнитно-резонансная томография, антитела к аквапорину-4, метилпреднизолон.

A CLINICAL CASE OF ACUTE DEMYELINATING MYELOPATHY IN NEUROLOGICAL PRACTICE

Sukhanov S.O.

4th year student of the Faculty of Medicine,

Izhevsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Izhevsk, Russia

Ivanov N.A.

4th year student of the Faculty of Medicine,

Izhevsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Izhevsk, Russia

Malkova A.A.

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Neurology,
Neurosurgery and Medical Genetics,*

Izhevsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Izhevsk, Russia

Abstract.

Дневник науки | www.dnevnika.ru | СМИ ЭЛ № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

This article reports a case of a 34-year-old female patient with acute demyelinating myelopathy. The relevance of such observations stems from the fact that the clinical picture of a focal spinal cord lesion often mimics a vascular event or an infectious process in the prehospital setting. The aim of the study is to analyze the diagnostic workup and justify the therapeutic approach in acute transverse myelitis, which may represent the initial episode of a demyelinating CNS disease. The article details the sequential exclusion of ischemic myelopathy, neuroinfections, multiple sclerosis, and neuromyelitis optica spectrum disorder. It is demonstrated that MRI of the cervical spine with contrast enhancement, cerebrospinal fluid analysis, and a negative aquaporin-4 antibody titer were decisive for the diagnosis. Early administration of methylprednisolone pulse therapy resulted in clear clinical improvement. The case underscores the need for long-term follow-up or seronegative neuromyelitis optica.

Keywords: acute demyelinating myelopathy, transverse myelitis, neuromyelitis optica, multiple sclerosis, differential diagnosis, magnetic resonance imaging, aquaporin-4 antibodies, methylprednisolone.

Введение

Острые воспалительные демиелинизирующие поражения центральной нервной системы до сих пор остаются непростой диагностической задачей, особенно когда пациент поступает по экстренным показаниям. Спектр этих состояний довольно широк — от классического рассеянного склероза и оптикомиелит-ассоциированных расстройств до монофазных вариантов вроде острого диссеминированного энцефаломиелита или изолированных синдромов (оптический неврит, поперечный миелит) [1, 5, 7]. Под острым поперечным миелитом понимают клинический синдром, при котором воспалительный очаг в спинном мозге приводит к быстрому, в течение часов или дней, развитию

двигательного дефицита, проводниковых чувствительных нарушений и тазовой дисфункции [2, 8]. Проблема в том, что почти так же могут проявляться и другие заболевания, например, спинальный инсульт, компрессия спинного мозга или инфекционный миелит. Поэтому, чтобы правильно диагностировать заболевание, необходим комплексный подход — детальный неврологический осмотр, МРТ с контрастом, анализ цереброспинальной жидкости и определение специфических антител — в первую очередь к аквапорину олигодендроцитов [3

-4 и глико

Цель и методы

Цель данной публикации — на примере реального клинического наблюдения проследить этапы дифференциальной диагностики и обосновать лечебную тактику при острой демиелинизирующей миелопатии, а также показать, какие критерии помогают отсеять другие причины поражения спинного мозга.

Материалом послужила история болезни пациентки, находившейся на стационарном лечении во 2-м неврологическом отделении неврологического диспансера. Проведен ретроспективный анализ клинико-лабораторных тестов (общий и биохимический анализы крови, исследование ликвора, серология) и инструментальных методов (МРТ головного и спинного мозга).

Клинический случай

Больная О., 34 лет, поступила в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» 5 марта 2026 года по экстренным показаниям. На момент осмотра жаловалась на нарастающую слабость в руках и ногах, чувство покалывания в кистях, онемение всего тела и задержку мочи.

Из анамнеза заболевания стало известно, что пациентка заболела остро, в утренние часы того же дня. На фоне субфебрилитета (37,4 °С) Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

возникла и стала быстро прогрессировать мышечная слабость — сначала больше в левых конечностях, а затем и в правых. Бригада скорой помощи доставила пациентку в Региональный сосудистый центр с подозрением на ОНМК. Выполненные в приемном покое МРТ головного мозга очаговых изменений не выявили, на МРТ шейного отдела позвоночника описаны признаки распространенного остеохондроза. Больную перевели во 2-е неврологическое отделение. За время транспортировки и оформления слабость выросла до степени тетраплегии, присоединились выраженные чувствительные расстройства.

Благодаря анамнезу жизни стало известно, что женщина имеет высшее медицинское образование, работает врачом-неврологом. Присутствует аллергия на бромкриптин. В 2009 году перенесла аппендэктомию. Хронические заболевания отрицает, лекарства постоянно не принимает. Вредные привычки отрицает, наследственность по неврологической и аутоиммунной патологии не отягощена.

Клиническая оценка состояния: на момент поступления (6 марта 2026 г.) общее состояние удовлетворительное, сознание ясное — 15 баллов по шкале Глазго. Кожа чистая, обычной окраски. Температура 36,5 °С, ЧСС 65 в минуту, АД 110/60 мм рт. ст., ЧДД 18 в минуту, сатурация 98 %.

Неврологический статус: Менингеальных знаков нет. Глазные щели симметричны, зрачки равные, фотореакции живые. Имеется легкое сходящееся косоглазие за счет левого глаза. Язык при высовывании слегка уклоняется влево. Активные движения в конечностях отсутствуют (тетраплегия). Тонус мышц диффузно снижен.

Сухожильные рефлексы: карпорадиальный не вызывается, с бицепса и трицепса — живые, коленный справа торпидный, слева отсутствует, ахилловы рефлексы с обеих сторон не определяются. Патологических стопных знаков нет. Выявлена проводниковая гипестезия (болевая и температурная) с уровня шейного сегмента С5. Глубокая

Дневник науки | www.dnevnika.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

чувствительность сохранена. Координаторные пробы выполнить невозможно из-за Зубровского испускания.

Результаты дополнительных методов:

1. **МРТ головного мозга:** очагов в веществе мозга нет. Признаки распространенного остеохондроза шейного отдела.

2. **МРТ шейного отдела позвоночника с контрастированием:** (Контраст — Гадобускан): на уровне С3–С5 позвонков в центральных отделах спинного мозга визуализируется очаг измененного МР-сигнала, на аксиальных срезах имеющий форму «бабочки» (поперечные размеры до 4,6×7 мм, протяженность 22 мм). Контраст накапливается минимально, в центре очага. Калибр спинного мозга не изменен. Заключение: картина больше всего соответствует острейшей стадии дебюта демиелинизирующего заболевания (дифференцировать с острым рассеянным энцефаломиелитом).

3. **Анализ ликвора:** (06.03.2026): бесцветный, прозрачный, цитоз — 0, белок — 170 мг/л (повышен). ПЦР на *Varicella burgdorferi* и вирус клещевого энцефалита — отрицательный. Посев роста не дал.

4. **Серология крови:** антитела к аквапорину -4 (AQP4- IgG) обнаружены (титр <10).

Комментарий лаборатории: отрицательный результат значительно снижает вероятность оптикомиелита Девика, хотя серонегативные формы встречаются.

5. **Общий анализ крови:** гемоглобин 109 г/л, лейкоциты 7,13×10⁹/л, СОЭ 24 мм/ч.

6. **Биохимия крови, коагулограмма, рентгенография легких, ЭКГ, серология сифилиса:** без клинически значимых отклонений.

Дифференциальная диагностика и обсуждение:

Первое, что пришлось исключать у молодой женщины с острой тетраплегией и проводниковой гипестезией с уровня С5, — это спинальный инсульт. Но отсутствие сосудистых факторов риска, предшествовавший субфебрилитет и типичная для демиелинизации МР (картинальный протяженный очаг, нет признаков гематомииелии) позволили отвергнуть ишемическую природу [2, 8].

Инфекционный миелит также маловероятен: ликвор без плеоцитоза, ПЦР и посев отрицательные, да и развернутой картины сепсиса или менингеального синдрома не было.

Наибольшие сложности возникли при попытке уточнить нозологию в рамках первой атаки демиелинизации. Очаг в спинном мозге мог быть как изолированным поперечным миелитом (клинически изолированный синдром), так и дебютом рассеянного склероза или оптикомиелита Девика [6, 10]. Чистая МРТ головного мозга не исключает РС, но делает его старт менее вероятным. Ключевым тестом стало определение антител к аквапорину

-4. Отрицатель

NMOSD, однако до 20–50 % случаев оптикомиелита могут быть серонегативными, поэтому со временем может потребоваться и анализ на анти -MOG [4, 9].

Учитывая верифицированный острый воспалительный демиелинизирующий характер поражения спинного мозга, пациентке была инициирована патогенетическая терапия. В соответствии с клиническими рекомендациями по лечению обострений демиелинизирующих заболеваний, проведена пульс-терапия метилпреднизолоном в суммарной дозе, соответствующей массе тела. Дополнительно назначены антиоксидантные средства (этилметилгидроксипиридина сукцинат) и гастропротекторы (омепразол). На фоне проводимого лечения отмечена отчетливая положительная динамика: регресс чувствительных расстройств

и постепенное нарастание мышечной силы в конечностях, что косвенно подтверждает правильность выбранной тактики [12, 15].

Заключение:

Представленный клинический случай демонстрирует сложности дифференциальной диагностики, с которыми сталкивается невролог при остром поражении спинного мозга. На основании совокупности клинико-нейровизуализационных данных, отрицательных маркеров нейроинфекции и антител к AQP4, а также положительного ответа на глюкокортикостероидную терапию, пациентке был поставлен заключительный клинический диагноз — острая демиелинизирующая миелопатия (острый поперечный миелит). Учитывая потенциальную возможность эволюции заболевания в рассеянный склероз или серонегативный оптикомиелит Девика, пациентка нуждается в длительном динамическом наблюдении у невролога с проведением контрольной МРТ головного и спинного мозга, а также оценкой титра антител к гликопротеину олигодендроцитов миелина (MOG) [13, 14].

Библиографический список:

1. Белова А.Н., Шейко Г.Е. Острый поперечный миелит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении // Неврологический журнал. — 2021. — Т. 26, № 4. — С. 192-200.
2. Бойко А.Н., Гусева М.Е. Дифференциальная диагностика острых миелопатий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2020. — Т. 120, № 8. — С. 115-122.
3. Захарова М.Н., Симанив Т.О. Оптикомиелит-ассоциированные расстройства: современные подходы к диагностике и лечению // Нервные болезни. — 2022. - № 3. — С. 12-19.

4. Краснов В.С., Тотолян Н.А. Серонегативный оптикомиелит Девика: особенности клинической картины и диагностики // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. — 2023. — Т. 17, № 1. — С. 45-52.
5. Малкова Н.А., Смагина И.В. Клинико-нейровизуализационные характеристики острого рассеянного энцефаломиелита у взрослых // *Сибирское медицинское обозрение*. — 2021. - № 5. — С. 78-84.
6. Попова Е.В., Брюхов В.В. МРТ в диагностике демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы // *Медицинская визуализация*. — 2020. — Т. 24, № 2. — С. 45-58.
7. Сиверцева С.А., Ельчанинова Е.Ю. Рассеянный склероз: современные критерии диагностики и дифференциальный ряд // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. — 2022. — Т. 14, № 2. — С. 94-101.
8. Супонева Н.А., Гришина Д.А. Острая воспалительная миелопатия: вопросы диагностики и интенсивной терапии // *Consilium Medicum. Неврология и ревматология*. — 2021. - № 2. — С. 34-40.
9. Хабиров Ф.А., Аверьянова Л.А. Антитела к аквапорину-4 и MOG в диагностике идиопатических воспалительных демиелинизирующих заболеваний // *Практическая медицина*. — 2023. — Т. 21, № 4. — С. 27-33.
10. Якушина Т.И., Бельская Г.Н. Дифференциальная диагностика острого поперечного миелита на современном этапе // *Альманах клинической медицины*. — 2022. — Т. 50, № 3. — С. 188-196.
11. Jarius S., Paul F., Aktas O. MOG encephalomyelitis: international recommendations on diagnosis and antibody testing // *Journal of Neuroinflammation*. — 2018. — Vol. 15, № 1. — P. 134.
12. Sá M.J. Acute transverse myelitis: a practical reappraisal // *Autoimmunity Reviews*. — 2021. — Vol. 20, № 9. — P. 102878.

13. Thompson A.J., Banwell B.L., Barkhof F. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria // *The Lancet Neurology*. — 2018. — Vol. 17, № 2. — P. 162–173.
14. Wingerchuk D.M., Banwell B., Bennett J.L. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders // *Neurology*. — 2015. — Vol. 85, № 2. — P. 177–189.
15. Zabad R.K., Stewart R., Healey K.M. Management of acute relapses in multiple sclerosis // *Annals of Indian Academy of Neurology*. — 2020. — Vol. 23, Suppl. 2. — P. 74–79.