

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ БИНСВАНГЕРА

Абдукадирова Д.Т

магистр 3го курса

Умарова М.Б.

Кафедра Неврологии, А.Г.М.И

Сосудистые заболевания постоянно упоминаются как вторая по значимости причина деменции. Тем не менее, ни их распространенность, ни определяющие клинические, рентгенологические или гистопатологические особенности не установлены. Большая часть разногласий связана с неоднородностью сосудистых деменций. Таким образом, недавние обзоры сосудистой деменции подчеркивают необходимость проведения различия между различными сосудистыми деменциями и разработки конкретных клинических, рентгенологических и патологических критериев для каждого типа. Болезнь Бинсвангера (ББ), разновидность сосудистой деменции, в течение многих лет считалась относительно редкое заболевание, диагностируемое только при вскрытии. Однако чувствительность магнитно-резонансной томографии (МРТ) к патологии подкоркового белого вещества возродила интерес к этому заболеванию и повысила возможность его посмертной диагностики. К сожалению, типичные радиологические поражения при ББ обычно наблюдаются как у пожилых слабоумных, так и у неслабоумных пациентов. Кроме того, не все поражения, визуализируемые с помощью МРТ, имеют сосудистую основу". На самом деле, около 30% пациентов с клинически типичной болезнью Альцгеймера (БА) имеют подобные поражения". Для врачей, проводящих обследование слабоумных пациентов, споры, связанные с радиологическими отклонениями, ставят клиническую дилемму о том, как диагностировать слабоумных пациентов с поражениями белого вещества на компьютерной томографии (КТ) или МРТ. Очевидно, что у многих из этих пациентов нет ББ. Решение этой дилеммы требует стандартизированных критериев клинической диагностики болезни Бинсвангера.

Цель. Рентгенологические критерии для диагноза ББ требует двустороннего лейкоареоза на компьютерной томографии или двусторонних, множественных или диффузных подкорковых поражений с высоким T2-взвешенным сигналом, превышающих 2x2 мм на МРТ. Чтобы отделить ББ от других типов сосудистой деменции, рентгенологическая диагностика ББ также требует отсутствия крупных или множественных поражений коры головного мозга, которые могут способствовать развитию деменции у пациента.

Предлагаемые клинические и анамнестические особенности БД, которые должны сопровождать деменцию, и соответствующее МРТ- или КТ-исследование

основаны на обзоре патологически верифицированных случаев ББ в литературе на английском и французском языках.

Три класса результатов определяют ББ.

К ним относятся:

- А) сосудистый фактор риска или признаки системного сосудистого заболевания;
- Б) признаки очагового цереброваскулярного заболевания;
- В) признаки "подкорковой" церебральной дисфункции.

Мы исключили сообщения о смешанном, смешанной сосудистой деменции и несосудистых демиелинизирующих синдромах, а также о случаях с очень атипичным анамнезом, односторонним поражением, отсутствием клинических данных или недостаточными клиническими доказательствами от слабоумия. Из 62 оставшихся патологически верифицированных случаев ББ 41 (66%) соответствовали всем трем клиническим критериям, а у 59 (95%) были по крайней мере два из трех клинических результатов. Поэтому мы предполагаем, что два из трех клинических результатов, описанных выше, необходимы для постановки диагноза ББ.

В этой статье мы сообщаем о результатах двух оценок валидности этих диагностических критериев. В первом исследовании чувствительность критерии оценивались путем ретроспективного применения их к серии из 30 патологически диагностированных случаев деменции различной этиологии. Во втором исследовании специфичность критериев оценивалась путем их проспективного применения к серии из 184 пациентов с клинически типичным ББ.

МЕТОД

1. Пациенты без клинических признаков деменции, полного неврологического обследования и компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии были исключены, осталось 30 случаев.

Клинические, рентгенологические и патологоанатомические данные были занесены в стандартизированный бланк. Патологическими критериями для постановки диагноза ББ были те, которые были изложены Ольшевским. Должны были быть диффузные участки демиелинизации, щадящие подкорковые U-волокна, артериосклероз проникающих кровеносных сосудов и небольшие инфаркты в подкорковом белом или сером веществе. Несмотря на спорность, дополнительный подкорковый глиоз был вспомогательным, но не необходимым для постановки диагноза. При наличии других отклонений от нормы случаи были классифицируются как смешанный (например, смешанный)

2. Выборка состояла из 795 пациентов. Оценки включали стандартный сбор истории болезни, неврологическое обследование, нейропсихологическое тестирование и стандартные лабораторные процедуры. Для отбора из этой серии требовался диагноз типичного БА, технически удовлетворительных результатов МРТ и модифицированный показатель ишемии менее трех баллов; 184 пациента соответствовали этим критериям. То МРТ-сканирование проводилось на аппарате

Technicare 0-5 Сверхпроводящий сканер Tesla в RPSLMC. Обследования включали взвешенные по T1 саггитальные и аксиальные захваты и взвешенные по T2 мультиспиральные многоэхогенные саггитальные и аксиальные захваты. Все МРТ были оценены по количеству и локализации аномалий. Затем предложенные диагностические критерии были применены к этим 184 пациентам. Чтобы оценить возрастающую валидность МРТ, случаи были классифицированы как с критерием МРТ, так и без него.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. У четырех пациентов был патологический диагноз ББ, и все четверо соответствовали критерию ББ. Один из двух пациентов со смешанным ББ и БА соответствовали критериям. У двух пациентов были МИД, у одного из которых также была сопутствующая БА. Оба соответствовали клиническим критериям Бб, но не рентгенологическим критериям из-за множественных поражений коры головного мозга при сканировании. У двенадцати пациентов была БА, только один из которых соответствовал критериям. Из пяти случаев болезни Крейтцфельда-Якоба болезнь, один из которых соответствовал критериям. Ни один из оставшихся случаев, включая пациентов с болезнью Пика, таламическим глиозом, болезнью Паркинсона с деменцией и двух пациентов без патологического диагноза, не соответствовал критериям. Совпадение между клиническим и патологическим диагнозами было значительным (точный критерий Фишера, $p=0,0008$, двухвалентный).

2. Из 184 пациентов с диагнозом БА 32 (17,4%) соответствовали по крайней мере двум из трех клинических критериев. Однако только трое из этих пациентов также соответствовали рентгенологическим критериям. Следовательно, только 1,6% (3/184) из них пациенты с клинически типичным БА соответствовали предложенным критериям. У четырех из этих 184 пациентов, БА была подтверждена патологически. Нарушения походки и недержание мочи являются распространенными симптомами у пациентов с тяжелой формой слабоумия. Поэтому мы сравнили тяжесть деменции у тех, кто соответствовал клиническим критериям, и у тех, кто не соответствовал им. У первого было среднее мини-психическое состояние (МПС) обследование составило 11-5 (5,9); у последнего среднее значение (SD) MMS составило 14-2 (8,3). Хотя эта тенденция не является статистически значимой ($t(1,182) = 1,57$, $p = 0,057$), она предполагает осторожность при применении этих критериев к сильно сумасшедшие пациенты.

ВЫВОД

Руководствуясь отчетами о патологически подтвержденных случаях, мы разработали четкую диагностическую схему для посмертной диагностики ББ, основанную на исторической, клинической и рентгенологической информации. Диагнозы, основанные на этих критериях, были близки к патологическим диагнозам в ретроспективной серии из 30 пациентов. Применение критериев к серии из 184 пациентов с клинически типичным БА привело к небольшому количеству

диагностических ошибок (16%). Мы предполагаем, что эти критерии могут быть полезны в клинических исследованиях деменции. Действительно, различия нарушения памяти и аффективные расстройства могут быть продемонстрированы у пациентов с БА и у тех, кто соответствует нашим критериям.

Однако мы признаем, что необходимы проспективные клинико-патологические исследования как для верификации, так и для уточнения этой схемы.

ЛИТЕРАТУРА:

1 Томлинсон Б., Блаженный Г., Рот М. Наблюдения за мозгом слабоумных стариков. *J Neurol Sci* 205-42.

2 Шенберг Б.С., Кокмен Э., Оказаки Х. Болезнь Альцгеймера и другие сопутствующие заболевания в определенной популяции Соединенных Штатов: показатели заболеваемости и клинические особенности. *Энн Neurol*; 22:724-9.

3 бруста JCM. Сосудистая деменция гипердиагностируется. *Арка Neurol*; 45: 799-801.

4 Шейнберг П. Деменция, обусловленная сосудистыми заболеваниями - многофакторное расстройство. *Инсульт*; 19:1291-9.