

Ответ на письмо в редакцию

Мы благодарны авторам письма за интерес к нашей работе, основной целью которой было представить сложное клиническое наблюдение. Ни у кого не вызывает сомнений и возражений необходимость дополнительных исследований при изолированном поперечном миелите, а именно определение антител к аквапорину 4 и маркеров системных болезней.

В обсуждаемом случае отмечалось острое развитие поражения нервной системы на нескольких уровнях за короткий промежуток времени при отсутствии клинических признаков системного аутоиммунного заболевания, что позволяет ограничить диагностический поиск.

Многоуровневое поражение нервной системы было доказано наличием миелита по данным магнитно-резонансной томографии, признаками вовлечения периферических нервов по результатам нейрофизиологического обследования (снижение амплитуды М-ответов мышц стопы, регистрация спонтанной активности в мышцах при электромиографическом исследовании (ЭМГ)). Полученные данные ЭМГ невозможно объяснить очаговым поражением спинного мозга на шейном и грудном уровнях, что однозначно указывает на наличие сопутствующей моторной аксональной полинейропатии.

В статье четко указано, что у пациентки было «снижение поверхностной и глубокой чувствительности в ногах и туловище до уровня ThX», что говорит о проводниковом типе нарушения чувствительности при отсутствии вовлечения периферических сенсорных волокон — потенциал действия нерва в подобных случаях всегда будет нормальным, что и доказано в данном случае.

Вызывает недоумение, каким образом «сохранность S-ответов», по мнению авторов письма, позволяет рассматривать возможность поражения тонких немиелинизированных волокон и быть причиной нейропатической боли.

Нормальные потенциалы действия нервов при ЭМГ-исследовании сенсорных волокон ног при жалобах на нарушение чувствительности подтверждают сохранность сенсорных миелинизированных волокон, что соответствовало клинической картине.

Основываясь только на собственном опыте, авторы письма выражают «удивление относительно полного выздоровления пациентки с предполагаемой острой моторной аксональной нейропатией», при том что в зарубежной литературе описано достаточное число случаев полного восстановления [1–3].

Число описаний наблюдений перекрестных синдромов Гийена–Барре (СГБ) с поперечным миелитом в мировой литературе не является казуистикой, кроме того информированность и настороженность

зарубежных специалистов относительно их существования позволили описать комбинацию не только СГБ с поперечным миелитом, но и СГБ, поперечным миелитом и миозитом [4].

В ссылках на использованную литературу мы оставляем за собой право выбирать те статьи, которые считаем информативными в свете представленного изложения. Нет никакой смысловой нагрузки в том, что в цитируемой статье К.В. Carman и соавт. [5] в заголовке указано на комбинацию поперечного миелита и СГБ, ассоциированного с *Bartonella henselae* (инфекционный возбудитель болезни кошачьей царапины). Последнее обстоятельство, а именно возможность ассоциации СГБ с *Bartonella henselae*, лишь расширяет спектр возможных иницирующих агентов, как это известно для *Campylobacter Jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae* и др.

Замечание, что в цитируемых работах также не определяли титр антител к аквапорино 4 и антител, ассоциированных с системными васкулитами, мы вынуждены оставить без ответа, так как оно должно быть адресовано авторам упомянутых статей [5, 6], но при этом обращаем внимание на то, что отсутствие анализа не вызывает сомнения в диагнозе в связи с типичностью клинической картины.

Представленные в работе F. Graus и соавт. [7] критерии диагностики стволового энцефалита Бикерстаффа (СЭБ) противоречат критериям, разработанным в 2014 г. рабочей группой по классификации СГБ [8]. При этом F. Graus и соавт. не отрицают предложенную классификацию, согласно которой СЭБ может проявляться лишь острой атаксической гиперсомноленцией. Это не позволяет отрицать СЭБ в структуре перекрестного синдрома в представленном наблюдении.

Авторы письма ставят вопрос о необходимости дифференциального диагноза не с классическим оптикомиелитом, а с так называемым оптикомиелит-ассоциированным расстройством (ОМ-АР) при отсутствии признаков поражения зрительного нерва, наличии бульбарных нарушений и гиперсомноленции. Однако диагностированная аксональная моторная полинейропатия является одним из основных дифференциально-диагностических критериев в представленном наблюдении. Говоря о возможности сочетания поражения центральной и периферической нервных систем при ОМ-АР, авторы письма ссылаются на работу J. Naп и соавт. [9]. Однако внимательное прочтение указанной статьи не позволяет обнаружить в тексте сведений, на которые сделан упор: J. Naп и соавт. рассматривают поражение периферических нервов как один из возможных механизмов зуда. В отечественной и зарубежной литературе мы не смогли найти клинических примеров полинейропатии двигательных нервов при ОМ-АР.

Таким образом, диагноз СГБ в представленном наблюдении является обоснованным, что подтверждается положительным ответом на патогенетическую терапию внутривенным иммуноглобулином. Рассматриваемый случай охватывает период наблюдения 9 мес.

Несмотря на то что данные по анамнезу на день нашего ответа составляют 2,5 года, мы не включаем их в аргументы при обсуждении, но информируем всех интересующихся о том, что сегодня пациентка не

предъявляет жалоб и по данным дополнительных обследований не имеет изменений, характерных для оптикомиелита.

Коллектив авторов статьи «Стволовой энцефалит Бикерстаффа, острый поперечный миелит и острая моторная аксональная нейропатия: сложности диагностики и лечения пациентов с перекрестными синдромами. Клиническое наблюдение»

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Triggs W.J., Cros D., Gominak S.C. et al. Motor nerve inexcitability in Guillain-Barré syndrome. The spectrum of distal conduction block and axonal degeneration. Brain 1992;115(Pt5): 1291–302. DOI: 10.1093/brain/115.5.1291. PMID: 1422789.
2. Uncini A. Guillain-Barré syndrome: what have we learnt during one century? A personal historical perspective. Rev Neurol (Paris) 2016;172(10):632–64. DOI: 10.1016/j.neurol.2016.08.006. PMID: 27659900.
3. Uncini A., Manzoli C., Notturmo F., Capasso M. Pitfalls in electrodiagnosis of Guillain-Barré syndrome subtypes. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010;81:1157e1163. DOI: 10.1136/jnnp.2010. PMID: 20870864.
4. Topcu Y., Bayram E., Karaoglu P. et al. Coexistence of myositis, transverse myelitis, and Guillain-Barré syndrome following Mycoplasma pneumonia infection in an adolescent. J Pediatr Neurosci 2013;8(1):59–63. DOI: 10.4103/1817-1745. PMID: 23772249.
5. Carman K.B., Yimenicioglu S., Ekici A. et al. Co-existence of acute transverse myelitis and Guillain-Barré syndrome associated with Bartonella henselae infection. Paediatr Int Child Health 2013;33(3):190–2. DOI: 10.1179/2046905512Y.00000000044. PMID: 23930734.
6. Oliveira L.M., Cury R.G., Castro L.H., Nitrini R. Concomitant transverse myelitis and acute axonal sensory-motor neuropathy in an elderly patient. Case Reports Immunol 2017;2017:7289474. DOI: 10.1155/2017/7289474. PMID: 28785494.
7. Graus F., Titulaer M.J., Balu R. et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. Lancet Neurol 2016;15(4):391–404. DOI: 10.1016/S1474-4422(15)00401-9. PMID: 26906964.
8. Wakerley B.R., Uncini A., Yuki N., GBS Classification Group. Guillain-Barré and Miller Fisher syndromes – new diagnostic classification. Nat Rev Neurol 2014;10(9):537–44. DOI: 10.1038/nrneurol.2014.138. PMID: 25072194.
9. Han J., Yang M., Zhu J., Jin T. Complexity and wide range of neuromyelitis optica spectrum disorders: more than typical manifestations. Neuropsychiatr Dis Treat 2017;13:2653–60. DOI: 10.2147/NDT.S147360. PMID: 29118581.

Уважаемые читатели!

В статье А.Ф. Муртазиной и соавт. «Стволовой энцефалит Бикерстаффа, острый поперечный миелит и острая моторная аксональная нейропатия: сложности диагностики и лечения пациентов с перекрестными синдромами. Клиническое наблюдение», опубликованной в журнале «Нервно-мышечные болезни» № 3 (2017) на с. 59 вместо: «На 43-и сутки болезни начата терапия рекомбинантным иммуноглобулином в дозе 2 г/кг массы тела в сутки внутривенно капельно в течение 5 дней» следует читать: «На 43-и сутки болезни начата терапия рекомбинантным иммуноглобулином в дозе 2 г/кг массы тела на курс внутривенно капельно в течение 5 дней».

Авторы приносят извинения за допущенную опечатку.