ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

Тамбиева Ф.И., Шевченко П.П., Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: potoshka282@gmail.com

Актуальность

До недавнего времени рассеянный склероз считался заболеванием взрослых. Установлено, что за последние десятилетия все чаще фиксируются случаи РС у детей; более того, за последние годы заболеваемость данной патологии значительно выросла во всем мире и, в частности, в нашей стране.

Цель: проанализировать особенности дебюта рассеянного склероза у детей.

Результаты исследования

В связи с тем, что в детском возрасте РС обычно начинается моносимптомно, диагностика значительно затруднена. После длительной атаки наступает длительная ремиссия, поэтому диагноз ставится, в большинстве случаев, ретроспективно, когда возникает обострение многоочагового поражения нервной системы. Среди факторов риска РС у детей особое внимание уделяется структурным изменениям в белом веществе головного мозга, которые обнаруживаются у новорожденных с гипоксической энцефалопатией [6]. К шестимесячному возрасту титры антителл приближаются у большинства здоровых детей к границе нормы взрослых, в то же время, у 12% детей к 2-3 годам выявляются титры антителл к галактоцереброзидам, в 2 раза превышающие нормальные показатели взрослых [7]. Показано, что уровень выработки антител к глутаматным рецепторам так же является возрастозависимым. У части детей длительно сохраняются высокие титры данных антител. Необходимо подчеркнуть, что повышенные титры антител к галактоцереброзидам, содержащимся в миелиновых мембранах и миелинпродуцирующих клетках, и к глутаматным рецепторам, активирующим выработку нейтротрансмиттера окиси азота, обладающей прямым токсическим действием на олигодендроциты, создают предпосылки для развития демиелинизирующего процесса в ЦНС. Дебют РС в возрасте до 10 лет в дальнейшем предполагает более благоприятное течение заболевания, тогда как начало проявлении в 12-14 лет характеризуется тяжелым течением с частыми обострениями [8].

Вывод

Вопрос о прогнозе РС, который дебютирует в детском возрасте, до настоящего времени остается нерешенным. В литературе имеются данные, как о доброкачественном, так и о злокачественном течении РС у детей. Учитывая сложность клинической диагностики РС в детском возрасте, только комплексный подход с использованием современных методов обследования позволяет проводить раннюю диагностику, адекватное лечение, обеспечить соблюдение режима, необходимого для пациента с данным заболеванием, чтобы предупредить прогрессирование процесса и ухудшение состояния больных.

Список литературы

1. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в Ставропольском крае: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.

2. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // Успехи современного естествознания. – 2014. – С. 123-124.

3. Karpov S.M., Pazhigova Z.B., Karpova E.N. Visual evoked potentials in examining the visual analyzer in patients with multiple sclerosis // Neurology, Neurolopsychiatry, Psychosomatics. – 2014. – № 3. – С. 27-31.

4. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – С. 78-82.

5. Бурнус Н.И., Карпов С.М., Шевченко П.П. Нейротрансмиттеры в патогенезе рассеянного склероза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – С. 20-21.

6. Евтушенко С.К. и соавт. 1998; Ruggieri et al., 1999. – URL: http://med-books.info

7. Кузенкова Л.М. Рассеянный склероз у детей и подростков: материалы XII конгресса педиатров России. – URL: http://health-ua.com

8. Бембеева Р.Ц., Пилия С.В., Волкова Э.Ю., Нанкина И. Рассеянный склероз у детей. – URL: http://www.lvrach.ru

СИРИНГОМИЕЛИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Тамбиева М.А., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: missprincess09@mail.ru

Актуальность

Сирингомиелия – хроническое заболевание нервной системы, характеризующееся образованием полостей в спинном мозге, выполненных серозной жидкостью, в некоторых случаях переходящее на продолговатый мозг. В России Заболевание редкое, и встречается у 10 человек на 100 тыс. населения. Замечено, что чаще болеют мужчины после 30-35 лет. Несмотря на длительный период изучения сирингомиелии этиопатогенез до конца не изучен. Установлено, что патология чаще всего встречается в средней полосе России, где миграция населения резко снижена. В Ставропольском крае данная патология встречается редко (2-3 случая за год).

Цель: рассмотреть современные методы диагностики и лечения сирингомиелии.

Результаты исследования

1. Диагностика проводится на основании:

- Анализа жалоб и анамнеза заболевания;
- Неврологического осмотра:

а) оценка чувствительности (наличие зон отсутствия или снижения чувствительности, болей);

б) оценка мышечного тонуса;

- инструментальных методов исследования:

а) ЭНМГ (электронейромиография): с помощью этого метода выявляются признаки поражения спинного мозга, нарушение проведения нервных импульсов;

б) МРТ спинного мозга с сосудистой программой: позволяет послойно изучить строение спинного мозга, определить наличие расширения центрального канала спинного мозга, наличие вокруг него полостей.

2. Терапия на сегодняшний день носит симптоматический характер.

Медикаментозная терапия: витаминотерапия (группа В, А, D, Е, К); препараты, улучшающие питание нервной ткани (ноотропы); дегидратирующие средства (диакарб, фуросемид), нейропротекторов (глютаминовая кислота, актовегин, пироцетам), для купирования болевого синдрома анальгетики (анальгин, пирамидон) и ганглиоблокаторы (пахикарпин), иглорефлексотерапия: улучшение восстановления тканей человека путем рефлекторного раздражения специальных точек на коже тоненькими иглами по специальной схеме; массаж; лечебная физкультура; необходимость беречь кожу от ожогов и обморожений, а также травм.

Рентгенотерапия: применяется в качестве патогенетической терапии, которая уменьшает или снимает боли и парестезии (чувство ползания мурашек), сужает границы расстройства чувствительности, благотворно влияет на проводниковые чувствительные нарушения и вегетативные расстройства. Рентгенотерапия основана на том, что рентгеновские лучи задерживают разрастание глиальных элементов и тем самым прогрессирование процесса. Однако не все случаи сирингомиелии подлежат такому лечению. Благоприят-

ный эффект рентгенотерапия дает лишь в начальных стадиях заболевания. В далеко зашедших стадиях заболевания, приведшего к глубоким и необратимым структурным изменениям тканей, рентгенотерапия мало эффективна. В последние годы для лечения сирингомиелии применяют радиоактивный фосфор Рз2, обладающий бета-излучением, и радиоактивный йод Ii3i, который обладает бета- и гамма-излучением. Терапевтическое действие радиоактивного фосфора и радиоактивного йода основано на повышенной чувствительности к излучению быстро растущих глиальных элементов. Поэтому, накапливаясь в последних, радиоактивный фосфор и радиоактивный йод своим излучением вызывают задержку их роста или разрушение.

Наиболее эффективным в плане лечения данной патологии является **Хирургическое лечение**, которое обсуждается при выраженном нарастающем неврологическом дефиците, в виде центрального пареза ног и периферического пареза рук. Осуществляется рассечение центрального канала спинного мозга и проводится дренирование, при этом цереброспинальная жидкость, обеспечивает питание и обмен веществ в головном мозге. Эффективность операций высока: в большинстве случаев прогрессирование заболевания прекращается, а в некоторых случаях неврологические нарушения уменьшаются. При посттравматической или постинфекционной сирингомиелии устанавливают шунт между полостью и субарахноидальным пространством. При сирингомиелии, обусловленной интрамедуллярной опухолью, показано удаление опухоли: декомпрессия полости вызывает лишь временное улучшение. При мозжечковом вклинении показана декомпрессия задней черепной ямки.

Вывод

Следует отметить, что в развитии современных методов лечения и диагностики сирингомиелии большое значение придается хирургическому лечению и медикаментозной терапии. Оба метода приемлемы в лечении сирингомиелии.

Список литературы

1. Аникандров А.Б. Динамика неврологических симптомов и вопросы ранней диагностики сирингомиелии: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Казань: Магариф, 1999. – 108 с.

2. Ахадов Т.А., Белов С.А., Кравцов А.К., Панов В.О. МР-томография в диагностике сирингомиелии // II Междунар. конгресс вертеброневрологов: сборник научных статей. – Казань, 1992. – С. 14.

3. Борисова Н.А. Клиника и патогенез сирингомиелии // Сирингомиелия. – Уфа, 1978. – С. 10-30.

4. Ворсан Б.И. Клинико-морфологические соотношения при сирингомиелии: магнитно-резонансно-томографическое исследование: дис. … канд. мед. наук. – М., 1993. –230 с.

5. Менделевич Е.Г., Богданов Э.И. Современные представления о патогенезе сирингомиелии // Неврологический вестник. – 2000. – №1-2. – С. 76-79.

6. Яхно Н.Н., Вавилов С.Б., Ворсан Б.И. Клинико-МРТ исследование при сирингомиелии // Pan European Society of Neurology. Hofburg. – Viena, 1991. – P. 72.

7. Ball M., Peiris A. Chiari (type 1) malformation and syringomyelia in a patient with Noonan's syndrome // J Neurol Neurosurg Psychiatry. – 1982. – V. 45. – P. 753-754.

8. Barnett H., Foster F., Hudson D. Syringomyelia. – London: W. Saunders Co., 1973. – Ed. 4. – P. 73-84.

9. Heiss J.D., Patronas N., Devroom H. et al. Elucidating the pathophysiology of syringomyelia // J Neurosurg. – 1999. – V. 91. – P. 553-562.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПЕНДИМОМОЙ КОНСКОГО ХВОСТА В ТЕЧЕНИЕ ПЯТНАДЦАТИ ЛЕТ

Чаблина Е.И.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: ekaterinach2010@yandex.ru

Опухолевый процесс обнаруживается во всех возрастных группах населения как у мужчин, так и у женщин; он регистрируется практически во всех тканях и органах, хотя локализация опухолей в разных странах мира неодинаковая. В США наиболее часто встречается рак легкого, в Японии – рак желудка, а в Египте – мочевого пузыря, во Вьетнаме – слизистой оболочки полости рта и носоглотки, в России – рак легкого и молочной железы.

Эпендимома – опухоль центральной нервной системы, которая развивается из клеток эпендимы желудочков мозга и центрального канала спинного мозга. Встречается как у детей (ежегодно выявляют 2,2 новых случая на 1 миллион населения), так и у взрослых (1,5–1,6 новых случаев).

70% эпендимом у детей развивается в IV желудочке, 20% – в боковых желудочках и 10% – в области конского хвоста. Средний возраст возникновения опухоли в указанных областях составляет соответственно 2-13 лет. Эпендимиома конского хвоста очень редко встречающееся у взрослых заболевание. У взрослых чаще располагаются в спинном мозге и боковых желудочках, нарушая циркуляцию ликвора.

В пример, пациент К., 41 год, считает себя больным с 1997 г., когда появилась боль в пояснице с иррадиацией в обе ноги. В течение 1,5 лет находился на лечении у невролога по месту жительства. В 1998 г. самообращение к нейрохирургам ККБ г. Ставрополя. Был госпитализирован на обследование в нейрохирургическое отделение, после чего в ноябре был оперирован по поводу опухоли конского хвоста. С декабря 1998 г. по февраль 1999 г. проведен послеоперационный курс лучевой терапии, подведена доза 60 гр. В 2001 г. был госпитализирован в неврологическое отделение по месту жительства с жалобами на практически постоянную боль в проекции тазобедренных суставов, сильнее слева; на онемение в промежности, на затрудненное мочеиспускание, хронические запоры. КТ показало, что продолжения роста опухоли не выявлено. Проведен курс консервативной терапии – нитроксолин, анальгетики, антиоксиланты, антигипоксанты; и физиолечения – электростимуляция мочевого пузыря, массаж нижних конечностей, ЛФК. В течении трех лет наблюдался у невролога по месту жительства. Отмечает ухудшение в 2004г. в связи с чем госпитализирован в неврологическое отделение ЦРБ. При поступлении жаловался на слабость в конечностях, боль в поясничной области, нарушение функций тазовых органов, задержка мочеиспускания, запоры. КТ показало, что продолжения роста опухоли не выявлено. Было проведено лечение в объеме сосудистой терапии, витаминотерапии, ЛФК, физиолечение, массаж конечностей. В течение шести лет роста опухоли не выявлено, наблюдался у невролога по месту жительства. Прогрессирование отмечается в 2010г., когда в апреле появилась слабость в левой ноге, постепенно нарастала, спотыкался, неустойчивость при ходьбе онемение, которые постепенно усиливались. Спустя два месяца обратился к нейрохирургам ККБ г. Ставрополя. МРТ исследование показало рост эпендиомы, рекомендация на оперативное лечение. Спустя четыре месяца был госпитализирован (в ряде семейных обстоятельств), где были выявлены множественные метастазы спинного мозга на уровне Th2-4, Th7-9, Th12-L2, в начале была выполнена шейная ламэктомия, удаление опухоли Th2-4, через 10 дней удаление опухоли Th7-9 – ламэктомия. Послеоперационный период протекал без особенностей. Проведен послеоперационный курс лучевой терапии на аппарате «ЛУЭ 6 МЭВ» в апреле – мае 2011года. Облучению были подвергнуты участки опухоли на участках Th3-5 и Th7-9 грудного отдела спинного мозга, подведена доза 60 Гр. На контроль-