

ный сдвиг в сторону более частого поражения мальчиков (с 56 до 64,4%), с другой, – снижение преимущественной частоты выявляемости этой эмбриональной опухоли на дошкольный возраст – с 29,8 до 55,9%. Следует подчеркнуть, что тенденция «омоложения» и заметного снижения среднего возраста детей с медуллобластомами – с 8 лет 2 мес. как у мальчиков, так и у девочек в первой серии наблюдений до 6 лет 10 мес. у мальчиков и до 5 лет 9 мес у девочек во второй группе больных мы склонны расценивать как «условное нарастание злокачественности», но уже в популяционном отношении.

Выпадает из общего контекста рассуждений лишь одна разновидность глиом задней черепной ямы, а именно – эпендимомы IV желудочка. В первой группе из 20 опухолей 11 были отнесены к типичным и 9 – к дифференцируемым (анапластическим), а во второй группе из 25 эпендимом – соответственно 19 и 6, т.е. злокачественные варианты были диагностированы в последнем случае существенно реже – в 24 по сравнению с 45% в более ранних исследованиях.

Что касается глиом супратенториальной локализации, то и здесь, казалось бы, наблюдается такая же картина. При почти полном совпадении двух основных клинических параметров сравниваемых групп – соотношение по полу (35 мальчиков, 32 девочки в 60-е годы и 40 мальчиков, 41 девочка – в 90-е годы) и возрасту (дети дошкольного возраста составили 22,4 в первой и 23,5% во второй серия больных) – отмечается некоторое нарастание числа доброкачественных глиом – 47,8 и 54,3% соответственно. Однако при детальном анализе структуры атипичных вариантов выявляется качественный сдвиг в сторону большего озлокачествления: если в первой группе детей из 35 атипичных форм лишь 7 (20%) приходились на глиобластомы, то во второй группе из 37 опухолей – уже 14 (37,8%).

Таким образом, сравнительный анализ наиболее частых нейроэпителиальных опухолей головного мозга у детей позволяет утверждать, что в той или иной мере выраженная тенденция к нарастанию злокачественности как в количественном, так и в качественном отношении наблюдается практически во всех подгруппах опухолей, независимо от гистологической структуры и локализации за исключением лишь эпендимом IV желудочка. Указанную особенность, по-видимому, следует рассматривать как одно из ведущих проявлений патоморфоза нейроонкологической патологии детского возраста.

А.В. Сулимов, О.П. Ковтун

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА БОЛЬНЫМИ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ

Уральская государственная медицинская академия,
Городская детская многопрофильная больница №9

Эпилепсия – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в неврологии и психиатрии, с распространенностью 5-10 на 1 000 населения. По результатам многочисленных исследований, у детей заболевание выявляется значительно чаще, чем у взрослых. Около 70% всех форм эпилепсии начинается в детском возрасте.

Таким образом, эпилепсию можно считать детским заболеванием, а учитывая полиморфизм заболевания, за рубежом используется более точное определение – эпилепсия детского возраста. Несколько более высокими являются показатели распространенности эпилепсии среди групп населения с низким уровнем жизни. Эти демографические особенности должны учитываться системами здравоохранения.

Достаточно широко принята точка зрения: чем младше возраст к моменту появления припадков, тем более выражена наследственная предрасположенность. По мере созревания мозга ребенка эти формы эволюционируют в другие, клиническая картина часто представляется полиморфными припадками. Дебют заболевания наступит неожиданно для больного и его окружения в любом возрасте, даже при наличии факторов поражения центральной нервной системы в ранние периоды жизни, только повторные приступы являются основанием для установления диагноза эпилепсии.

При сборе анамнеза выявляются особенности жизни как самого больного, так и его родственников, так называемые факторы риска по развитию заболевания. Изучение течения эпилепсии у детей позволяет более подробно, чем у взрослых, выяснить течение и вид припадков, динамику развития заболевания. Среди выявляемых состояний, предшествующих появлению эпилептических пароксизмов, особо делается акцент на присутствии заболеваний «эпилептического круга» – аффективно-респираторные припадки, обмороки, снохождение, брюшные колики и др.

В ряде работ (В.Т. Миридонов, 1988,1989,1994) выделены два варианта развития эпилепсии у детей. Первый характеризуется началом заболевания с появления эпилептического припадков, второй вариант предполагает приход эпилептических припадков на смену неэпилептическим пароксизмам. По наблюдению авторов, традиционному варианту соответствует две трети наблюдений и одна треть – развитию заболевания по «второму» типу. Отмечая роль наследственных факторов в появлении эпилептических припадков, акцентируется, что при анализе состояния здоровья родственников у больных с различными вариантами развития заболевания у 1/3 выявлены указания на пароксизмальные состояния как в первой, так и во второй группе.

Данная точка зрения до настоящего времени постоянно является поводом для дискуссий, так как ряд авторов отрицают само понятие «предэпилепсия».

Эпилепсия длится в среднем около 10 лет, хотя у многих период активных приступов существенно короче (менее 2 лет у более 50%). Значительное число (20-30%) пациентов страдает эпилепсией всю жизнь. Характер приступов обычно определяется в начальной стадии их возникновения, и это, наряду с другими прогностическими факторами, дает возможность обеспечивать достаточно высокую точность предсказания исхода заболевания в пределах нескольких лет после его начала. В то же время допустима трансформация припадков у детей по мере «созревания» головного мозга, с уменьшением, в процессе роста, склонности к генерализации. Это затрагивает, в первую очередь, генерализованные тонико-клонические припадки, их дифференцирование на первично- и вторично-генерализованные может быть проведено после длительного наблюдения за больными. В данных клини-

ческих случаях значимое место занимают нейрофизиологические и интраскопические методы исследования.

Из нейрофизиологических методов ведущее место занимает электроэнцефалография (ЭЭГ). ЭЭГ позволяет не только дифференцировать форму припадка, установить локализацию эпилептического очага, но также осуществлять эффективность лекарственной терапии и режимных мероприятий. Внедрение в повседневную медицинскую практику «рутинной» ЭЭГ, позволяет оценивать реакцию мозга ребенка на течение заболевания в динамике.

Из интраскопических методов диагностики, позволяющих прижизненную визуализацию головного мозга, на первый план выходят нейросонография, компьютерная и магнито-резонансная томография.

Получение изображений головного мозга проводится в целях:

- определения этиологии заболевания;
- выяснения прогноза на будущее;
- обеспечения пациентов знаниями о собственном недуге;
- определения генетических рекомендаций;
- оказания помощи в планировании операции.

По данным различных авторов, внедрение методов нейровизуализации изменило соотношение симптоматических и идиопатических форм эпилепсии в пользу первых. Это коснулось всех форм эпилепсии, в качестве демонстрации в табл.1 представлены данные по инфантильным спазмам.

Это позволяет предположить, что ряд терминов, используемых в современных классификациях: «симптоматический», «идиопатический», «первично-генерализованный», «вторично-генерализованный», будут в динамике пересмотрены с внедрением в практику новых диагностических технологий. Изменения подходов к формулировке диагноза, к тактике лечения изменит длительность и принципы диспансерного наблюдения за больными эпилепсией в различные возрастные периоды.

Это наиболее актуально в педиатрической неврологии, так как возникающие текущие вопросы профилактических прививок, посещения детских коллективов

должны иметь единые подходы со стороны врачей различных специальностей

Таблица 1

Динамика изменения соотношения криптогенных и симптоматических инфантильных спазмов в хронологическом аспекте (А.С. Петрухин, 2000)

	Год	Идиопатические (%)	Симптоматические (%)
N.C Snyder	1967	65	35
S Ohtahara	1991	9	91
А.С. Петрухин	1996	5	95

Нами проведено обследование 126 больных с генерализованными тонико-клоническими припадками. Больные были взяты под наблюдение в возрасте старше 7 лет, всем проведено обследование в условиях неврологического отделения с последующим динамическим наблюдением в условиях консультативной поликлиники.

Было выделено 2 группы. Больные с припадками, возникшими в возрасте до 7 лет, включены в 1-ю группу и к началу наблюдения имели достаточный анамнез заболевания (53 ребенка). Во 2-ю группу вошли дети с приступами, появившимися старше 7 лет (73 ребенка). У всех детей есть указание на факт перинатального поражения, в то же время значительного отставания в развитии детей не отмечалось. В настоящее время все обучаются по программе массовой школы. Проведен анализ состояния здоровья родственников больных в отношении «состояний эпилептического круга» на основании опроса. Обследование детей включало сбор анамнеза, оценку неврологического статуса, анализ данных, выявленных при параклиническом обследовании. Всем детям проведены ЭЭГ исследование в динамике и компьютерная томография головного мозга (21 ребенку томографическое обследование проведено повторно). Возникновение первых припадков у больных первой группы – 4,5 года, у больных второй группы – 9,2 лет. При оценке неврологического статуса выявлена рассеянная неврологическая симптоматика.

Таблица 2

Данные компьютерной томографии головного мозга, %

Патология	1-я группа n=53	2-группа n=73
Патологии не выявлено	22,6	60,3
Диффузное расширение субарахноидального пространства	20,8	11
Локальное расширение субарахноидального пространства	18,9	5,5
Симметричное расширение желудочковой системы	37,3	15,1
Асимметричное расширение желудочковой системы	30,1	10
Кисты головного мозга	20,8	10

Примечание - (p<0,05)

В выделенных нами группах установлены особенности картины головного мозга по данным томографического обследования. В обеих группах отмечалось сочетание отдельных изменений у одного больного.

Как видно из табл.2, патологических изменений при томографическом обследовании во 2-й группе выявлено достоверно меньше, и в целом, и по отдельным морфологическим признакам.

По ряду клинических показаний, больным, как в первой, так и во второй группах проведено повторное

томографическое исследование, которое не выявило нарастания структурных изменений головного мозга.

Выводы

- Более выраженные изменения при проведении компьютерной томографии головного мозга у больных 1-й группы, с более «ранним» началом припадков.
- При динамическом обследовании больных с генерализованными тонико-клоническими припадками с использованием компьютерной томографии, не выявлено прогрессирования ранее зафиксированной патологической картины головного мозга.