

рофия зрительного нерва, врожденный хорориетинит, вторичная дистрофия сетчатки. После лечения у большинства детей значительно улучшилась зрительная фиксация (табл.2).

Таблица 1

Острота зрения у детей до и после включения в лечебный комплекс факторов физической терапии

Острота зрения (D)	Количество больных	
	До лечения	После лечения
0,01-0,04	15	-
0,05-0,1	16	9
0,2-0,3	605	11
0,4-0,6	51-	248
0,7-1,0	-	419
Итого	687	687

Примечание: сравниваемые данные, по сравнению с исходными, достоверны ($p < 0,01-0,05$).

До лечения амблиопия с центральной фиксацией была у 54 больных (42,5%), после лечения - у 103 человек (81,1%). У 24 больных (18,9%) не удалось восстановить остроту зрения до величины, совместимой с бинокулярной функцией. Это были дети школьного возраста, никогда не лечившиеся, с давностью заболевания более 5-7 лет.

Таблица 2

Состояние зрительной фиксации до и после комплексного лечения

Состояние зрительной функции	Количество больных	
	До лечения	После лечения
Центральная	54	103
Перемежающаяся	5	-
Парафовекулярная	16	18
Макулярная	19	-
Парамакулярная	12	6
Периферическая	21	-
Итого:	127	127

Сравниваемые данные по сравнению с исходными - достоверны ($p < 0,01$).

Таким образом, привлечение в общий лечебный комплекс лечения детей с нарушениями зрения немедикаментозных методов, в виде электростимуляции отводящих мышц глаз (с предвзвешенной хронаксиметрической электродиагностикой), лазерной гелий-неоновой стимуляции, никотиновая кислота-зуфаллин-электрофореза и аппарата ЭСО значительно повышает эффективность реабилитационных мероприятий у детей с косоглазием, рефракционной и обскурационной миопией, врожденным нистагмом и прогрессирующей миопией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие. - М.: Медицина, 1977. - 117с.
2. Аветисов Э.С. Близорукость. - М.: Медицина, 1999. - 115с.
3. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. - М.: Медицина, 1987. - 185с.
4. Анохин П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности: Избранные труды. - М.: Наука, 1979.
5. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. - М.-СПб, 1998. - 226с.

6. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. - Минск: Книжный дом, 2003. - 236с.
7. Черикчи Л.Е. Физиотерапия в офтальмологии. - Киев: Здоровье, 1979. - 128с.
8. Фирстова Р.Н. Методы лечения косоглазия и амблиопии в домашних условиях: Автореф. Дисс....к.м.н. - М., 1974. - 16с.

Р.А. Салеев, А.С. Матвеева, Ю.В. Демин

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОМОРФОЗА ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия, Городская клиническая больница № 40

Цель работы - провести сравнительный анализ гистологических характеристик глиолимфатических опухолей головного мозга у детей, подвергшихся оперативному лечению в нейрохирургической клинике, с одной стороны, в 50-60-е годы и, с другой, - в 90-е годы прошлого столетия. В первую группу вошло 252 наблюдения и во вторую группу - 259.

На первый взгляд, общая структура заболеваемости в обеих группах за почти полувековой период формально не изменилась: астроцитомы мозжечка встречались соответственно в 91 (36,1%) и в 82 наблюдениях (31,6%), медулло-бластомы мозжечка - в 57 (22,6%) и в 59 (22,8%), глиомы ствола были выявлены в 17 (6,8%) и в 12 (4,6%), эпендимомы IV желудочка - в 20 (7,9%) и в 25 (9,6%) и, наконец, глиомы супратенториальной локализации диагностированы в 67 (26,6%) и в 81 наблюдении (31,3%).

Однако при детальном анализе выявляются следующие качественные особенности, которые, по-видимому, следует оценивать в рамках патоморфоза. Речь идет, прежде всего, о существенном нарастании удельного веса злокачественных глиом, что прослеживается по всем основным позициям независимо от пола, конкретного возраста ребенка и локализации опухолевого процесса.

Так, при астроцитарных глиомах мозжечка в первой группе детей были диагностированы исключительно типичные варианты, в то время как во второй группе наблюдается совершенно иная картина: доброкачественные астроцитомы установлены только в 68 из 82 случаев (82,9%), анапластические астроцитомы - у 9 детей (11%) и, более того, в 5 наблюдениях была диагностирована глиобластома (6,1%). При этом злокачественные варианты глиом встречались тем чаще, чем старше был возраст ребенка, и эта особенность более заметно прослеживалась у девочек.

Обсуждаемую тенденцию к озлокачествлению весьма убедительно демонстрируют также глиомы ствола: малигнизные формы в первой - хронологически давней - группе были отмечены в 41,2%, тогда как в группе больных 90-х годов анапластические астроцитомы и глиобластомы в общей сложности составили 58,3%.

Особый интерес представляет клинический анализ медуллобластом, удельный вес которых в общей структуре нейроэпителиальных опухолей головного мозга у детей за минувшие сорок лет, по нашим данным, не изменился. Вместе с тем, с одной стороны, отмечается яв-

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 ямки, а именно – эпендимомы IV желудочка. В первой группе из 20 опухолей 11 были отнесены к типичным и 9 – к дифференцируемым (аналастическим), 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 аттичных вариантов выявляется качественный сдвиг в сторону большего озлокачествления: если в первой группе детей из 35 аттичных 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-