

*О.П. Ковтун, К.С. Невмержицкая, З.А. Старицына*

## КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА С РАННИМ ДЕБЮТОМ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Рассеянный склероз (РС) – хроническое воспалительное демиелинизирующее заболевание нервной системы, характеризующееся началом в молодом возрасте, протекающее с обострениями, ремиссиями или прогрессирующе [3]. Традиционно считается, что РС редко встречается в детском возрасте, однако, в последнее время наблюдается тенденция к увеличению случаев РС в «нетипичной» возрастной группе [3]. Таким образом, распространенность заболевания среди детей и подростков колеблется в пределах 5-10% [1]. Несмотря на значительный сдвиг в течение последних десятилетий в понимании проблем механизмов развития и выявления заболевания, диагноз РС остается, в первую очередь, основанным на клинических критериях. Главным показателем клинически достоверного РС, как у взрослых, так и у детей, является доказательство диссеминации неврологической симптоматики «во времени и месте» [3,4]. Необходимо выявить признаки не менее двух изолированных очагов в центральной нервной системе (ЦНС), возникновение которых разделено по времени не менее одного месяца. Для подтверждения диагноза РС используют дополнительные методы диагностики, основными из которых являются магнитно-резонансная томография (МРТ) головного и спинного мозга, вызванные потенциалы (ВП) и иммунологическое исследование ликвора. На ранних стадиях заболевания вышеуказанные методы позволяют подтвердить диссеминацию «во времени и пространстве» и предположить прогноз прогрессирования [2,3].

С 1980-х годов сделаны попытки систематизировать данные о РС у детей, однако клинико-эпидемиологические исследования в этой области малочисленны и не позволяют в достаточной степени сформировать полное представление об этой группе пациентов.

**Цель исследования** – выявить клинико-инструментальные особенности течения РС у детей.

### **Материалы и методы**

Проанализированы 39 историй болезни 17 пациентов обоих полов с достоверным РС с дебютом до 15 лет. Все дети находились на стационарном лечении в неврологических отделениях ДГКБ №9 и ОДКБ №1 г. Екатеринбурга в период с 1998 по 2009 гг. Диагноз РС основывался на критериях McDonald (2001, 2005), подразумевающих использование клинического метода диагностики, проведение МРТ головного и спинного мозга и вызванных потенциалов [5].

Среди пациентов было 10 девочек (58,8%) и 7 мальчиков (41,2%), соотношение по полу составило 1,4:1 соответственно. У основной массы больных по данным генеалогического анамнеза не было указаний на случаи демиелинизирующих заболеваний в семье, и лишь у одного пациента рассеянным склерозом болел родственник второй степени родства. Под наблюдением невролога до эпизода демиелинизации находилось 41,2% пациентов, в основном по поводу перинатального повреждения нервной системы и его последствий, двое пациентов имели сопутствующую психиатрическую патологию. В раннем возрасте около половины детей (52,9%) переносили инфекционные заболевания (наиболее часто – ветряная оспа и краснуха), 17,6% пациентов часто болеют острыми респираторно-вирусными инфекциями. Сопутствующую соматическую патологию имели 52,9% детей, наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта и аллергические заболевания (по 37,5%).

Средний возраст дебюта РС составил 11,4 лет, что соответствует общероссийским данным [1]. Провоцирующие факторы заболевания выявлены у 9 (52,5%) детей, при этом наиболее часто в роли триггеров выступали инфекции – 77,8% и перенесенные травмы – 22,2%. Моносимптомное начало заболевания (52,9%) достоверно не преобладало над полисимптомным (47,1%), что не вполне согласуется с данными литературы [2]. При моносимптомном дебюте заболевания чаще всего регистрировались мозжечковые нарушения (33,3%) в виде явлений статической и динамической атаксии. Реже инициальными симптомами заболевания были односторонние оптические невриты и центральные гемипарезы (по 22,2%). У одного пациента РС дебютировал с клиники поражения лицевого нерва. Следует отметить, что ни в одном случае заболевание не начиналось тазовыми и сенсорными расстройствами. При полисимптомном дебюте у половины больных основу клинической картины составляло сочетание поражения пирамидных путей и мозжечковые нарушения. Более редкими комбинациями симптомов были поражение нескольких пар черепных нервов (глазодвигательные расстройства, оптический неврит и нейропатия тройничного нерва), сочетание нижнего спастического парапареза с тазовыми и чувствительными расстройствами и – в одном случае – одновременное поражение всех функциональных систем – краниальная полинейропатия, спастический тетрапарез, координаторные и чувствительные расстройства и дисфункция тазовых органов.

МРТ - исследование головного мозга без контрастирования в дебюте заболевания было проведено 76,5% детей, четверти из них произвели визуализацию спинного мозга. Только у двух детей (15,4%) очаговые изменения не выявлялись. В большинстве случаев множественные очаги демиелинизации обнаруживались в белом веществе больших полушарий, перивентрикулярно и субкортикально (по 30,8%). Несколько реже выявлялись очаговые изменения в стволе мозга, мозжечке и спинном мозге (по 15,4%). Другие локализации очагов

(зрительные нервы, внутренняя капсула, мозолистое тело, подкорковые ядра) встречались единично. Типичные в детском возрасте «гигантские» очаги демиелинизации в белом веществе были выявлены у двух больных. У одного пациента уже в дебюте заболевания МРТ-картина соответствовала критериям «диссеминации в пространстве» по McDonald (2005).

Для выявления клинически «немых» очагов семи больным было проведено исследование вызванных потенциалов. Только у одного пациента по данным зрительных ВП имелось замедление проведения импульса в ЦНС. У большинства детей (80%), которым исследовали слуховые ВП, выявлялись признаки демиелинизации. Изменение соматосенсорных ВП соответствовало демиелинизирующей патологии у четырех больных.

Поскольку пациенты неоднократно госпитализировались в неврологический стационар по заболеванию, стало возможным ретроспективно оценить особенности течения первых лет РС. Полная картина РС с клиническими данными двух и более очагов в ЦНС и регистрацией более двух обострений в среднем разворачивалась через 4,9 месяцев. Течение заболевания во всех случаях было ремиттирующим. Ежегодная частота обострений составила 2,5. В динамике в среднем через 5,4 месяцев 60% больным была проведена МРТ головного и спинного мозга, которая подтвердила «диссеминацию во времени и пространстве» более чем у половины больных (66,7%).

#### **Выводы**

1. Среди детей с РС отмечено некоторое преобладание девочек. Дебют заболевания приходится на возраст 11,4 лет.
2. У половины пациентов выявлены провоцирующие факторы возникновения заболевания, наиболее значимыми из которых являются инфекции и травмы.
3. Моно- и полисимптомное начало заболевания встречаются с одинаковой частотой. Наиболее часто РС начинается с симптомов поражения мозжечка, пирамидных трактов и черепных нервов.
4. Проведение МРТ-исследования головного и спинного мозга уже на ранних этапах заболевания подтверждает картину многоочагового поражения ЦНС, хотя в некоторых случаях может быть неинформативным, что подтверждает гипотезу «клинико-инструментальной диссоциации» при РС [2].
5. Наблюдение пациентов в динамике позволяет подтвердить диссеминацию «во времени» и оценить особенности течения заболевания.

#### **Список литературы**

1. Быкова О.В., Маслова О.И., Гусева М.Р. и др. Рассеянный склероз у детей и подростков: история изучения проблемы и современный опыт иммуномодулирующего лечения//Журн. Неврол. и психиат.- 2004.-104,№4.-4-10.

2. Гузева В.И. Рассеянный склероз / В.И.Гузева, М.Л.Чухловина.-СПб.:Фолиант, 2003., 173с.
3. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Под ред. Е.И.Гусева, И.А.Завалишина, А.Н.Бойко.- М: Изд-во «Миклош», 2004.- 528с.
4. Рассеянный склероз: клинические аспекты и спорные вопросы / Под ред. Алана Дж.Томпсона, Криса Полмана, Рейнхарда Холфельда; пер. с англ. Н.А.Тотолян, А.А.Скоромца.- СПб.: Политехника, 2001.- 321с.
5. McDonald W.I. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel of the diagnosis of multiple sclerosis / W.I. McDonald, A. Compston, G.Edan // Ann.neur.- 2001.-№50.-P.121-127.

*О.А. Львова, А.Е. Орлова, Ю.С. Смирнова*

### **ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ АСТЕНО-ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Расстройства тревожно-депрессивного спектра, которые дебютируют в детском возрасте, их связь с астеническим синдромом и вегетативной дисрегуляцией, все чаще привлекают внимание специалистов педиатрического профиля [1, 4, 6, 7]. Особенностью клинических проявлений этих нарушений у пациентов школьного возраста становится выраженная представленность симптомов соматического спектра, которая формирует контингент «часто болеющих детей» [4, 9, 12]. Учитывая единство структур нервной системы и патогенетических механизмов, лежащих в основе этих нарушений, представляет интерес не только спектр, взаимный вклад, но и сравнительный анализ эмоциональных и астено-вегетативных расстройств у детей, находящихся в неврологическом и соматических отделениях на стационарном этапе лечения.

**Материалы и методы исследования.** Нами было проведено одномоментное поперечное исследование пациентов, проходивших лечение в неврологическом, пульмонологическом и нефрологическом отделениях МУ ДГКБ№ 9 г. Екатеринбурга, которые соответствовали установленным критериям включения и исключения. Критериями включения послужили: возраст с 7 до 14 лет, независимость по полу, письменное согласие на участие в исследовании, плановый характер госпитализации и состояние по основному заболеванию - вне обо-