

2. Справочник по формулировке клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина.- М. ООО «Медицинское информационное агентство». 2006 .- С. 388-389.

3. Поражения лицевого нерва у детей (диагностика и лечение): методические рекомендации МЗ СССР / Е.С.Бондаренко, [и др.]. – М., 1982. - 28 с.

4. Альперович, П.М. Паралич Белла (вопросы лечения и профилактики) / П.М. Альперович [и др.] // Журн. невропат. и психиатр. – 1981 - №8. – С. 1178-1185.

5. Гурленя, А.М. Физиотерапия в неврологии / А.М. Гурленя, Б.Е. Багедь, В.Б. Смычек. – М.: Мед. лит., 2008, С. 108-112.

ОСТРАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ У ДЕТЕЙ

Онегин Е.В., Онегина О.Е.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра неврологии и нейрохирургии*

*УЗ «Гродненская детская областная клиническая больница», г. Гродно**

Первоочередное внимание по данным ВОЗ (1982) следует уделить изучению эпидемиологии потенциально опасных для жизни периферических нейропатий, таких, как синдром Гийена-Барре (острая инфекционная демиелинизирующая полинейропатия) [1, 2]. Поэтому клинические и иммунохимические исследования острой инфекционной демиелинизирующей полинейропатии (ОИДП) у детей, направленные на выявление ошибок при первичной диагностике, наиболее диагностически важных клинических и параклинических признаков, позволит улучшить диагностику на ранних этапах развития заболевания и эффективность лечения.

Цель исследования

Изучение особенностей клинических и параклинических проявлений ОИДП у детей в возрастном аспекте и определение наиболее эффективных методов лечения.

Материал и методы исследования

Нами проведен анализ 28 случаев с ОИДП, прошедших обследование и лечение в неврологическом отделении детской областной клинической больницы города Гродно за 18 лет в возрасте от 1,5 до 13 лет. У 7 из них, для установления особенностей изменений иммунитета в зависимости от клинических проявлений ОИДП применены иммунные, клинические и электрофизиологические методы для диагностики и контроля эффективности лечения больных с ОИДП, с проведением анализа состояния иммуно-

го статуса стандартизованным методом оценки показателей клеточного и гуморального иммунитета (первый уровень) [3, 4].

Полученные результаты и их обсуждение

На основании проведенного анализа 28 историй больных детей с ОИДП было установлено, что этому заболеванию были подвержены дети практически всех возрастов. В группе обследованных больных преобладали мальчики. Пациенты поступали в клинику в течение всего года, с некоторым учащением заболевания весной (13) и осенью (12), со следующими диагнозами: полиартрит, коллагеноз, менингоэнцефалит, энцефаломиелит, полирадикулоневрит. У 25 человек развитию клинической картины ОИДП непосредственно предшествовало повышение температуры, явления острой вирусной инфекции. У 1 ребенка отмечался гепатит незадолго до начала заболевания [3, 4, 5].

Неврологические расстройства при ОИДП у наблюдавшихся нами детей чаще начинались с нарушения чувствительности. Субъективные нарушения чувствительности проявлялись в виде боли, которая имела различный характер, локализацию, способность к иррадиации. Боли локализовались у 20 больных в ногах, у 7 - в ногах и руках, у 1 - в шее и спине. Объективные нарушения чувствительности нервных стволов и корешков при пальпации были выявлены у 24 больных, положительные симптомы натяжения - у 28, дистальные гипестезии - у 24. Параличи и парезы, выявленные во всех случаях, носили характер периферических со снижением мышечного тонуса и сухожильных рефлексов. Причем чаще выпадали коленные и ахилловы рефлексы, при восходящем процессе исчезали и рефлексы с рук. Локализация параличей была почти всегда строго симметричной, с началом в дистальных отделах ног, без атрофий. Только в 3-х случаях парезы в начале заболевания отчетливее были выражены в проксимальных отделах ног. Нарушение функции тазовых органов и пирамидные знаки наблюдались у 1-го больного, однако эти проявления были нестойкие и бесследно прошли. В 1 случае выявлено поражение дыхательной мускулатуры. Патология черепных нервов отмечена в 2 случаях со стороны 2, 7 пар и бульбарной группы. По мере выздоровления у всех больных восстановление двигательных функций и чувствительности начиналось с проксимальных отделов рук, с последующим переходом на ноги. Особенно медленно отстраивалась рефлекторная сфера, в 13 случаях больные были выписаны с отсутствующими коленными и ахилловыми рефлексами [1, 4, 5].

Из лабораторных методов обследования внимания заслуживают исследования крови и спинномозговой жидкости. Изменения в ликворе не были выявлены, что противоречит представлениям о значимости изменений в спинномозговой жидкости для диагностики ОИДП [4, 5]. Объяснить это можно тем, что данное обследование проводилось, как правило, в первые сутки от начала заболевания. Проведенное иммунохимическое исследование 7 больным с ОИДП выявило патологические изменения иммуно-

логической реактивности у 5 больных. Не были выявлены какие-либо закономерности иммунологической дисфункции, характерные для ОИДП и касающиеся конкретного звена клеточного и гуморального иммунитета. Ни в одном случае не отмечено состояния иммунодефицита, при наличии дисбаланса иммунной системы. У всех больных в общем анализе крови были найдены изменения воспалительного характера: лейкоцитоз, ускорение СОЭ [3, 4, 5].

Лечение детей с ОИДП было комплексным и проводилось с учетом их этиологии, патогенеза и профилактики возможных осложнений [4, 5]. Комплекс включал медикаментозную терапию, общеоздоровительные мероприятия, а также физиолечение, ЛФК, массаж, ортопедическую профилактику. Лечение детей в остром периоде заболевания проводилось в соответствии с первым режимом реабилитации. С начала стабилизации симптомов заболевания дети переводились на второй режим реабилитации.

Течение ОИДП у 26 больных было острое, у 2 – подострое. Период нарастания симптомов в случаях с острым течением заболевания длился до 2 суток, а при подостром - до 10 дней. Ни в одном случае не было осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Продолжительность лечения в среднем составляла 23 дня. С полным выздоровлением или значительным улучшением после проведенной терапии выписано соответственно 12:15.

Заключение

Острая инфекционная демиелинизирующая полинейропатия у детей в основном регистрировалась в холодное время года с одинаковой частотой, как у мальчиков, так и у девочек, преимущественно раннего и среднего школьного возраста.

Течение заболевания чаще носило характер острого или подострого процесса с длительностью нарастания симптомов от пяти до сорока дней, с началом на фоне предшествующей вирусной инфекции.

Клиническая картина ОИДП слагалась из двигательных нарушений, изменений в рефлекторной, чувствительной и вегетативной сферах. Неврологические расстройства чаще начинались с расстройства чувствительности: болевых ощущений, парестезий, чувства онемения. Постепенно развивались параличи и парезы - вялые, симметричные с преимущественной локализацией в дистальных отделах нижних конечностей. В дальнейшем присоединялась слабость мышц верхних конечностей. В ряде случаев у детей с ОИДП отмечались быстро преходящие миелитические симптомы в виде пирамидных знаков и нарушения функции тазовых органов. Тяжелые осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, у больных не наблюдались, крайне редко - поражение черепных нервов бульбарной группы и моста, дыхательных мышц. Восстановление функций при ОИДП происходило в обратном порядке их возникновения.

Параклинически у большинства больных выявлялись изменения в крови воспалительного характера. Патология в ликворе не обнаружива-

лась. Комплексное воздействие лечебных средств создавала условия для максимального регресса симптомов в остром и восстановительном периоде заболевания.

Литература:

1. Периферические нейропатии. Доклад исследовательской группы ВОЗ.- М.: Медицина, 1982. - С.142.
2. Справочник по формулировке клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина.- М. ООО «Медицинское информационное агентство». 2006 . - С. - 388-389.
3. Манелис, З.С. Этиология и патогенез полиневритов (Обзор литературы) / З.С. Манелис // Журн. невропат и психиатр.- 1986.- № 11.- С. - 1720.
4. Пирадов, М.А. Синдром Гийена-Барре / М.А. Пирадов.— М.: Интермедика, 2003. — 240 с.
5. Зинченко, А.П. Острые нейроинфекции у детей / А.П. Зинченко.- Л.: Медицина, 1986.- 320 с.

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННОГО ФАКТОРА В ГЕНЕЗЕ АУТОИММУННЫХ ПРОЦЕССОВ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Парамонова Н.С.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
2-я кафедра детских болезней*

В настоящее время выяснение механизмов регуляции аутоиммуности, обеспечивающих естественную толерантность, и механизмов ее срыва, ведущих к аутоиммунным заболеваниям, является центральной проблемой фундаментальной и клинической иммунологии. Недостаточность понимания механизмов индукции и развития аутоиммунных заболеваний не позволяет найти эффективные способы лечения. Известно, что многие инфекции могут сопровождаться временным повышением уровня аутоантител [2]. Предполагается, что перекрестно реагирующие антигены микроорганизмов включают в иммунопоэз аутоагрессивные В-клетки, обеспечивая их взаимодействие с теми Т-лимфоцитами, которые специфичны к несущей части микробного антигена [1]. Помимо сходства антигена возбудителя с некоторыми антигенными детерминантами организма «хозяина», они должны иметь между собой и достаточные различия, чтобы иммунный ответ макроорганизма был инициирован. Особенность этого механизма состоит в том, что аутоиммунные реакции могут сохраняться даже после элиминации возбудителя и его антигенов (эффект «свидетеля») [3].