

В.Б. Симоненко, Е.А. Широков // М.: Медицина, 2001. – 240 с.

7. Фурсова, Л.А. Метаболические энцефалопатии (псевдоинсульты): учебно-методическое пособие / Л.А. Фурсова. - Минск: Белпринт, - 2010. – 56 с.

8. Цементис, С.А. Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии / ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 368 с.

## **ПРОЗЕРИНОВЫЙ ТЕСТ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ У ДЕТЕЙ**

***Шалькевич Л.В., Пономарева Е.Н.***

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного  
образования», Минск, Беларусь*

**Ведение.** Миастения представляет собой высокоинвалидизирующее аутоиммунное заболевание, поражающее как новорожденных, так и лиц преклонного возраста, при этом средний удельный вес заболевших детей в разных странах в целом остается постоянным – до 15-20% [1, 2, 4]. Именно среди детей (особенно в возрасте от 2 до 10 лет) наиболее часто встречается тяжелое и кризовое течение миастении [2, 4-6]. Раннее распознавание прогрессирующего или неблагоприятного характера миастенического процесса может значительно улучшить качество проводимой терапии и сократить количество инвалидизирующих и летальных исходов [3, 4].

**Цель исследования.** Определить в дебюте заболевания значимость ответной реакции на прозериновый тест в плане характера дальнейшего течения миастении у детей.

**Методы.** Мы провели динамическое наблюдение за 29 больными миастенией в возрасте от 2 до 17 лет. Глазная форма была у 6 детей, глоточно-лицевая – у 3-х и генерализованная – у 20. У всех больных первые проявления миастении были зафиксированы в возрасте от 1,5 до 15 лет. У 12 (41,2%) человек первыми проявлениями были глазодвигательные нарушения, у 8 (27,3%) - слабость ног, у 3 (10,5%) – изменения голоса, у двух (7%) нарушения глотания и у одного (3,5%) - слабость рук. Только у трех больных миастенические проявления были изначально генерализованными (т.е. включали в себя сочетание слабости мышц лица, дыхательной мускулатуры, конечностей).

**Результаты.** В связи с возрастной спецификой реакции детей на проведение электронейромиографического обследования, этот вид

диагностической манипуляции был мало информативен у детей младшего возраста. Исходя из этого, особое значение в диагностике миастении у детей приобретает прозериновый тест. В нашем исследовании он был проведен всем больным и был резко положительным у 17,2% (5 человек) заболевших, положительным - у 31% (9 человек), слабо положительным – у 24% (7 человек). В целом, улучшение состояния в ответ на введение прозерина отмечалось у 21 (71%) детей страдающих миастенией. Это согласуется с данными ряда авторов о том, что прозериновая (эдрофониумовая) проба не всегда положительна у больных миастенией и отсутствие реакции на введение прозерина не может служить достоверным критерием немиастенического процесса [2,3]. Проведенный анализ результатов прозеринового теста в зависимости от начальных клинических проявлений миастении показал следующее. У больных с глазной симптоматикой (12 человек) он был положительным у 6 (50%), у лиц со слабостью конечностей (9 человек) - у 8 (89%), у лиц с нарушением голоса и глотания (5 человек) - у 4 (80%), у больных с генерализованным началом - у всех трех (100%).

Проспективное наблюдение за этими больными показало, что у 17 из 26 детей локальные проявления были моносимптомным началом генерализованной формы миастении. Характерно, что среди 9 детей и подростков, у которых в дальнейшем сохранились локальные миастенические проявления, прозериновый тест был положительным у 5 (55%), а у 20 больных генерализованной формой (у 17 из них местные проявления болезни лишь предшествовали генерализованным) этот тест был позитивным у 16 человек (85%). Сроки генерализации миастении колебались от нескольких дней до 5 лет.

**Выводы.** Положительный прозериновый тест у детей с локальными формами миастении может служить критерием возможной дальнейшей генерализации процесса, что требует более внимательного и тщательного наблюдения за этим контингентом больных.

#### *Литература*

1. Жулев Н. М., Лобзин В.С., Дементьева Л. Н. Миастения у детей и подростков. - СПб.: СПбМАПО, 1999. - 209 с.
2. Лайсек Р.П., Барчи Р.Л. Миастения / Пер. с англ. - М.: Медицина, 1984.- 272 с.
3. Пономарева Е.Н. Миастения: Клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, тактика ведения. - Минск: Изд-во "МЕТ", 2002. – 175 с.
4. Шалькевич Л.В. Шанько Г.Г., Пономарева Е.Н. Трудности диагностики миастении в детском и подростковом возрасте // Мед. новости. - 2000.- № 3.-

C.49-52.

5. Bastedo D. L. A. Acute fulminating myasthenia gravis in children // Can. Med. Assoc. J. - 1950. - Vol. 6, N 63 - P. 388-389.

6. Wright R., Kerr L. Autoimmunity in myasthenia gravis: a family study // Clin. Exp. Immunol. -1967. - Vol. 22, N 2. - P. 93-101.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**

***Шамова Т. М., Брылева А. А., Дравица Е. В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Беларусь*

Рассеянный склероз (РС) является краевой патологией для Беларуси. Эпидемиологические исследования последних десятилетий позволяют утверждать, что заболеваемость РС имеет тенденцию к росту во всем мире [6, 7], в том числе и в Республике Беларусь. Распространенность РС в среднем по республике составляет около 50 случаев на 100 000 населения [4], а по Гродненской области этот показатель превышает 60 [5]. В недавнем прошлом данный диагноз был равносителен для пациента приговору к тяжелой и скорой инвалидности. Однако в последние десятилетия РС перешел в разряд частично управляемых заболеваний, патоморфоз его в более благоприятно текущую нозологическую форму привел к увеличению продолжительности жизни. Продолжительность болезни после установления диагноза, по данным Е.И. Гусева и соавт., превышает 40 лет [2]. Больные РС в течение длительного периода сохраняют работоспособность и социальную активность, что делает актуальным вопрос о качестве жизни данной категории пациентов.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение качества жизни и социального функционирования больных РС, а также определение их мотивационной направленности и основных стереотипов эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации.

**Методы исследования.** Обследовано 40 больных рецидивно-ремиссионным РС: 18 мужчин и 22 женщины в возрасте от 18 до 66 лет. Оценку качества жизни проводили при помощи опросника «Краткая форма изучения медицинских итоговых параметров MOS SF-36» (SF-36). В качестве контрольных использованы показатели группы 30 здоровых лиц, обследованной А.О. Недошивиным и соавт. [3]. Применялись кли-