

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Ю.Н. Васильев, И.И. Окунева, И.В. Ламм.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра нервных болезней, зав. - д.м.н., проф. В.И. Окладников, факультетская клиника нервных болезней, гл. врач - д.м.н., проф. Г.М. Гайдаров, зав. отд. - И.И. Окунева)

Резюме. Описан клинический случай гепатолентикулярной дегенерации, по развитию и клинической картине протекающий как подкорковый энцефалит.

Гепатолентикулярная дегенерация (ГЛД), или болезнь Вильсона-Коновалова - тяжелое наследственное прогрессирующее заболевание, характеризующееся сочетанным поражением внутренних органов и мозга, в первую очередь печени и подкорковых узлов.

ГЛД - это моногенное заболевание с аутосомно - рецессивной передачей, его ген картирован, по данным Frydman M. et al. (1985), в длинном плече 13-й хромосомы (Ю.Е. Вельтищев, П.А. Темин и др., 1998). В основе патогенеза ГЛД лежат два основных механизма: 1) нарушение выведения из печени фракции меди с желчью, так называемой регуляторной меди; 2) вторично обусловленное снижение скорости включения меди в церулоплазмин (Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульман и др., 1995). Основными критериями диагностики являются: 1) сочетанное поражение мозга и внутренних органов (в первую очередь печени); 2) аутосомно - рецессивный тип наследования; 3) дебют в детском и юношеском возрасте; 4) экстрапирамидные симптомы (тремор, ригидность, патологические позы, болезненные тонические спазмы), снижение интеллекта; 5) нарушение медно-белкового обмена (роговичное кольцо Кайзера-Фляйшера, снижение концентрации церулоплазмينا в сыворотке крови, гиперэкскреция меди с мочой, увеличение в сыворотке крови концентрации свободной меди и снижение связанной) (В.И. Шток, О.С. Левин и др., 2002).

Приводится клинический случай, наблюдаемый в факультетской клинике нервных болезней.

Больная П., 21 год, впервые поступила в клинику 16.06.01. с жалобами на мелкий, неразборчивый почерк; тихую речь; насильственные движения в руках, напоминающие "счет монет"; скованность движений; повышенную сонливость; ограничение круга интересов; дрожание головы кивательного типа. Из анамнеза выяснено, что незадолго до возникновения первых симптомов заболевания перенесла простудное заболевание с подъемом температуры, после чего длительное время сохранялось повышенное потоотделение, появилась повышенная дневная сонливость. В неврологическом статусе отмечалась олигобрадикинезия; тремор головы; экстрапирамидная гипертония в руках и ногах; дисметрия; амиостатическая походка; тихая и невня-

тая речь. Проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга, заключение: изменения головного мозга дифференцировать между подкорковым энцефалитом, лейкодистрофией, миелинолизисом, лейкоэнцефалопатией. В клинике был поставлен диагноз: Подкорковый энцефалит, близкий к эпидемическому энцефалиту, дистонически-гиперкинетический синдром. Были подобраны противопаркинсонические препараты (наком, юмекс, циклодол). На протяжении года, несмотря на постоянное лечение, отмечено прогрессирование заболевания: мышечно-тонические нарушения стали более выраженными, усилились гиперкинезы и психоорганические проявления, отмечалась суицидальная попытка. Повторно поступила в клинику 09.12.02. В неврологическом статусе: олигоамимия, олигобрадикинезия, экстрапирамидная гипертония в конечностях, рефлексы орального автоматизма, пирамидная симптоматика в руках с патологическими кистевыми феноменами, дисметрия, тремор рук по типу «взмаха крыльев». При биохимическом исследовании крови выявлено повышение билирубина до 31,8 мкмоль/л, в т.ч. прямой 9,2 мкмоль/л. Осмотрена окулистом, заключение: специфическое кольцо вокруг радужки - кольцо Кайзера-Фляйшера. Проведена повторная магнитно-резонансная томография, заключение: изменение со стороны подкорковых ядер дифференцировать между проявлениями болезни Вильсона-Коновалова и ишемическим поражением. Выявлено снижение меди в сыворотке крови до 6,9 мкмоль/л (норма 12,6-24,4 мкмоль/л), а также церулоплазмينا до 4,08 мг (норма 25,0-63,0 мг). Учитывая наблюдение больной в динамике, клинические данные, а также данные дополнительных исследований, был поставлен клинический диагноз: Гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона-Коновалова), дрожательно-ригидная форма В лечебный комплекс был включен купренил, в анамнезе прослежена значительная положительная динамика неврологической и психической симптоматики.

Таким образом, ГЛД длительное время может трактоваться клиницистами как подкорковый энцефалит. Для избежания ошибочной диагностики болезни Вильсона-Коновалова и своевременного назначения специфической терапии рекомендовано у больных с сочетанным поражением печени и центральной нервной системы проводить исследование концентрации церулоплазмينا и меди в сыворотке крови и суточной моче, а также выявление кольца Кайзера-Фляйшера.

ON THE DIAGNOSIS OF WILSON-KONOVALOV DISEASE

U.N. Vasiljev, I.I. Okuneva, I.V. Lamm.

(Irkutsk State Medical University)

The clinical case of hepatolenticular degeneration, on the development and clinical picture proceeding as subcortical encephalitis is described.

Литература

1. Наследственные болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Ю.Е. Вельтищева, П.А. Темина. - М.: Медицина, 1988. - 496 с.

2. Болезни нервной системы. Руководство для врачей: в 2-х томах / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 1995. - 512 с.
3. Шток В.И., Левин О.С., Федорова Н.В. Экстрапирамидные расстройства. - М., Медицинское информационное агентство, 2002- - 235 с.

© ВОЛКОВ Е.В. -
УДК 616.31:615.81

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУ-ДЖОК ТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Е.В. Волков.

(МУЗ "Стоматологическая поликлиника №1", г. Усть-Илимск, гл. врач - Л.Н. Завадская)

Резюме. Описан опыт использования Су-Джок терапии в качестве дополнительного безмедикаментозного метода лечения болевого симптома в стоматологической практике.

Одной из самых распространённых причин обращаемости к стоматологу является острая зубная боль. Нередко боль остаётся на длительное время после вмешательства врача. Подобное может быть связано с травматичным вмешательством при удалении зуба, гнойным воспалением лунки, реакцией тканей периодонта на введение пломбировочного материала в корневые каналы. Для снятия болевого симптома в подобных ситуациях у врача-стоматолога в арсенале существуют различные средства. Начиная с медикаментозных - анальгин, баралгин, пенталгин; физиолечение - УВЧ, КУФ, лазер; и заканчивая хирургическими - кюретаж лунки, послабляющий разрез, блокады. При всём своём положительном влиянии на динамику заболевания все вышеупомянутые методы, кроме медикаментозного, обладают следующими недостатками: однократность и травматичность воздействия при хирургическом лечении; медленное снижение боли и воспаления, напрямую связанных с восстановлением повреждённых тканей при физиолечении. Недостатком медикаментозной терапии является риск развития различных побочных эффектов, вплоть до тяжёлых аллергических реакций [1].

В связи с этим в условиях стоматологической поликлиники нами был опробован альтернативный безмедикаментозный способ снятия болевого симптома у больных. При этом мы исходили из следующих соображений: 1) метод должен быть доступен для любого врача; 2) быстро снимать болевые ощущения на длительный период; 3) давать возможность больному с помощью данной методики в любой момент оказать себе помощь; 4) метод не занимает много времени и не требует

дополнительного оборудования, что особенно важно в условиях массового поликлинического приёма и современного экономического состояния здравоохранения.

На наш взгляд, таким способом является разработанный южнокорейским профессором Пак Чже Ву метод Су-Джок терапии, основанный на принципе соответствия различных частей тела [1, 3]. Проекцию точек соответствия мы определяли, используя принцип частичного соответствия головы по типу "головы животного". В нём лицо проецируется на ногтевую поверхность дистальной фаланги большого пальца кисти. В этой системе рот проецируется на область ногтя, при этом поверхность пальца выше ногтевого ложа соответствует верхней и средней частям лица, а у свободного края ногтя располагается соответствие нижней челюсти [3]. Подобная система удобна для лечения заболеваний дёсен и зубов (рис.1).

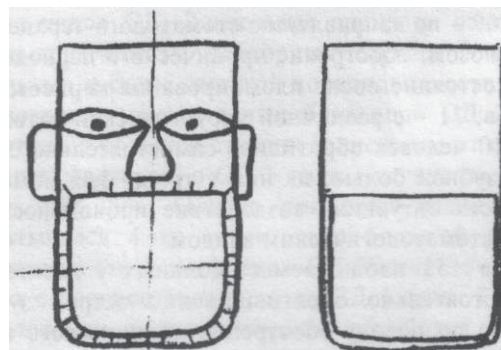


Рис.1. Частичное соответствие головы и дистальной фаланги большого пальца кисти.