© БОБРОВА Л.В., ШИШКИНА Е.В., ВАРЛАМОВ М.Н.,
ШЕПЕЛЕВА С.С.

УДК 616.832 – 004.2 – 053.2

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У РЕБЕНКА

Л.В. Боброва, Е.В. Шишкина, М.Н. Варламов, С.С. Шепелева
Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра
нервных болезней и традиционной медицины с курсом ПО лечебного
факультета, зав. – д.м.н., проф. С.В. Прокопенко.

***Резюме.** В статье приводится случай рассеянного склероза в детском возрасте. Низкая частота встречаемости, недостаточная освещенность в отечественной литературе, трудности дифференциальной диагностики и лечения данного заболевания среди детского населения, позволили осветить клинический случай рассеянного склероза у ребенка 9 лет, который представляет интерес для неврологов и педиатров.*

***Ключевые слова:** рассеянный склероз, детский возраст, особенности клиники и лечения.*

Боброва Людмила Васильевна – к.м.н., доц. каф. нервных болезней и традиционной медицины с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: Bobrova-dobrinia@yandex.ru.

Шишкина Елена Викторовна – к.м.н., ассистент каф. нервных болезней и традиционной медицины с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: Alenas1977@mail.ru.

Варламов Максим Николаевич – аспирант каф. нервных болезней и традиционной медицины с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: ma-varl@mail.ru.

Проблема рассеянного склероза (РС) у взрослого населения достаточно широко освещена в литературе, в то время как, в детской практике, остается недостаточно изученной [4,5]. Однако данное заболевание в последнее время стало чаще встречаться у детей и подростков, что заставляет обратить внимание на эту патологию.

По данным Краевой детской больницы (КДБ) и Городской детской больницы №1 г. Красноярска, за последние пять лет (2007-2011 гг.) было зарегистрировано и официально подтверждено, в соответствии с критериями Мак Дональда [7], 12 случаев рассеянного склероза у детей.

Известно, что рассеянный склероз протекает волнообразно, с отчетливыми обострениями и ремиссиями. Выделяют первично-прогрессирующий и вторично-прогрессирующий РС [6].

По литературным данным, в детском возрасте наблюдается более злокачественное течение, с короткими ремиссиями и выраженным нарастанием клиники обострения.

Сочетание симптомов поражения различных отделов центральной нервной системы (ЦНС), непредсказуемость и индивидуальные особенности течения РС формируют своеобразную клиническую картину у детей в каждом отдельном случае.

Диагноз ставится по клиническим критериям и данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) ЦНС, которая позволяет выявить диссеминацию патологических процессов, то есть многоочаговость поражения ЦНС при исключении других причин подобного поражения [2,7].

В детской неврологической практике очаги демиелинизации часто встречаются при воспалительных, аутоиммунных, дегенеративных,

дисметаболических и других заболеваниях ЦНС. Эти заболевания также имеют ремиттирующий характер течения, с поражением различных отделов головного и спинного мозга, что обуславливает трудности дифференциальной диагностики РС с этими заболеваниями [1,3].

Лечение рассеянного склероза во всем мире проводится с использованием иммуномодулирующих препаратов длительного применения, которые влияют на активность аутоиммунного воспаления, являющегося ведущим патогенетическим фактором РС. Данные препараты получили название ПИТРС (препараты изменяющие течение РС), применение их у лиц старше 18 лет имеет уровень доказательности класса А [4,5]. В детской практике назначение препаратов группы ПИТРС сопряжено с трудностями, так как нет значимых исследований по действию данных препаратов у этой категории пациентов.

В связи с этим, описание клинического случая РС у ребенка 9 лет, на наш взгляд, представляет несомненный интерес для врачей неврологов и педиатров.

Клинический случай. Пациентка 9 лет поступила в отделение краевой детской больницы с жалобами на выраженное дрожание правой руки, онемение в области кистей, ярче выраженное справа и боли в нижних конечностях. Из анамнеза известно, что девочка от второй беременности, вторых физиологических родов, родилась доношенная, с массой при рождении 5400 г. Старший ребенок в семье здоров. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ более 6 раз в год. Профилактические прививки сделаны – по возрасту. В семье больных рассеянным склерозом нет.

В неврологическом статусе: общемозговых и менингеальных симптомов не отмечалось, перкуссия черепа безболезненная. Признаки периферического пареза лицевого нерва справа. Со стороны рефлекторно-двигательной сферы: походка не нарушена, тонус мышц повышен по пирамидному типу в руках и ногах больше справа. Сухожильные рефлексы

с рук и ног высокие, с расширением рефлексогенных зон D>S, клонусы стоп, положительные патологические стопные рефлексы с двух сторон. Брюшные рефлексы отсутствовали. Со стороны координаторной сферы: выраженный интенционный тремор правой руки, пальце-носовая и колено-пяточная пробы с интенционным дрожанием и мимопопаданием справа. Отмечалась гиперестезия по сегментарному типу с обеих сторон в зоне иннервации С6-С7 сегментов. Вибрационная чувствительность отсутствовала в руках и снижена в ногах. Высшие корковые функции не нарушены, выражена лабильность в эмоционально-волевой сфере.

За период с апреля 2010 года по май 2011 года трижды наблюдалось обострение процесса с нарастанием клинических проявлений, особенно в координаторной сфере в виде появления шаткости походки, скандированной речи, увеличения амплитуды тремора в руках.

Пациентке неоднократно проводилась магнитно-резонансная томография ЦНС. При каждом обострении выявлялись новые очаги демиелинизации: так, при первой атаке выявлены очаги в головном мозге на уровне заднего рога левого бокового желудочка и в области белого вещества левой теменной области размером до 0,5×0,6 см; при второй атаке выявлены новые очаги в задних и передних отделах спинного мозга на уровне С2-С3, размерами 0,5×0,4× 0,8см.

При осмотре окулистом патологии не выявлено.

При обострении заболевания получала лечение: курсы пульс-терапии дексаметазоном, плазмафереза и симптоматическое лечение.

Принимая во внимания частые обострения заболевания (трижды в течении года), по жизненным показаниям с ноября 2011года назначена иммуномодулирующая терапия – бета1а интерферон (Авонекс) в дозе 30мкг в/м один раз в неделю постоянно. На фоне применения этого препарата повторных обострений за текущее время не отмечалось.

Таким образом, по нашим данным, в последнее время отмечается повышение частоты заболеваемости РС у детей. Так как эта проблема

является социально значимой, то необходимо детально изучать особенности течения каждого случая РС в детской популяции, разрабатывать критерии своевременной диагностики и оптимального этиопатогенетического лечения в соответствии с возрастом ребенка. Всех детей с данным заболеванием вводить в регистр больных РС для изучения катамнеза и оказания квалифицированной медицинской помощи специалистами работающими в центрах демиелинизирующие заболеваний.

CLINICAL CASE OF MULTIPLE SCLEROSIS IN A CHILD

L.V. Bobrova, E.V. Shishkina, M.N. Varlamov, S.S. Shepeleva

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Vojno-Yasenetsky

Abstract. The article gives the case of multiple sclerosis in childhood. The low frequency of occurrence, the lack of covering in the domestic literature, the difficulties of differential diagnosis and treatment of this disease among children, allowed to highlight a clinical case of multiple sclerosis in a child of 9 years old, which is of interest to neurologists and pediatricians.

Key words: multiple sclerosis, childhood, clinic features and treatment.

Литература

1. Завалишин И.А., Переседова А.В., Стойда Н.И. и др. Диагностика и лечение рассеянного склероза // Неврологии и психиатрии. – 2011. – №6. – С.89-95.
2. Завалишин И.А., Захарова М.Н. Современные аспекты этиологии и патогенеза рассеянного склероза. // Журн. неврол. и психиат. – 2003. – №2. – С.10-17.
3. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕДпресс-инфо, 2010. – 272с.

4. Amato M.P. Pharmacoeconomic considerations of multiple sclerosis therapy with the new disease-modifying agents // Expert Opin. Pharmacother. 2004. – Vol. 5, №5. – P. 2115-2126.

5. Cohen J.A., Barkhof F., Comi G. et al. Oral fingolimod or intramuscular interferon for relapsing multiple sclerosis // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol.362, №5. – P. 402-415.

6. Comi G. Induction vs. escalating therapy in multiple sclerosis: practical implications // Neurol. Sci. – 2008. – Vol.29, № 2. – P. 253-255.

7. Polman C.H., Reingold S.C., Edan G. et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revision to the «McDonald Criteria» // Ann. Neurol. 2005. – Vol. 58. – P. 840-846.