

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ.

Амириддинов Абдулвохид Хошимович

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Долиева Улхон Маллаевна

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Шарофиддинов Камолиддин ХХХ

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: Описан случай ревматической хореи, ревмоэнцефалита с синдромом хореических гиперкинезов, особенностями которого является отсутствие кардиального и суставного синдромов, активности в биохимических анализах и общем анализе крови, за исключением умеренного повышения СОЭ. Особенность течения заболевания, ее не типичность послужила причиной длительной постановки клинического диагноза по месту жительства. В обзорной части приведены современные представления об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, методах диагностики и лечения ревматической хореи.

Ключевые слова: ревматическая хорея, ревмоэнцефалит, хореические гиперкинезы.

В настоящее время ревматическая природа малой хореи не вызывает сомнений, болезнь рассматривается как наиболее частая и лучше всего изученная форма ревматического энцефалита. Развитию малой хореи часто предшествуют ангины, ревматическая атака с поражением сердца, реже суставов, но малая хорея может быть и первым клиническим проявлением ревматизма. Развитие малой хореи должно рассматриваться как активно текущий ревматический процесс, даже если отсутствуют другие клиничко-лабораторные проявления (температура, СОЭ, изменения со стороны сердца).

Малой хореей чаще всего болеют дети в возрасте 5-15 лет, девочки примерно в 2 раза чаще мальчиков. В теплое, сухое время года проявления малой хореи наблюдаются значительно реже, чем в холодные, дождливые месяцы. Гистологически в мозге обычно обнаруживают дезорганизацию соединительной ткани стенок мелких сосудов и капилляров в виде мукоидного набухания, фибриноидного превращения, склероза и гиалиноза, развивающихся на фоне повышенной тканевой и сосудистой проницаемости.

В мелких сосудах и капиллярах происходит пролиферация эндотелия, наблюдаются эндоваскулиты, микротромбозы. Около измененных сосудов развивается очаговое разрежение нервных клеток с размножением глии. Часто наблюдаются продуктивные энцефалиты с образованием в ткани мозга воспалительных узелков — неспецифических глиогранулем, состоящих из лимфоидных клеток, гистиоцитов, единичных нейрофитов и элементов глии. Сосудистые и воспалительные изменения при хорее локализуются в подкорковых узлах (полосатом и хвостатом телах, зрительном бугре), в гипоталамической области, ножках мозжечка, среднем и продолговатом мозге, но редко распространяются на кору и другие отделы головного мозга [1, 2].

Патогенез малой хорей рассматривается как хроническое аутоаллергическое поражение соединительной ткани, главным образом ее межуточного вещества со вторичными изменениями в паренхиматозных органах. В нервной системе при малой хорее также поражаются ее соединительнотканые компоненты — сосуды, мозговые оболочки, строма plexus chorioideus. Нервные клетки и волокна страдают вторично. Характерно снижение тонуса сосудов, что влияет также на проявления малой хорей. Малая хорей — первое клиническое проявление ревматизма у многих детей. Изменения сердца, большей частью нетяжелые, могут выявиться позднее, иногда через несколько лет.

У значительной части больных малой хореей эти изменения выражаются только небольшим расширением его границ, функциональными шумами у основания, нерегулярностью сокращений, причем все они имеют обратимый характер. В показателях крови иногда отмечается умеренный лейкоцитоз, лимфоцитоз, эозинофилия, СОЭ в пределах нормы, иногда умеренно увеличена. Многообразные поражения ЦНС при малой хорее можно сгруппировать в следующую типичную триаду симптомов: изменения психики, хореические гиперкинезы и снижение мышечного тонуса [3]. Изменения психики относятся к ранним симптомам.

Неврозоподобный синдром (повышенная раздражительность, обидчивость, слезливость, немотивированная смена настроения, «капризы», рассеянность, забывчивость, сон с медленным засыпанием и легким пробуждением) присущ многим заболеваниям, особенно у детей. Постепенно к этим явлениям присоединяются двигательные нарушения — неловкость и нечеткость движений, двигательное беспокойство, гримасничание, гиперкинезы, меняется почерк. Насильственные движения выражены в мышцах лица, шеи, туловища, в

проксимальных и дистальных отделах рук и ног. Гиперкинезы постепенно нарастают в интенсивности, затрудняется не только письмо, но и ходьба, самостоятельный прием пищи. При тяжелых поражениях мышц гортани больные совсем перестают говорить (хореический мутизм).

Эмоциональное напряжение, особенно неприятные эмоции, резко усиливают гиперкинезы, во сне они прекращаются. Характерны симптомы языка и век — невозможность держать высунутым язык при закрытых глазах. При вдохе стенка живота втягивается вместо нормального выпячивания (симптом Черни). Мышечная гипотония может быть выражена в разной степени. При выраженном снижении мышечного тонуса гиперкинезы малозаметны. При chorea mollis — мягкой, паралитической хореи — наблюдается картина псевдопараличей, когда больной не может выполнить произвольные движения из-за атонии мышц. Отмечена известная корреляция между изменениями психики и очаговыми расстройствами ЦНС: состояние резкого психического возбуждения чаще наблюдается у больных с грубо выраженными гиперкинезами и заметной мышечной гипотонией.

Сухожильные рефлексy у большинства больных остаются сохранными. Чувствительных расстройств при малой хореи не наблюдается. Спинномозговая жидкость, как правило, не изменена. Иногда повышается ликворное давление. ЭЭГ при малой хореи выявляет диффузную по всей коре недостаточность альфа-ритма, преобладание нерегулярных медленных волн. У больных с гемихореей изменения на ЭЭГ выражены в обоих полушариях. При клиническом выздоровлении нормализация на ЭЭГ не наступает. В случаях, когда малая хорея является первым проявлением ревматизма у ребенка, ЭЭГ может быть нормальной [2].

В течении малой хореи отмечаются периодические усиления и стихания неврологических симптомов. Чем более резко выражена гипотония мышц, тем медленнее протекает заболевание; chorea mollis имеет затяжное течение. Примерно у половины больных малая хорея рецидивирует, рецидив чаще наступает через 1-2 года. Количество рецидивов различно: от одного-двух до многих. Диагноз «малая хорея» ставится на основании постепенного развития гиперкинезов и снижения мышечного тонуса при наличии изменений со стороны психики и сосудистых расстройств. Ревматизм или частые ангины в анамнезе подтверждают диагноз, но следует помнить, что малая хорея — нередко первое клиническое проявление ревматизма. Прогноз при малой хореи благоприятный.

Летальные исходы редки и обусловлены не хореей, а тяжелым поражением сердца. Комплексная терапия и сезонная противоревматическая профилактика уменьшают возможность рецидивов [1]. Приводим клиническое описание случая ревматической хореей с выраженными хореическими гиперкинезами. Пациент Г., 6 лет, поступил с жалобами на непроизвольные вздрагивания, слабость. В начале сентября перенес ветряную оспу с гипертермией, в конце сентября у ребенка появились незначительные подергивания в лицевой мускулатуре, слабость. Обратились на прием к педиатру по месту жительства. Установлен диагноз «невроз (тики)».

Лечился седативными травами. Со слов родителей, в течение 2-3 недель отмечалось незначительное улучшение. До декабря у ребенка отмечались редкие вздрагивания, затем гиперкинезы и вздрагивания участились и усилились. Вновь родители обратились к педиатру по месту жительства в связи с ухудшением состояния. С диагнозом «резидуальное органическое поражение головного мозга в форме диффузной мышечной гипотонии, двусторонней пирамидной недостаточности, невроз навязчивых движений» ребенок был направлен в консультативную поликлинику.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Детская ревматология (Руководство для врачей) / А.А. Баранов, Л.К. Баженова, 2002. — С. 49.
2. Тюрин Н.А. Особенности современного течения малой хореей у детей / Н.А. Тюрин, В.А. Артамонова, К.А. Александрова и др. // Педиатрия. — 1987. — №2. — С. 20–23.
3. Кантемирова М.Г. Острая ревматическая лихорадка у детей: облик болезни в начале XXI века / М.Г. Кантемирова, О.А. Коровина, В.А. Артамонова и др. // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. — М., 2012. — № 91 (5). — С. 17–21.