

0,5+0,1см. При оценке степени тяжести ИИ по Скандинавской шкале инсульта в основной группе средний балл составил 42,4 + 1,3, в группе сравнения — 44,2 + 1,2; Индекс Бартел в основной группе 69 + 4,1, в группе сравнения –70 + 1,2. Установлена взаимосвязь показателей уровня свертывающей системы крови (фибриногена) и показателем железа крови, при повышении уровня фибриногена снижается уровень железа.

Выводы: таким образом, своевременная диагностика и лечение железодефицитной анемии способствует снижению риска развития ишемического инсульта.

Литература

1. Гузева В.И., Артемьева С.Б., Авакян Гагик Норайрович. Федеральное руководство по детской неврологии. 2016.
2. Суслина З.А., Танащян М.М., Ионова В.Г. Ишемический инсульт: кровь, сосудистая стенка, антитромботическая терапия. М., 2005.
3. Румянцев А.Г., Масчан А.А., Чернов В.М., Тарасова И.С. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии. 2015. С. 6–18.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА НА НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС

Евдокимова А.Д.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Гайнетдинова Д.Д.
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Казанский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: детский церебральный паралич (ДЦП) — заболевание центральной нервной системы с преимущественным поражением двигательной сферы, при котором довольно часто развиваются осложнения, связанные с нарушением работы других органов и систем, в том числе нарушения нутритивного статуса. Существуют публикации, отражающие значимость этой проблемы, поскольку нарушения нутритивного статуса у детей с церебральным параличом существенно снижают эффективность реабилитационных мероприятий [1].

Цель исследования: изучить распространенность нарушений нутритивного статуса у детей с ДЦП, их связь с длительностью течения заболевания.

Материалы и методы: обследовано 54 пациента от 1 года до 17 лет, находящихся на реабилитации в Детской республиканской клинической больнице МЗ РТ с 2016 по 2018 год с различными формами ДЦП. Оценка моторных функций проводилась по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System). Оценка антропометрических данных осуществлялась с использованием программного обеспечения WHO Anthro и WHO Anthro Plus, центильных таблиц ВОЗ для детей с церебральным параличом. Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием Microsoft Excel.

Результаты: установлено, что риск развития нарушений нутритивного статуса тем выше, чем тяжелее уровень двигательных расстройств по шкале GMFCS. Так при I уровне по шкале GMFCS нарушения нутритивного статуса имелись у 42,9% детей, а при V уровне по GMFCS — у 100% обследованных. При распределении пациентов по уровню GMFCS в зависимости от степени нарушений нутритивного статуса выявлено, что при I степени по шкале GMFCS выявлен дефицит массы тела только легкой степени (42,9% обследованных). При II и III уровне по шкале GMFCS выявляется дефицит массы тела средней степени тяжести и тяжелой степени соответственно. Наибольшая доля пациентов с тяжелой степенью дефицита массы тела выявлена при V уровне по шкале GMFCS (57,1%). Так же была выявлена взаимосвязь между длительностью заболевания и степенью белково-энергетической недостаточности. У детей с I, II, III уровнем по шкале GMFCS корреляционная связь между длительностью заболевания и степенью выраженности нарушений нутритивного статуса прямая средней силы (0,69 при $p < 0,01$), при IV, V — прямая сильная связь (0,753 при $p < 0,01$).

Выводы: таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод о том, что выраженность нарушений нутритивного статуса находится в зависимости от уровня двигательных расстройств. Степень нарушений нутритивного статуса находится в зависимости от длительности заболевания. Риск развития недостаточности выше при IV, V уровне по шкале GMFCS.

Литература

1. Ситникова Е.П., Леонтьев Е.А., Сафонова Н.Г. Влияние уровня двигательных возможностей на развитие нутритивных нарушений у детей с ДЦП // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. Т. 6. № 5(48). С. 69–71.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВИСОЧНОЙ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Савицкая О.Н., Зинкевич А.А., Близнякова Д.С.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Касумов В.Р.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: по данным Международной Противоэпилептической Лиги (ИЛАЕ) во всём мире около 65 млн человек страдают эпилепсией [1]. Височная эпилепсия — одна из наиболее распространённых симптоматических фокальных форм заболевания [2]. Современная диагностика играет основополагающую роль в вопросе выбора тактики лечения. [2, 3].

Цель исследования: определить роль современных методов нейровизуализации в диагностике фармакорезистентной височной эпилепсии.

Материалы и методы: в основу работы положены результаты обследования 50(100%) пациентов (из них 27 (54%) женщин и 23 (46%) мужчин в возрасте от 18 до 70 лет, средняя длительность заболевания 14,5 лет) с фармакорезистентной височной эпилепсией. Все больные были обследованы согласно протоколам, рекомендованным ИЛАЕ.

Результаты: простые парциальные приступы выявлены у 13(26%) человек, комплексные парциальные у 14 (28%), вторично-генерализованные у 16 (32%), абсансы у 7 (14%). Наблюдались следующие типы аур: психическая — у 9 (41%) человек, вегетативно-висцеральная — у 4 (18%), слуховая — у 3 (14%), зрительная — у 2 (9%), вкусовая — у 2 (9%), соматосенсорная — у 2 (9%). По данным МРТ у 7 (14%) пациентов не выявлено грубых структурных изменений ГМ, у остальных 43 (86%) больных выявлены: рубцово-глиозно-кистозные и атрофические изменения у 17 (34%), гиппокампальный склероз — у 13 (26%), фокальная кортикальная дисплазия у 5 (10%), гидроцефалия у 3 (6%), доброкачественные опухоли — у 3 (6%), арахноидальные кисты — у 2 (4%). По данным ЭЭГ: региональная пик-волновая активность выявлена у 35 (70%) пациентов, генерализованная пик-волновая активность — у 10 (20%), замедление основной активности фоновой записи у 5(10%). По результатам ПЭТ: выявлены участки гипометаболизма, соответствующие зонам метаболического дефицита вокруг очага эпилептической активности.

Выводы: использование современных методов нейровизуализации(МРТ, ПЭТ), электрофизиологического исследования (ЭЭГ) для диагностики фармакорезистентной формы височной эпилепсии в клинической практике, позволяет локализовать эпилептический очаг и выработать правильную тактику хирургического и консервативного лечения пациентов.

Литература

1. Авакян Г.Н., Блинов Д.В., Лебедева А.В., Бурд С.Г., Авакян Г.Г. Классификация эпилепсии Международной Противоэпилептической Лиги: пересмотр и обновление 2017 года. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2017; 9 (1): 6–25.
2. Касумов В.Р. Диагностика и дифференцированная тактика хирургического лечения височной эпилепсии. 2006; диссертация.
3. Руководство по детской неврологии / Под ред. В.И. Гузевой. 3-е изд. 2009. С. 395–413.