

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.