

в двух группах обследованных были наиболее часто встречаемыми симптомами при НЛН (от 60% до 100%). После лечения указанные симптомы уменьшились в обеих группах, но динамика преобладала в основной группе. Реже у больных встречались такие симптомы как боль в заушной области, симптом Белла, симптом ресниц, лагофтальм, слезотечение который отмечались со средней частотой встречаемости (от 40 до 60%). Ксерофтальм, гипераккузия относились к редко встречаемым симптомам (от 25 до 35%). По клинико-неврологической характеристике больных с НЛН в динамике лечения, все клинические симптомы уменьшились практически в обеих группах обследованных, но их динамика преобладала в I-й группе по сравнению со второй. В начале заболевания болевой синдром в виде боли в заушной области, то нами проведен анализ интенсивности болевого синдрома по шкале ВАШ. В обеих группах больных была выраженная динамика болевого синдрома в сторону регресса. Однако выраженность регресса болевого синдрома преобладала в группе больных, получавших L-лизин эсцинат. Уже на 6-й день лечения в I-й группе больных регресс болевого синдрома отмечался на 27,4%, на 12-й день — на 75,3%. Во второй группе больных регресс был менее выражен и равнялся соответственно 19,7% и 55%. Так, что в I-й группе больных регресс болевого синдрома был более интенсивен. На 12-й день лечения в I-й группе больных с легким течением увеличилось на 75%, со средней тяжестью уменьшилось на 25%, а случаев с тяжелой степенью заболевания не отмечалось. В то время как во II-й группе регресс был менее очевидным, равнялся соответственно 57,1%, 35,7% и 71%. Уже на 6-й день в I-й группе, по сравнению со II-й заметно увеличилась доля больных с легкой и умеренной дисфункцией, на фоне уменьшения числа больных со среднетяжелой и тяжелой дисфункцией. На 12-й день лечения опережение в I-й группе больных было более заметным ($P < 0,05$).

Выводы: Применение противоотечной терапии в виде L-лизина эсцината в комплексной терапии острого периода НЛН ускоряет сроки восстановления двигательной функции в 1,5–2 раза.

Литература

1. Евтушенко С.К., Морозова Т.М., Прохорова Л.М. Рецидивирующая семейная невропатия лицевого нерва у девочки 9 лет // Междунар. неврол. журнал. 2010. № 3(33). С. 58–60.
2. Пітик М.І. Невропатія лицевого нерва: особливості патогенезу, діагностики й лікування в дітей та підлітків // Междунар. неврол. журнал. 2009. № 1(23). С. 85–90.
3. Островая Т.В. Роль препарата L-лизин-эсцинат в современной стратегии нейропротекции. Вопр эксперим и клин мед 2008;2(12):39–49.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СТРУКТУРНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У РЕБЕНКА С ФОКАЛЬНОЙ КОРКОВОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Близнякова Д.С., Григорчук В.А.

Научный руководитель: к. м. н. Охрим И.В., д. м. н. доцент Гузева О.В.

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: фокальная корковая дисплазия (ФКД) — гетерогенная группа локальных мальформативных нарушений коры и подлежащего белого вещества головного мозга. ФКД — наиболее часто выявляемая на МРТ кортикальная мальформация, диагностируемая от 11,8% до 28% случаев идентифицируемых пороков головного мозга.

По данным авторов, эпилептические приступы у детей с ФКД развиваются в 96% случаев, с манифестацией чаще в раннем (с синдромов Отахара и Веста) или школьном возрасте [1, 2].

Цель исследования: описание клинического случая ребенка со структурной эпилепсией и фокальной корковой дисплазией;

Материалы и методы: мальчик 14 лет 11 месяцев. Проведено неврологический осмотр, магнитно-резонансной томография с контрастом головного мозга, электроэнцефалография, а также лабораторные исследования;

Результаты: мальчик 14 лет 11 месяцев поступил на психоневрологическое отделение с жалобами на ежедневные приступы с 6 лет в виде замираний на несколько секунд, падений

продолжительностью от 3 до 10 секунд с частотой 1–2 раза в день, а также снижением внимания. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности. Неврологический статус: вес 52 кг, рост 160 см. Фолликулярный гиперкератоз на руках. Синдактилия 2–3 пальцев стоп. Эпикант. Горизонтальный нистагм. Сухожильные рефлексы повышены с расширением зон на верхних и нижних конечностях (D=S). Клонусы стоп. Гипомимия. МРТ с контрастом головного мозга: изменения соответствуют фокальной корковой дисплазией, МР-признаки венозной ангиомы левой лобной доли. Заключение окулиста: смешанный астигматизм прямого типа. Посттравматическая осумкованная гематома височной области слева. Глазное дно без патологии. Заключение ангиохирурга: легкая асимметрия лица за счет увеличения объема мягких тканей височной области слева. Пальпация безболезненная, патологической пульсации нет. Заключение логопеда: ОНР 3 уровня, функциональная моторная дислалия, дизартрия, стертая форма, дисграфия, смешанная дислексия. На электроэнцефалограмме выявлены умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, возрастной ритм замедлен, деформирован. Периодическое нерегулярное ритмическое замедление частота тета в левой лобно-центральной височной области. Типичных эпилептиформных изменений нет. Получал следующие антиэпилептические препараты (АЭП) — депакин, трилептал, ламотриджин, топамакс, финлепсин-ретард, бензонал, вимпат, кеппра. Концентрации АЭП в крови: бензонал 33,5 и 43,35 (норма 15–40), карбамазепина 6,7 и 3,7 и 7,3 (норма 4–12). Приступы на фоне приема препаратов сохранялись. На данный момент из терапии получает паглюферал и финлепсин-ретард;

Выводы: у пациента с фокальной корковой дисплазией отмечается формирование резистентности к антиэпилептической терапии. При проведении электроэнцефалографического исследования не выявлено эпилептиформных изменений. Наблюдаются частые приступы (1–2 раза в день), поведенческие нарушения. Рекомендовано хирургическое лечение.

Литература

1. Охрим И.В. «Особенности диагностики, лечения и прогноза симптоматических эпилепсий у детей с пороками развития головного мозга», диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук.
2. Гузева В.И. «Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей» «Медицинское Информационное Агентство (МИА)» (2007).

МОДИФИЦИРУЕМЫЕ И НЕМОДИФИЦИРУЕМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА УЛЬЯНОВСКА

Шарафутдинова Р.Р., Бахтогаримов И.Р., Вагапова Р.Т., Дудиков Е.М.

Научный руководитель: д. м. н. Машин В.В., д. м. н. Белова Л.А.

ГУЗ Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова города Ульяновска
Ульяновский государственный университет

Актуальность исследования: одной из социально важных современных проблем в неврологии является недостаточная эффективность профилактических мероприятий, направленных на снижение распространения цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) среди населения [1, 2].

Цель исследования: необходимо оценить охват модифицируемых и немодифицируемых факторов риска (ФР) развития ЦВЗ у взрослого населения г. Ульяновска и повысить эффективность профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы: на базе ГУЗ Городская поликлиника № 1 им. С.М. Кирова города Ульяновска обследовано 422 человека (149 мужчин и 273 женщины) в возрасте от 20 до 70 лет. Всех обследованных разделили на 2 группы. В I группу вошли взрослые возрастом до 40 лет (125 человек, что составило 29,7% от общего числа пациентов), во II группу взрослые старше 40 лет (297 человек, что составило 70,3% от общего числа обследованных). Для оценки результатов модифицируемых и немодифицируемых ФР ЦВЗ использовались программы Microsoft