

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

Office Excel 2007 и STATISTICA PORTABLE. Достоверность различий оценена по критерию Стьюдента (погрешность $p < 0,05$).

Результаты: в Ульяновске наиболее частыми модифицируемыми ФР ЦВЗ являются нерациональное питание — 67,5%, малоподвижный образ жизни — 55,7%, стрессовые состояния — 54,3%, повышенный индекс массы тела (ИМТ) — 51,6%. Высокое значение ИМТ выявлено чаще в группе II (66,1%), чем в I группе трудоспособного населения (32,8%), $p < 0,05$.

Выводы: в популяции Ульяновского региона преобладают модифицируемые ФР, которые относят к поведенческим. Очевидна необходимость усиления санпросвет работы среди взрослого трудоспособного населения для снижения распространенности ЦВЗ.

Литература

1. Всероссийское общество неврологов // Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте. 2015. С. 5–15.
2. Под редакцией проф. Л.В. Стаховской // Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. 2017. С. 5.

СОЧЕТАНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ (НЦД) ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

Соловьева Л.А.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Сахно Л.В.
Кафедра поликлинической педиатрии им. академика А.Ф. Тура
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: вопрос о нейроциркуляторной дистонии у детей является актуальным в связи с высокими рисками трансформации данного заболевания в органическую патологию [1, 2]. Выявление и коррекция вегетативных расстройств предотвращает возникновение хронической соматической патологии у детей.

Цель исследования: оценить возможные причинно-следственные связи сочетания НЦД по гипотоническому, гипертоническому типу с соматической патологией у детей.

Материалы и методы: проведено индивидуальное анкетирование родителей и детей в кабинете невролога ДПО № 64 Фрунзенского района (Амдур Ю.М.), непосредственное клиническое наблюдение. Анализ 28 клинических случаев (М-10, Д-18).

Результаты: у всех детей из выборки установлен диагноз нейроциркуляторная дистония. Среди них по гипотоническому типу — 6, по гипертоническому — 22. Возраст на момент исследования 6 л. 11 мес. — 16 л. 11 месяцев. Средний возраст на момент осмотра 12 л. 11 мес. Средний возраст установления диагноза 6 л. 2 мес. В анамнезе угроза прерывания беременности была выявлена в 39% случаев; НЦД среди матерей отмечалось в 21,4% случаев, среди отцов не выявлено. Сопутствующая патология не выявлена у 7 детей; поражение одной системы — 9; поражение двух и более систем — 10 человек. Таким образом, у 71% ($n=20$) пациентов с НЦД отмечается соматическая патология. В том числе поражение дыхательной системы 1 человек; мочевыделительной — 1; пищеварительной — 6; кроветворной — 3; эндокринной — 1; аллергопатологии — 8; патология органа зрения — 2.

Выводы: различий в нозологии сопутствующей соматической патологии при гипотоническом и гипертоническом типе НЦД не получено. Превалирование аллергопатологии в обеих группах, вероятно, обусловлено повышенной сенсibilизацией детского населения.

Литература

1. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии. 2009. С. 418–426.
2. Захарова И.Н., Творогова Т.М., Степурина Л.Л. Современные рекомендации по диагностике и лечению вегетативной дистонии у детей и подростков // Медицинский совет. 2016. № 16. С. 116–123.