

Mg ($p < 0,01$), Mn ($p < 0,01$), P ($p < 0,001$) и Zn ($p < 0,001$), повышено содержание K ($p < 0,001$) и Na ($p < 0,01$). У пациентов с ремиссиями припадков относительно пациентов с текущими припадками достоверно повышено содержание Ca ($p < 0,05$), Mg ($p < 0,01$), P ($p < 0,05$) и Zn ($p < 0,001$) и снижено содержание K ($p < 0,01$).

Каждый тип эпилептических припадков характеризуется определенными особенностями элементного состава, как по сравнению с контролем и общей группой пациентов, так и по сравнению друг с другом. Наиболее близкой к контролю является группа пациентов с абсансными формами эпилепсий, при неблагоприятном течении заболевания, наиболее характерном для тяжелых миоклонических эпилепсий, синдромов Веста и Леннокса — Гасто, отмечается выраженная дефицитарность по Ca, Mg, Mn, Fe и Zn при избыточном содержании Na и K. Наиболее отличающиеся показатели отмечены именно при распределении пациентов по типам припадков.

Частота и степень выраженности отклонений в элементном статусе у детей с эпилепсиями, выявленные нами, ставят вопрос о необходимости разработки мероприятий, направленных на коррекцию данных нарушений. С учетом биохимических эффектов макро- и микроэлементов, наиболее значимых с точки зрения эпилептогенеза, необходимости соблюдения баланса элементов в организме (на этапе поступления и на этапе усвоения), причем в течение длительного времени, в связи с хроническим течением заболевания, нами предлагается коррекционная система. Данная система включает: 1) диагностические мероприятия — необходимость исследования содержания макро- и микроэлементов у детей с эпилепсиями; 2) оптимизацию процессов всасывания поступающих в организм эссенциальных элементов путем мониторинга состояния органов желудочно-кишечного тракта и, при необходимости, проведения соответствующей терапии; 3) включение в схему лечения детей с эпилепсиями как препаратов, нормализующих функционирование нейрональных мембран, так и препаратов, влияющих на транспорт элементов к клеткам (комплексы олигопептидов и аминокислот); 4) индивидуальные (с ориентиром в качестве ведущего фактора на тип эпилептического припадка) с соблюдением возрастных нормативов поступления основных питательных веществ, витаминов и калорийности рациона, рекомендации по питанию для детей с эпилепсиями.

УДК 616.831-053.2

*Померанцева Т. И.**, *Винницкая О. А.**, *Можаева Н. Г.**,
*Фоменко Н. Н.**, *Шуйская И. Г.**, *Алипова Т. В.**,
*Воробьев К. Е.***, *Скоробогатова О. В.****

*Областная детская клиническая больница (г. Луганск)**,
*Городская детская больница № 3 (г. Луганск)***,

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»****

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Целью настоящей работы явилось изучение корреляций между клиническими проявлениями неврологических расстройств и характером морфологических изменений головного мозга с особенностями биоэлектрической активности мозга у детей в постнатальном периоде при патологических изменениях головного мозга, обусловленных перенесенной внутриутробной гипоксией плода и асфиксией новорожденных.

Нами обследовано 150 детей в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет с различными неврологическими проявлениями перинатально обусловленных поражений нервной системы у детей. Детально изучены особенности неврологического статуса указанной группы пациентов, проанализированы результаты магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ), а также особенности биоэлектрической активности мозга по результатам проведения электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Среди клинических проявлений перинатально обусловленных неврологических расстройств у детей были выявлены: двигательные нарушения — у 78 % пациентов, задержка психомоторного развития — у 52 % детей, признаки гидроцефальных проявлений у 38 % обследованных, эпилептический (судорожный) синдром выявлен у 23 % пациентов.

При проведении МРТ у 17 % пациентов обнаружены субдуральные кровоизлияния, чаще развившиеся у доношенных детей и локализовавшиеся на конвексимальной поверхности мозга с формированием хронических субдуральных гематом в лобных отделах, сочетающихся с атрофическими процессами подлежащих отделов мозга и умеренной гидроцефалией, что

указывало на сочетанное воздействие гипоксического и травматического факторов в повреждении головного мозга. У 38 % обследованных пациентов выявлены атрофические изменения мозговой ткани, преимущественно в лобно-височно-теменных областях, сочетающиеся с наличием кист, полимикрогирией, гидроцефалией, одно- и/или двусторонней локализацией. У 46 % больных детей определялась перивентрикулярная лейкомаляция, особенно у недоношенных в возрасте до 1 года, сопровождающаяся гидроцефалией и субатрофией мозгового вещества. Редко (до 7 %) обнаруживались внутримозговые кровоизлияния, локализующиеся преимущественно в подкорковых ядрах, реже — в стволе. У 34 % детей старше 1 года жизни выявлены различная степень и локализация гидроцефалии без отчетливых структурных изменений мозговой ткани.

При этом на ЭЭГ выявлены неспецифические, преимущественно диффузные изменения в виде медленных и острых волн, генерализованной медленноволновой активности с наличием межполушарной асимметрии преимущественно по амплитудным характеристикам, комплексы спайк — волна, острая — медленная волна. ЭЭГ картина в большинстве случаев наиболее отчетливо коррелировала с эпилептическим синдромом у детей и значительно меньше — с выявленными морфологическими изменениями головного мозга на МРТ.

Таким образом, клиничко-морфологические и ЭЭГ-корреляты у детей раннего возраста могут быть использованы для детализации реабилитационных мероприятий и решения вопроса о ближайшем прогнозе заболевания.

УДК 616.831-009.11-053.2:001.8

*Померанцева Т. И.**, *Шуйская И. Г.**, *Фоменко Н. Н.**,
*Винницкая О. А.**, *Алипова Т. В.**, *Скоробогатова О. В.***
*Областная детская клиническая больница (г. Луганск)**,
*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»****

РОЛЬ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Начиная с 1970 года в Луганской области с момента разделения детской психоневрологической помощи на психиатрическую и неврологическую, проблеме церебральных параличей (ЦП) всегда уделялось большое внимание. При прежних возможностях диагностики органических заболеваний нервной системы у детей конкретный диагноз ЦП поставить было сложно, т. к. многие заболевания нервной системы у детей раннего возраста манифестируют схожими по клиническим проявлениям симптомами. Однако время не стоит на месте, и на сегодня у нас появились возможности не только глубокого клинического обследования функций головного мозга, но и их объективизации — нейровизуализационные (УЗИ, КТ, МРТ), нейрофизиологические (ЭЭГ, ВП, ЭНМГ, ТКУЗДГ), медико-генетические, лабораторные (включая диагностику метаболических нарушений), иммунологические (ИФА, ПЦР и др.) исследования, позволяющие выделить из общей большой группы органических заболеваний нервной системы больных детей с диагнозом ЦП.

За 2009—2011 годы в отделении для детей с поражением центральной нервной системы Луганской областной детской клинической больницы (главный врач Л. М. Белецкая) находились на лечении 23, 24 и 61 ребенок соответственно в возрасте от 6 месяцев до 4-х лет с различными формами впервые усвоенного церебрального паралича.

По материалам работы отделения в 2011 году проведен анализ 61-го впервые выявленного случая ЦП (37 мальчиков, 24 девочки, 46 детей — жители городов, 15 детей — сельской местности). Диагностированы различные формы ЦП: у 37,7 % (23 ребенка) — спастическая гемиплегия (G 80.2), у 36 % (22 ребенка) — спастическая диплегия (G 80.1), у 24,6 % (15 детей) — двойная гемиплегия (G 80.0), в 1,6 % (1 ребенок) — атактическая форма ЦП (G 80.4).

Установлено сочетанное неблагоприятное воздействие патологии беременности, патологии родов и отклонений в состоянии беременной на формирование органического неврологического дефекта, в последующем трансформирующегося в разные возрастные периоды жизни ребенка в детский церебральный паралич. Наиболее значимыми, по нашим наблюдениям, явились в 55,7 % (34 случая) — недоношенная беременность, 49 % (30 случаев) — недостаточность маточно-плацентарного кровообращения, 34,4 % (21 случай) — гестозы второй половины беременности, протекающая в 61,7 % (38 случаев) на фоне разнообразных неблагоприятных состояний беременной: первородящие старшего возраста (более 30 лет) 13 % (8 случаев), юные

первородящие 13 % (8 случаев), вредные привычки (курение, употребление алкоголя) 11,5 % (7 случаев), употребление медикаментов и др. интоксикаций 11,5 % (7 случаев).

Обращает внимание, что оценка по шкале Апгар на 5 минуте более 6—7 баллов отмечена в 61,7 % (38 случаях), при этом у всех детей масса тела была более 1 кг. Основными церебральными нарушениями в неонатальном периоде являлись в 67,2 % (41 случай) — синдром двигательных нарушений (расстройство тонуса и объема движений), 36,1 % (22 случая) — синдром внутрочерепной гипертензии, 21,3 % (13 случаев) — синдром угнетения функции головного мозга, 19,7 % (12 случаев) — судорожный синдром, 16,4 % (10 случаев) — синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Отмечено, что клиническая характеристика церебральных нарушений существенно осложнялась в неонатальном периоде соматической и инфекционной патологией: в 14,8 % (9 случаев) — анемия новорожденного, 14,8 % (9 случаев) — ОРВИ и другие инфекции, 13,1 % (8 случаев) — пневмонии, 11,5 % (7 случаев) — гемолитическая болезнь новорожденного, 9,8 % (6 случаев) — ателектазы легких.

Данные о частоте ЦП меняются в зависимости от развития медицинской науки. Определяющее место в изучении проблем занимают диагностические критерии в различных возрастных группах, учитывая большие потенциальные возможности развивающегося мозга и клинический опыт детского невролога в правильности оценки эволюционно-возрастной динамики развития нервной системы ребенка. Эпидемиологические исследования ЦП нуждаются в постоянном совершенствовании и для представления истинной картины эпидемиологии ЦП должны проводиться по единым критериям. По мере накопления знаний и прогресса науки будут получены новые сведения, которые дадут возможность выделить из группы органических повреждений нервной системы у детей заболевания с идентичными этиопатогенетическими, клиническими, нейроморфофункциональными и другими признаками, найдя при этом правильное диагностическое определение этим состояниям.

УДК: 616.831-009.1-053.2/6+616-009.12+616-003.9

*Пономаренко Ю. Н., Власенко С. В., Ненько А. М., Мех П. И.
Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий
Министерства Оборона Украины (г. Евпатория)*

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ МОТОРИКИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

Развитие двигательных функций у больных детским церебральным параличом (ДЦП) является одним из ведущих направлений системы восстановительного лечения. Основными патологическими факторами, препятствующими физиологическому развитию движений у ребенка, больного ДЦП, и приводящими с течением времени к развитию контрактур и деформаций конечностей, являются мышечный гипертонус и активность нередуцированных тонических рефлексив. Стандартом лечения нейроортопедических синдромов была методика этапного гипсования (ЭГП) с последующим комплексным восстановительным санаторно-курортным лечением. После регистрации в Украине ботулотоксина реабилитационные возможности, направленные на снижение патологической спастичности мышц и профилактику образования контрактур значительно расширились. Количество больных, которым был введен препарат, несмотря на его достаточно высокую стоимость и отсутствие единой государственной программы, неуклонно росло. Ботулинотерапия также полностью не разрешила проблемы устранения патологического ограничения движений в сегментах конечностей. Поэтому, с целью усиления функционального эффекта от снижения спастичности возникла необходимость проведения курсов этапного гипсования на фоне действия ботулотоксина, что и отразилось на показателях, в виде постоянного роста сочетанного применения методик этапного гипсования и ботулинотерапии.

Такое сочетанное применение консервативных методик имело положительные последствия, что выразилось на показателях в хирургическом лечении, видах вмешательств. Анализируя данные по хирургической активности было определено, что средний возраст начала хирургического лечения у больных, получавших диспортотерапию, составил — $10,67 \pm 0,38$ лет, тогда как у пациентов, которым не проводилось снижение спастичности токсинном ботулизмом тип А (Диспорт) первые операции проводились в среднем уже

к $5,48 \pm 0,64$ годам (достоверность отличий между показателями $p < 0,01$), а повторные вмешательства осуществлялись в 86,89 % случаев. Количество сегментов конечностей, вовлеченных в контрактуры, у больных, регулярно получавших ботулинотерапию, в среднем составило $1,57 \pm 0,49$, второй и третьей — $3,24 \pm 0,76$ (достоверность отличий между показателями $p < 0,01$), контрактуры были однокомпонентными. Показателем эффективности данного подхода в терапии нейроортопедических синдромов является уровень двигательного развития детей проходивших регулярно, на протяжении нескольких лет, курсы ботулинотерапии (оценку проводили по шкале Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy (GMFCS)). В среднем он составил $3,43 \pm 0,49$ балла (в контрольной группе показатели были на уровне не выше $4,64 \pm 0,36$ балла, достоверность отличий между показателями $p < 0,01$, то есть самостоятельно практически никто не передвигался за счет сформированных сухожильно-мышечных контрактур), что характеризуется как самостоятельная ходьба с вспомогательными приспособлениями.

Таким образом, нейроортопедическое лечение формирующихся патологических контрактур является необходимым для эффективной реабилитации больных ДЦП, формой спастической диплегии. Отказ от данных видов лечения может приводить к развитию тяжелых многокомпонентных контрактур и деформациям конечностей, быть основной причиной задерживающей дальнейшее развитие ребенка. Вовремя проведенное, оперативное лечение дает возможность значительно расширить формирование двигательных навыков, самообслуживания, социальной адаптации.

УДК 616.831-005.4:616.857

Реминяк И. В.

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)*

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) — наиболее частые и инвалидизирующие заболевания головного мозга. На долю ишемических инсультов (ИИ) приходится 70—80 %. Несмотря на успехи в проведении научных исследований в области фармации, медицины, в частности неврологии, направленных на лечение и профилактику ОНМК, количество больных ИИ с каждым годом увеличивается, приобретая характер пандемии. Головная боль (ГБ) не является ведущей жалобой больных с ИИ, однако существуют особенности этого синдрома у данной категории пациентов. Патогенез ГБ при ИИ возможен связан с острой закупоркой мозговых артерий (тромбоз или эмболия) и возникновением сосудистых дистонических реакций, коллатералей, а также является следствием отека мозга, повышения внутрочерепного давления и раздражения ноцицептивных структур (сосудов и оболочек мозга).

В связи с этим целью нашего исследования было изучение особенностей ГБ у больных с ИИ. Нами проведено детальное обследование 128 больных ИИ в возрасте 53—77 лет (из них женщин 68, мужчин 60), длительностью заболевания до 6 мес. Всем больным проведено клинично-неврологическое, нейровизуализационное (КТ или МРТ) обследование. Среди обследованных пациентов у 45 % был диагностирован полушарный ИИ, у 37 % — транзиторная ишемическая атака (ТИА), у 18 % — лакунарный инсульт (ЛИ). Этиологическими факторами развития ИИ были атеросклероз, гипертоническая болезнь или их сочетание. Ряд пациентов страдали сахарным диабетом, фибрилляцией предсердий, курили. Среди обследованных пациентов у 67 % в патологический процесс были вовлечены бассейны средних мозговых артерий, у 33 % — вертебробазилярный бассейн. У 77 % больных отмечались очаговые неврологические синдромы. Симптоматика соответствовала локализации ишемического очага, пораженному сосудистому бассейну.

16 % пациентов жалоб на ГБ не предъявляли. Остальным пациентам, находящимся в сознании и не имеющим грубых речевых нарушений проводился диагностический тест количественной оценки ГБ по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). У 97 % обследованных больных ГБ была средней и малой интенсивности и соответствовала 3—7 баллам по ВАШ. Наибольшая интенсивность ГБ наблюдалась у больных с ТИА (5—7 баллов по ВАШ), а наименее выраженная у больных с ЛИ (3—4 балла по ВАШ). 3 % обследованных пациентов жаловались на интенсивную ГБ (8—9 баллов по ВАШ). У 67 % больных ГБ