

Выводы

1. Для детей с различным профилем ССЗ характерен полиморфизм жалоб, причем у большинства детей с АГ достоверно чаще регистрировались астеновегетативные жалобы.

2. По данным ЭКГ у детей с МАРС и ВПС чаще встречались нарушения проводимости, среди которых доминировали АВ-блокада 1 степени, укорочение интервала PQ, а также сочетанные нарушения ритма. Для детей, наблюдавшихся по поводу НРС, были характерны нарушения возбудимости (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия). Нормальная ЭКГ чаще регистрировалась у детей с ВД и АГ.

3. По данным ХМ у детей с различными ССЗ имели место различные классы аритмии, при этом у большинства детей с ВД и АГ была выявлена аритмия I класса, что свидетельствует о прогностически благоприятном течении заболевания. Наиболее значимые аритмии (выше II класса) чаще выявлялись у детей с МАРС, НРС и ВД, при этом пробежки желудочковой тахикардии (V класс аритмии) преобладали в группе детей с ВПС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Л. М.* Детская кардиология и ревматология: практическое руководство / Л. М. Беляева. — М.: Мед. информ. агентство, 2011. — 584 с.
2. *Беляева, Л. М.* Нарушения ритма сердца и проводимости у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева, Е. А. Колупаева. — Минск, 2006. — 48 с.
3. *Гутхайль, Х.* ЭКГ детей и подростков / Х. Гутхайль, А. Линдингер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 256 с.
4. *Макаров, Л. М.* ЭКГ в педиатрии / Л. М. Макаров. — М., 2006. — 544 с.
5. *Скуратова, Н. А.* Рекомендации по допуску детей к занятиям спортом. / Н. А. Скуратова, Л. М. Беляева, Е. Ю. Проценко // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 1. — С. 58–63.

УДК 616-033.31-053.4/7

АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НА ФОНЕ ЭПИЛЕПСИИ

Скуратова Н. А., Победин Д. А.

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Нейровизуализация — неотъемлемое звено диагностики, позволяющее выявить патологический процесс, определить этиологический и синдромальный диагноз, а в ряде случаев прогноз и тактику лечения [1].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) по информативности превышает ультразвуковую и рентгеновскую компьютерную томографию в большинстве случаев локально-обусловленных эпилепсий. МРТ позволяет выявить минимальные структурные изменения в коре головного мозга, являющиеся причиной развития заболевания, а в определенных случаях — уточнить границы предполагаемой зоны оперативного вмешательства. Возможности метода МРТ в диагностике этиологии эпилепсии изучены недостаточно, методики обследования пациентов находятся в стадии совершенствования [2, 4].

Согласно рекомендациям Международной противоэпилептической лиги при первичной постановке диагноза эпилепсии обязательным является проведение МРТ головного мозга (за исключением идиопатических форм эпилепсии с четко очерченной клиникой и ЭЭГ-картиной). Это связано с тем, что более чем в 60 % случаев первичной эпилепсии заболевание развивается на фоне морфологических изменений в ткани го-

ловного мозга, которые можно выявить при проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ). Изменения структуры головного мозга, вызывающие эпилепсию, очень разнообразны. У детей раннего возраста чаще всего выявляются пороки развития головного мозга, последствия перенесенных внутриутробных инфекций и кровоизлияний [3]. При этом, пароксизмальные состояния (ПС) у детей отличаются высокой частотой, выраженным полиморфизмом и привлекают внимание исследователей разных специальностей.

Цель

Оценить результаты МРТ головного мозга и провести анамнестическую характеристику детей с пароксизмальными состояниями эпилептического генеза.

Материал и методы исследования

В неврологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы обследовано 35 детей, находившихся на лечении по поводу пароксизмальных состояний. Среди них: 15 (42,9 %) мальчиков и 20 (57,1 %) девочек. У пациентов анализировались данные анамнеза жизни и заболевания, жалобы, особенности клинической картины и данные магнитно-резонансной томографии головного мозга (МРТ).

МРТ головного мозга проводилась на высокопольном магнитно-резонансном томографе закрытого типа Philips Ingenia 1,5 T.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре ПС эпилептического генеза по МКБ-10 у детей выделены следующие диагнозы: G40.0 — Локализованная (фокальная, парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом — 2 (5,9 %) детей, G40.1 — Локализованная (фокальная, парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками — 8 (22,8 %) детей, G40.3 — Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы — 8 (22,8 %) детей, G40.5 — Особые эпилептические синдромы — 1 (2,8 %) ребенок, R56.8 — Другие и неуточненные судороги — 16 (45,7 %) детей.

По данным анамнеза установлено, что патология беременности и отклонения в антен- и интранатальном периоде выявлены в 2 (5,7 %) случаях, отставание в психомоторном развитии на 1 году жизни — у 3 (8,5 %) детей, отягощенная наследственность по эпилепсии — у 3 (8,5 %) пациентов.

По времени возникновения ПС: до 1 года (2,8 %) — в 1 (2,8 %) случае, до 5 лет — в 4 (11,4 %) случаях, до 10 лет — в 14 (41,8 %) случаях, до 17 лет — в 16 (44 %) случаях. По путям госпитализации пациентов в отделение: экстренная госпитализация зарегистрирована у 13 (37,1 %) детей, плановая — у 22 (62,9 %) пациентов.

По клиническим данным абсансы были выявлены в 5 (14,2 %) случаях, тонико-клонические приступы (ТКП) — у 30 (85,8 %) детей, из них: генерализованные — у 13 (43,3 %) детей, негенерализованные — у 17 (56,7 %) лиц, моторные — в 10 (33,3 %) случаях, немоторные — у 20 (66,7 %) детей.

При анализе условий возникновения приступов выявлено, что у 2 (5,7 %) детей ПС возникали на фоне острой респираторной инфекции без повышения температуры, у 4 (11,4 %) детей — с повышением температурной реакции. В период сна ПС регистрировались у 10 (34,2 %) детей, у 5 (17,1 %) — на фоне появления головной боли, у 1 (2,8 %) ребенка ПС возникло на уроке физкультуры, у 8 (28,8 %) лиц — на фоне полного благополучия, резко сменяющегося головокружением и слабостью. При этом ПС с потерей сознания выявлены у 7 (22,8 %) лиц, без потери сознания — у 23 (77,2 %) пациентов.

По данным МРТ головного мозга у детей зарегистрирована следующая патология: кистозно-глиозные изменения в теменно-затылочных долях головного мозга — 1 (2,8 %) случай, ретроцеребеллярная киста — 1 (2,8 %) случай, мелкоочаговые изменения в лобных долях — 1 (2,8%) ребенок, киста шишковидной железы — 9 (25,7%) па-

циентов. У 23 (65,7 %) детей специфических изменений по данным МРТ головного мозга не обнаружено.

Выводы

1. В структуре пароксизмальных состояний эпилептического генеза у детей 5–17 лет преобладали R56.8 (42,8 %) — Другие и неуточненные судороги, что свидетельствует о полиморфной клинической картине ПС у детей. При этом манифестация клинических проявлений ПС у большинства детей возникала в школьном возрасте, а неврологическом статусе детей доминировали негенерализованные, немоторные тонико-клонические судороги.

2. По данным МРТ головного мозга у большинства детей патологии не было выявлено, однако в единичных случаях у пациентов с пароксизмальными состояниями зарегистрированы микроструктурные поражения головного мозга, такие как кистозно-глиозные изменения в теменно-затылочных долях, ретроцеребеллярная киста, мелкоочаговые изменения в лобных долях и др. Данные особенности могут обуславливать тяжесть заболевания и отягощать его течение в будущем.

3. МРТ-исследование головного мозга, проводимое в соответствии с клинико-анамнестическими данными, высокоинформативно в выявлении структурных и микроструктурных изменений головного мозга у детей с пароксизмальными состояниями и позволяет усовершенствовать диагностику пароксизмальных состояний с дебютом в детском возрасте и разработать алгоритмы ведения данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Верещагин Н. В.* Мозговое кровообращение. Современные методы исследования в клинической неврологии / Н. В. Верещагин, В. В. Борисенко, А. Г. Власенко. — М.: Интер-Весы, 1993. — 143 с.
2. *Галайдин, П. А.* Основы магнитно-резонансной томографии: учеб. пособие / П. А. Галайдин, А. И. Замятин, В. А. Иванов. — СПб.: СПбГИТМО, 1998. — 24 с.
3. *Коновалов, А. Н.* Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии / А. Н. Коновалов, В. Н. Корниенко, И. Н. Пронин. — М.: Видар, 1997. — 472с.
4. *Торстен, Б.* Норма при КТ- и МРТ-исследованиях / Б. Торстен, С. Меллер, Э. Райф. — М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 254 с.

УДК 613.79-053.2

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗОПАСНОГО СНА РЕБЕНКА

Стасевич О. И.^{1,2}, Ненартович И. А.¹, Почкайло А. С.¹

¹Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь,

²Учреждение здравоохранения

«Дзержинская центральная районная больница»

г. Фаниполь, Минская область, Республика Беларусь

Введение

Согласно определению, принятому на 2-й Международной конференции по внезапной смерти детей, под синдромом внезапной детской смерти (СВДС) понимают неожиданную ненасильственную смерть видимо здорового ребенка грудного возраста, при которой отсутствуют адекватные для объяснения причины смерти, данные анамнеза и патоморфологического исследования [3]. В федеральных клинических рекомендациях (2015 г.) подчеркивается, что при СВДС смерть ребенка от 7 дней до 1 года жизни остается необъяснимой после проведения полного посмертного обследования, включающего вскрытие, исследование места смерти и анализ медицинской документации [1]. В МКБ-10 данный синдром обозначен как «внезапная смерть грудного ребенка» под рубрикой R95.0 в разделе «неизвестные причины смерти» [2].