

обратной связью), можно сделать вывод, что в группе больных идиопатическим паркинсонизмом наиболее устойчивой является вертикальная поза при спокойном стоянии с открытыми глазами, а ограничение сенсорного контроля (глаза закрыты) приводит к нестабильности вертикального положения и достоверным изменениям амплитудных стабилметрических показателей, в группе практически здоровых лиц наиболее устойчивой является вертикальная поза при спокойном стоянии с открытыми глазами.

Список использованной литературы:

1. Карагеоргий Н. М., Алтухова Н. В. Использование трудотерапии как средства адаптивной физической культуры комплексной реабилитации лиц, страдающих болезнью паркинсона - Вестник ТГПУ (Томский Государственный Педагогический Университет). (TSPU Bulletin). 2015. № 1- С [153].
2. Костенко Е.В., Маневич Т.М., Петрова Л.В. Комплексная реабилитация пациентов с болезнью Паркинсона . Журнал «Лечебное дело» №1 2015
3. Митько Е. В., Авраменко О. Н., Дугина Л. В.. «Физическая реабилитация при паркинсонизме» Журнал Слобожанський науково-спортивний вісник 2013 №5 [38].
4. Похабов А.В. Реабилитация больных с нарушениями ходьбы при паркинсонизме Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2012 № 10 [2] –С. 20-24.
5. Смоленцева И.Г., Губайдулина Р.Ф., Кривонос О.В., Амосова Н.А., Маслюк О.А., Чупина Л.П. «Реабилитация двигательных функций у пациентов с болезнью паркинсона» - Журнал « Вестник Здоровье и образование XXI веке» 2013, том 15 [12].
6. Alvarez MV, Grogan PM, Rodriguez M: Connecting with Kinect (R) to improve motor and gait function in Parkinson's disease. Mov Disord 2012, 27:S297–S297.
7. Gammon M. Earhart, Leland E. Dibble, Terry Ellis, and Alice Nieuwboer Rehabilitation and Parkinson's disease 2013 Journal of neuroengineering and rehabilitation Vol 2013
8. Gillian Barry, Brook Galna and Lynn Rochester The role of exergaming in parkinson's disease rehabilitation: a systematic review of the evidence Journal of neuroengineering and rehabilitation 2014.

©Д.М. Буриева , С.З. Хакимова, А.Т. Джурабекова, 2015

УДК 616-073.853.053

С.С. Игамова

ассистент кафедры «Неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии»
Самаркандский государственный медицинский институт

Н.Ф. Вязикова

к.м.н. ассистент кафедры «Неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии»
Самаркандский государственный медицинский институт

Ф.С. Хамедова

ассистент кафедры «Неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии»
Самаркандский государственный медицинский институт

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Аннотация

Проведена электроэнцефалография 105 детям, страдающим эпилепсией. Выявлены особенности ЭЭГ-паттернов при генерализованных и парциальных припадках у детей различных возрастных категорий.

Ключевые слова

Электроэнцефалография, эпилепсия, дети

Актуальность изучения проблемы эпилепсии у детей обусловлена высокой распространенностью заболевания и нередко тяжелыми медико-социальными и инвалидизирующими последствиями [1, с 27-23]. В 60–70 % случаев эпилепсия дебютирует в детском возрасте [2, с 166; 3, с 720], поэтому от своевременности и адекватности лечения зависит дальнейшее развитие ребенка, а впоследствии – и состояние здоровья взрослого человека. Проявления припадков в детском возрасте имеют существенные отличия: часто они протекают атипично, имеют стертый вид, а изменения при электроэнцефалографическом исследовании не соответствуют клинической картине.

Цель исследования: изучить особенности ЭЭГ-паттернов при генерализованных и парциальных припадках у детей различных возрастных категорий.

Материалы и методы: проведено электроэнцефалографическое (ЭЭГ) исследование у 105 пациентов (56 мальчиков (53,3%), 49 девочек (46,7%)) в возрасте от 3 месяцев до 18 лет (средний возраст 14,3±4,2) (таблица 1) с различными формами эпилепсии, находившихся на стационарном лечении в Клинике СамМИ.

Таблица 1

Распределение заболеваемости эпилепсией в зависимости от возраста (в абс. числах)

Возраст	Число пациентов (n=105)
3 месяца – 1 год	10
От 1 года до 3-х лет	15
От 3 до 7 лет	24
От 7 до 15 лет	18
От 15 до 18 лет	38

ЭЭГ выполняли с соблюдением стандартных условий в моно- и биполярных отведениях. Кроме фоновой записи, использовали функциональные пробы – световую ритмическую стимуляцию, гипервентиляцию в течение 3 минут, сон. Детей обследовали на фоне терапии противосудорожными препаратами.

Результаты и обсуждение: распределение эпилептических припадков представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение эпилептических припадков в зависимости от форм и возраста (в %).

Характер припадков	Возраст	
	От 3 месяцев до 14 лет (n=67)	От 15 до 18 лет (n=38)
Первично-генерализованные, тонико-клонические, клонические, тонические	26,9	31,6
Вторично-генерализованные	17,9	18,4
Абсансы	28,4	21
Миоклонические	4,5	5,3
Простые парциальные	13,4	13,2
Сложные парциальные	8,9	10,5

ЭЭГ изменения варьировали от незначительных, представляющих вариант нормы (пограничных), до грубых. Нормально организованный ритм ЭЭГ наблюдался в 7,6 % случаев (8 наблюдений), патологические формы активности (острые волны, комплексы «пик-волна», спайки, пароксизмальные разряды высокоамплитудных волн различного диапазона) наблюдались в 82,9% случаев. Степень изменений на ЭЭГ у детей, страдающих эпилепсией, зависит от их возраста. В нашем исследовании у детей ранних возрастных групп и дошкольного возраста дезорганизованный тип ЭЭГ отмечен в 46,9% наблюдений. Гиперсинхронный ритм, представленный заостренным по форме альфа – ритмом с приближающимися к норме частотными параметрами, с высокой амплитудой - до 100 мкВ и выше и распространяющийся в передние отделы мозга с асимметрией по полушариям зарегистрирован в 55,1% случаев. Пароксизмальная активность регистрировалась в 36,7% случаев, наибольший удельный вес (55,6%) составили пароксизмальные разряды гиперсинхронных волн дельта – и тета диапазона. Изменения на ЭЭГ у 55,6% детей 7-15 лет с эпилепсией носили диффузный характер. Нормально организованный ритм отмечался у 11,1 % обследованных данной возрастной группы. Преобладал гиперсинхронный тип изменений ЭЭГ, который характеризовался доминированием альфа – или тета – ритма амплитудой более 100-120 мкВ и периодической синхронизацией до 200 мкВ при сглаженных зональных различиях. Пароксизмальная активность, выявленная у 77,8% пациентов данной возрастной группы, была представлена разрядами полиморфных эпилептических комплексов у 57,2%

детей, высокоамплитудных острых волн и комплексов «пик-волна» у 28,6%. У детей 15-18 лет пароксизмальная активность была выявлена в 60,5% и представляла разряды полиморфных эпилептических комплексов в 43,5% случаев. Высокоамплитудные острые волны и комплексы «пик-волна» выявлены в 30,4% случаев.

По нашим наблюдениям у больных с первично-генерализованными припадками типа «абсанс» были обнаружены генерализованные пароксизмальные разряды из комплексов «пик-волна» с частотой 3,0-3,5 Гц, в то время как при атипичных абсансах частота составляла 2,0-2,5 Гц. Чаще всего (в 63,3% случаев) наблюдались первично-генерализованные тонико-клонические припадки, при которых преобладали генерализованные разряды из полиморфных комплексов и остроконечных медленных волн. У детей, страдающих эпилепсией с простыми и сложными парциальными припадками, в межприступном периоде на ЭЭГ выявлялись преимущественно диффузный характер изменений, билатеральные синхронные разряды медленных волн тета-диапазона, нередко с латерализацией в ту или иную область. У детей до 10 лет наиболее часто очаговые изменения наблюдались в затылочных областях, в то время как в более позднем возрасте они локализовались в основном в височных областях.

Выводы: таким образом, у 105 детей, страдающих эпилепсией, в межприступном периоде обнаружены патологические формы активности, характер которых зависит от возраста ребенка: чем он младше, тем грубее изменения биоэлектрической активности головного мозга. Пароксизмальная активность на ЭЭГ в детском возрасте была представлена в основном остроконечными медленными и полиморфными комплексами. Характерны также множественные очаги, чаще синхронные в обоих полушариях, нередко с латерализацией. У детей 7-10 лет подобные очаги локализовались в затылочной или теменно-затылочной области, старше 10 лет - в затылочно-височных областях.

Список использованной литературы:

1. Литовченко Т.А. Эпилепсия: терминология, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез// НейроNews. – 2010. – №2. – с 27-23.
2. Fejerman N., Caraballo R. Definition of syndromes, seizure types and nosologic spectrum // Benign focal epilepsies in infancy, childhood and adolescence. — London: John Libbey, 2007. — P. 166-175.
3. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 720 с.

© Игамова С.С., Вязикова Н.Ф., Хамедова Ф.С., 2015

УДК 611.428

В.М. Петренко

Д.м.н., профессор

ОЛМЕ «Реабилитация обездвиженных больных»

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА В TERMINOLOGIA EMBRYOLOGICA

Аннотация

Я представляю проект раздела «Лимфатическая система» для «Международных терминов по эмбриологии человека» с коррекцией некоторых терминов.

Ключевые слова

Лимфатическая система, международные термины, эмбриология, человек.

Введение.

Лимфатическая система играет важную роль в жизнедеятельности человека, ее строение подробно изучено и описано в литературе [1,2,8]. На гребне волны растущего интереса клиницистов и морфологов к структурным основам иммунитета в Международной анатомической терминологии выделена новая система – лимфоидная, а термин «лимфатическая система» исключен. В раздел «Сердечно-сосудистая система» введен подраздел «Лимфатические протоки и стволы», в котором лимфатические узлы упоминаются, но