



**V ЮБИЛЕЙНЫЙ  
БАЛТИЙСКИЙ КОНГРЕСС  
ПО ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ**

при поддержке ICNA

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

Санкт-Петербург  
2015



ние при детских церебральных параличах», технология «БОС-здоровье», СПА- капсула, галокамера, кислородные коктейли, криотерапия, грязелечение, озокеритолечение, различные виды массажа, Монтессори-терапия. Прием ведут специалисты: педиатр, невролог, ортопед, стоматолог, врач функциональной диагностики, физиотерапевт, терапевт. С детьми занимаются: психолог, логопед, дефектолог, воспитатель. Психолог также оказывает социально-психологическую поддержку родителям. Организована работа игровых комнат, библиотеки.

С целью изучения потребностей пациентов в оказании санаторно-курортной помощи и степени удовлетворения оказываемыми услугами проводится анкетирование взрослых сопровождающих. В целом работой санатория участвующие в анкетировании удовлетворены: 90,9% родителей признали работу персонала хорошей.

Исходы лечения: 88,1% выписаны с улучшением (снятие болевого синдрома, уменьшение степени спастичности, расширение объема движения, улучшение сна, физических и психологических показателей, нормализация веса); 11,9% – без перемен.

В результате комплексного подхода к решению вопросов санаторно-курортного лечения детей с психоневрологическими заболеваниями с участием медицинских работников, педагогов, психологов, воспитателей, логопедов, социальных работников, изучение потребностей пациентов удастся достигнуть поставленных целей по улучшению двигательных, речевых функций, развитию ребенка, профилактики инвалидизации, улучшение качества жизни в обществе.

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРАНИОСИНОСТОЗАМИ**

**Иванов В.П., Ким А.В., Самочерных К.А., Сахно Л.В., Хачатрян В.А.**

*РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,  
Санкт-Петербург*

Несмотря на широкое распространение современных методов диагностики, таких как компьютерная томография, своевременная диагностика краниосиностозов у детей является острой проблемой в нейрохирургии пороков развития у детей. Связано это в первую очередь с малой настороженностью первичного звена диагностики к данной патологии, с неверной интерпретацией данных интраскопических методов обследования, глубокая убежденность специалистов в исключительно косметических дефектах при краниосиностозах. В результате, дети с краниосиностозами поступают на лечение в том возрасте, когда малоинвазивные методики оперативного лечения являются малоэффективными либо невозможными.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ исходов хирургического лечения детей в возрасте от 2 мес. до 12 лет с синдромальными и несиндромальными краниосиностозами. Выборка охватывала период с 2000 по 2015 гг. и включала 220 пациентов. Пациенты были разделены на 3 группы: дети до 5 месяцев составили I группу, дети старше 5 месяцев – II группу, дети с синдромальными краниосиностозами, независимо от возраста, составили III группу. Возраст 5 месяцев, по нашему мнению, является критическим в вопросе выбора тактики оперативного лечения. В первую группу вошло 63 пациента, во вторую – 151 пациентов, в III группу – 6 пациентов. 14 пациентам из



первой группы с диагнозами сагиттального краниосиностаза, выполнялась эндоскопическая краниопластика, что позволило существенно снизить время оперативного вмешательства, интраоперационную кровопотерю и, соответственно, значительно улучшить течение послеоперационного периода. Пациентам второй и третьей группы выполнялись открытые реконструктивные вмешательства с применением титановых и биодеградируемых пластин.

**Результаты.** У пациентов, оперированных с применением эндоскопической ассистенции, отмечается значительное снижение восстановительного периода. Это связано в первую очередь с малоинвазивностью данной методики, снижением интраоперационной кровопотери, которая играет существенную роль в течении послеоперационного периода, отсутствием выраженного отека мягких тканей в зоне оперативного вмешательства. Так же стоит отметить, что у детей I группы отмечались лучшие косметические результаты лечения, связанные с изначальным отсутствием грубой деформации черепа, возникающей у детей старшего возраста, изолированным поражением одного шва, в отличие от группы с синдромальными краниосиностазами.

**Выводы.** Эндоскопическая краниопластика в настоящий момент является наиболее перспективным методом коррекции краниосиностазов. Она относится к малоинвазивным методам лечения больных с краниосиностазами, позволяет ускорить послеоперационное восстановление и предотвратить развитие целого ряда осложнений. В силу возрастных ограничений, для применения данной методики необходима своевременная диагностика краниосиностазов.

## **СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ**

**Иванова Г.П.<sup>1,2</sup>, Скрипченко Н.В.<sup>1,2</sup>, Середняков К.В.<sup>1</sup>,  
Железникова Г.Ф.<sup>1</sup>, Скрипченко Е.Ю.<sup>2,3</sup>, Суровцева А.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>НИИ детских инфекций,

<sup>2</sup>СПбГПМУ,

<sup>3</sup>ГКБ №31,

Санкт-Петербург

Терапия рассеянного склероза (РС) остается одной из актуальных проблем современной неврологии, поскольку существующие в настоящее время в арсенале врачей способы не позволяют добиться выздоровления, а многие из них имеют значительное количество побочных эффектов.

**Цель исследования.** Провести анализ эффективности метода каскадной плазмифльтрации (КПФ) как в виде моно терапии, так и в комплексе с медикаментозными средствами (противовирусной и цитокинотерапией) у детей с РС.

**Материалы и методы.** Всего под наблюдением находились 42 ребенка в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст составил 13 лет), получавших лечение в клинике НИИДИ с 2010 по 2015 гг по программе высокотехнологичной медицинской помощи. При проведении КПФ использовались фракционаторы плазмы (Evaflux-2A), имеющие размер пор 10 нм, что позволяло удалять из плазмы молекулы большего, чем размер пор диаметра. За одну процедуру пациенту перфузировалось 100-110% объема циркулирующей плазмы. Курс терапии включал 1 процедуру КПФ, с последующим введением внутривенных им-