

фия с электрокардиографией, определяющие уровень трофических нарушений в миокарде. Реабилитация пациентов, перенесших критическое состояние, начинается с постоянной сенсорной стимуляции, раннего формирования вертикальной позы с использованием ортопедических укладок. Ежедневные сеансы синглетно-кислородной терапии в сочетании с краниопунктурой (зоны речи I, II, III, зона равновесия, зона ощущения передвижения, зона торможения гиперкинезов, T20, T21 и т.д.) на фоне внутримышечного введения вазоактивных препаратов (1% раствора никотиновой кислоты в нарастающей дозировке либо актовегина) дают эффект углубления сознания и формирования предвестников речи. Занятия с логопедом позволяют уменьшить имеющуюся спастичность языка, что способствует появлению активной речи. Использование в процессе реабилитации медикаментозных средств (ноотропных (цереброкурин, дельталицин), вазоактивных (актовегин, никотиновая кислота), седативных (гамалате В₆, пантокальцин)) вызывает положительную динамику в неврологическом статусе пациентов уже к концу 1-й недели лечения. Проведение диспортовых блокад снижает риск развития контрактур в паретичных конечностях и дает возможность активной тренировки двигательных навыков. 5 пациентов наряду с лечением в центре проходили сеансы транскраниальной магнитной ритмической стимуляции, что оказало значительный эффект в восстановлении двигательных (возрастание двигательной активности, мышечной силы в паретичных конечностях, снижение степени спастичности) и когнитивных (возрастание скорости сенсомоторных реакций) нарушений, а также вызвало гемодинамические сдвиги в виде увеличения скорости кровотока в бассейне внутренней сонной артерии.

Результаты. Положительная динамика разной степени выраженности отмечалась после 1-го курса реабилитации, что проявлялось в увеличении концентрации внимания, улучшении эмоционального фона, появлении мимических реакций и предвестников речи, снижении спастичности мышц паретичных конечностей и возобновлении двигательных навыков. 6 из 22 больных поступили на первичный реабилитационный цикл с назогастральным зондом, от которого к концу курса лечения удалось отказаться 5 пациентам вследствие появления стойкого глотательного рефлекса. У 9 (40,9%) пациентов спустя 1,5–2 года с начала реабилитации сформировались стойкие моторные навыки в виде появления самостоятельной ходьбы, тонких точных движений в кистях. Восстановление нарушенных (утраченных) когнитивных и речевой функций происходило в течение более длительного периода (3–5 лет). Повторные (каждые 3–6 месяцев) курсы восстановительного лечения усиливали достигнутый эффект.

Выводы. Таким образом, проведение многокурсовой стимулирующей полимодальной традиционной и нетрадиционной терапии улучшает прогноз для восстановления утраченных моторной, речевой и когнитивных функций.

УДК 614.2:616.8-007.23(09)(477.62-25)

ЕВТУШЕНКО С.К., МОСКАЛЕНКО М.А.,
ПРОХОРОВА Л.М., ШАЙМУРЗИН М.Р.,
МОРОЗОВА А.В., ОМЕЛЯНЕНКО А.А.,
СОЛОВЬЕВА Е.М., САВЧЕНКО Е.А.
Областная детская клиническая больница,
г. Донецк

ИТОГИ 3-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ ОБЛАСТНОГО ДЕТСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы являются одной из наиболее важных проблем детской неврологии. Особенности течения этих заболеваний у детей обуславливают высокий риск возникновения стойкого неврологического дефицита, ограничения жизненных функций и формирования инвалидности. Накопленный многолетний опыт работы сотрудников кафедры детской и общей неврологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького по диагностике и лечению этих болезней позволил организовать в 2011 году на базе неврологического отделения Областной детской клинической больницы (ОДКБ) центр демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы у детей, включающий 5 постоянно действующих коек. Руководитель центра — профессор С.К. Евтушенко, заведующая отделением — Л.М. Прохорова, куратор — к.м.н. М.А. Москаленко.

Задачей центра является обеспечение своевременной диагностики и улучшение качества лечения детей с демиелинизирующими и дегенеративными заболеваниями нервной системы.

На базе центра оказывают специализированную помощь детям с рассеянным склерозом, рассеянным энцефаломиелитом и другими формами острой, подострой и хронической диссеминированной демиелинизации; демиелинизирующей полирадикулоневропатией; наследственными невропатиями; миастенией; наследственными атаксиями; дегенеративными заболеваниями с экстрапирамидными нарушениями (в том числе ювенильной формой болезни Паркинсона, дистонией), спиноцереbellлярной дегенерацией и другими дегенеративными болезнями нервной системы.

Для диагностики курируемых заболеваний в центре, кроме клинических, используются инструментальные и лабораторные методы обследования:

— магнитно-резонансная томография головного и спинного мозга с внутривенным контрастированием (на базе ДОКТМО и ИНВХ), аппарат Gyroscan Intera T10, Голландия;

— исследование вызванных зрительных потенциалов на реверсию шахматного паттерна (позволяет выявить клинически «немые» очаги у пациентов с предполагаемым демиелинизирующим процессом), компьютерный диагностический комплекс «Эксперт» (Tredex, Украина);

— исследование длинноталентных когнитивных потенциалов на значимый стимул (селективные нарушения габитуации и тайминга сигнала на этапах мыслительной обработки предъявляемых паттернов выступают свидетельством когнитивной дезинтеграции различного уровня и степени тяжести; снижение амплитуды волны и девиация комплексов N200–P300–N400 при использовании разных паттернов и модальностей говорит о нарушении кратковременной памяти, образного, пространственного и абстрактно-вербального мышления; удлинение латентности и отсутствие компонентов комплекса P300 выявляет нарушение лобных механизмов ориентации и внимания, сложность в оценке значимости стимула, переработке информации перед принятием решения; о нарушении подтипов декларативной памяти свидетельствует изменение формы и латентности поздних компонентов вызванных потенциалов, связанных с событием: N400 — для семантической и P500–700 — для эпизодической памяти), компьютерный диагностический комплекс «Эксперт» (Tredex, Украина);

— электроэнцефалография (аппарат Tredex, Украина) и электроэнцефалографическое мониторирование во время бодрствования и сна (аппарат «Аксон М», Украина);

— электронейромиография (позволяет выявить признаки миело- и аксонопатии), аппарат «Нейро-МВП-микро», Россия;

— транскраниальная магнитная стимуляция (позволяет определить не только уровни поражения пирамидного пути, но и степень его тяжести);

— стабилметрия (сочетанное проведение электронейромиографии и стабیلлографии позволяет оценить степень нарушения механизмов поддержания вертикальной позы), компьютерный комплекс «Полиграф»;

— исследования клеточного и гуморального иммунитета (лаборатории ОДКБ и «Новая диагностика»);

— исследование спинномозговой жидкости с проведением полимеразной цепной реакции для выявления ДНК цитомегаловируса, вируса Эпштейна — Барр, герпесвирусов 1, 2 и 6-го типов, вируса JC (JCV, полиомавирус человека 2-го типа) и РНК *Rubella virus* (лаборатория «Новая диагностика»). В 2013 году впервые в Украине освоена методика определения JCV. Определение ДНК этого вируса необходимо в связи с тем, что при иммунодефицитных состояниях он может активироваться и вызывать мультифокальную энцефалопатию;

— исследование проницаемости гематоэнцефалического барьера: уровень альбумина, иммуноглобулина G, показателя интратекального синтеза IgG (как эквивалента олигоклональных иммуноглобулинов), лаборатория «Новая диагностика».

В 2011 году на лечении в центре находились 75 детей с демиелинизирующими и дегенеративными заболеваниями нервной системы, в 2012 году — 80 детей, в 2013 году — 88 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет.

В практику работы центра внедрены международные критерии оценки клинических проявлений и дополни-

тельного обследования больных для постановки диагноза достоверного рассеянного склероза (РС). Особенно важным является диагностика РС на начальной стадии — стадии клинически изолированного синдрома. Создан реестр детей Донецкой области с достоверным РС, а также детей, наблюдаемых по поводу вероятного РС. За последние 8 лет под наблюдением в ОДКБ находилось 70 детей с РС, в том числе за время существования центра — 31 ребенок с РС. За 3 года работы центра 11 детям впервые установлен диагноз РС.

В терапии демиелинизирующих заболеваний, кроме пульс-терапии, широко применяется плазмаферез и внутривенное введение иммуноглобулина (биовен-моно, биовен). Разработаны схемы терапии внутривенным иммуноглобулином с повторением курса через 6 месяцев. Внутривенное введение биовена и биовена-моно проведено 36 детям с рассеянным склерозом.

Освоена методика иммуномодулирующей терапии при лечении детей с РС с применением всех групп иммуномодуляторов: интерферонов бета-1a (ребиф, бетабиоферон-1a, бетфер-1a, авонекс), интерферонов бета-1b (бетаферон, бетабиоферон-1b, бетфер-1b, β-интерферон-1b), глатирамера ацетата (копаксон, глатимер), включая титрование доз препаратов и купирование обострений на фоне продолжающейся непрерывной иммуномодулирующей терапии.

Работа центра позволяет осуществлять раннюю диагностику демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы у детей, внедрять новые современные методы лечения, что позволяет добиться лучшего эффекта проводимой терапии, более длительных ремиссий, отсрочить, а иногда и предотвратить инвалидизацию детей с этой тяжелой неврологической патологией.

УДК 614.2:616.853-053(09)(477)

ЕВТУШЕНКО С.К.¹, ОМЕЛЬЯНЕНКО А.А.¹, ШЕСТОВА Е.П.¹, МОРОЗОВА Т.М.¹, ПРОХОРОВА Л.М.², ГОЛУБЕВА И.Н.², КУТЯКОВА Е.И.³, ЕВТУШЕНКО О.С.³, БОГУСЛАВСКАЯ Е.Н.², ВОРОНОВА А.В.¹

¹ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

² Донецкий областной научно-практический центр реабилитации церебрального паралича и органических заболеваний нервной системы у детей

³ Областная детская клиническая больница, г. Донецк

ОРГАНИЗАЦИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ПЕРВОГО В УКРАИНЕ ОБЛАСТНОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРНОГО ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных инвалидизирующих заболеваний у детей. В Украине заболеваемость эпилепсией среди детей колеблется от 4,7 до 5,9 на 10 тысяч, а распространенность — от 33,0 до 37,8 на 10 тысяч. Инвалидность в связи