

УДК 616.831-07:616.1-084:616.13-004.6

Дюба Д. Ш., Родін Ю. В., Симонон В. А., Белякова М. С.  
 ГУ «Інститут неотложної і відновительної хірургії  
 ім. В. К. Гусака НАМН України» (г. Донецьк)

### ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Атеросклеротическое поражение нескольких сосудистых бассейнов, как правило, характеризуется более неблагоприятным прогнозом, а хирургическое лечение сопряжено с повышенным риском осложнений и летальности.

Целью исследования стала профилактика церебральных осложнений после операции аорто-коронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с каротидным стенозом.

В исследование были включены 83 человека, мужчины и женщины (возраст от 45 до 69 лет), находящиеся перед и после оперативного вмешательства, аорто-коронарное шунтирование (АКШ) с предварительной каротидной эндартерэктомией (КАЭ) у части пациентов. Все пациенты находились на стационарном лечении в ГУ «Інститут неотложної і відновительної хірургії ім. В. К. Гусака НАМН України» в период с 2009 по 2011 г. Критерием включения в исследование были фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) более 40 %, доступность обеих средних мозговых артерий (СМА) исследованию через височное окно. Всем пациентам проводилось клиническое неврологическое обследование. Для оценки динамики когнитивных функций использовалась краткая шкала нейропсихологического тестирования MMSE (Mini Mental State Examination). Транскраниальное триплексное сканирование проводилось для оценки интракраниального кровотока на аппарате TOSHIBA, SSA-790A, APLIOXE. Скорости кровотока измеряли по ипсилатеральной и контралатеральной СМА, исследование основных показателей свертывающей системы крови (уровень гемоглобина, количества и скорость агрегации тромбоцитов, протромбиновое время, активированное частичное тромбопластиновое время, международное нормализованное отношение (МНО)). Больные были разделены на две группы: I-я группа (n = 41) — пациенты с умеренной патологией экстракраниальных артерий, II-я группа (n = 42) — пациенты с гемодинамически значимой патологией экстракраниальных артерий (АКШ с КАЭ) и получавшие цераскон в дозе 1000 мг 2 раза в течение 10 суток (за 3 суток до операции и далее 7 суток после операции). Первое общеклиническое, доплерографическое и гемореологическое обследование пациентов проводилось за 2—3 дня до операции. При повторном обследовании перед выпиской больного (10—15-е сутки) также проводилось общеклиническое, доплерографическое и гемореологическое обследование.

Вновь возникшая неврологическая симптоматика были зарегистрирована у 26 (63,4 %) больных I-й группы и у 18 больных (42,8 %) II-й группы в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде скорость церебрального кровотока повышалась в большей степени у пациентов, у которых имелась тенденция к гипокоагуляции (увеличенные протромбиновое время и МНО, уменьшенный протромбиновый индекс). Проведенный корреляционный анализ показал положительную корреляционную связь между гемореологическими показателями и уровнем церебральной гемодинамики (протромбиновое время и скорость по ипсилатеральной СМА  $r = 0,29$ ), что подтверждает данные клинических и экспериментальных исследований о влиянии гемодилуции на гемодинамику.

Последовательность диагностических действий у больных ишемической болезнью сердца с распространенным атеросклерозом должна быть направлена на выявление доминирующих или конкурирующих поражений различных сосудистых регионов. Для фармакологической защиты мозга от ишемии и гипоксии мы рекомендуем назначение цераскона в высоких дозах в первые сутки после оперативного лечения для улучшения церебрального кровотока и стимуляции метаболизма.

УДК 616.853-053.2:616.57

С. К. Евтушенко  
 Донецкий национальный медицинский университет  
 ім. М. Горького (г. Донецьк)

### ГИПЕРТЕРМИЯ — КАК МАРКЕР РАЗРУШИТЕЛЬНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Гипертермия у детей в настоящее время должна рассматриваться не только в рамках фебрильных судорог (Танцура Л. Н., 2010), но и фебрильно-провоцируемой эпилепсии, включая ее

отдельные формы, при которых быстро разрушается психика ребенка и нарастает слабоумие (DESC-синдром). Сегодня данная патология трансформировалась в обновленное название «FIRES-синдром — Резистентная эпилептическая энцефалопатия, вызванная гипертермией». Этот и другие подобные синдромы в современной нейрорепедиатрии выделены в отдельную главу: «Острая эпилепсия с эпилептическим статусом при участии гипертермии и механизмов воспаления AETIMSE-синдром — (Acute encephalopathy with temperature and inflammation mediated status encephalicus). Основными представителями данного раздела и являются: FIRES, IHHS (идиопатические гемиконвульсии с гемиплегией на высоте лихорадки), NORSET (новый впервые развившийся эпилептический статус у лиц молодого возраста на высоте температуры).

В качестве этиологического фактора AETIMSE-синдрома рассматривается 2 основные причины:

1) двухстороннее поражение гиппокампа, возникающее в результате тяжелого и продолжительного эпилептического статуса на фоне лихорадки;

2) развитие острого вирусного (HV-6) полиоэнцефалита с преимущественным поражением перисильвиарных отделов коры головного мозга.

Во многих исследованиях, включая наши, обнаружена активация гипертермогенных интерлейкинов (1, 6) и идентифицирован HV-6 тип при FIRES-синдроме, что не снимает роль данного вируса как этиологического фактора.

Заболевание дебютирует у детей в возрасте 5—10 лет и начинается чаще всего внезапно с эпилептического статуса, который развивается на фоне гипертермии спустя несколько дней после начала лихорадки (чаще — после инфекции верхних дыхательных путей). Характерно возникновение судорожных приступов: фокальных, моторных (захватывающих обе стороны тела) и генерализованных тонико-клонических (т. е. проявление статусной формы эпилепсии).

В 2009—2011 гг. мы заподозрили и подтвердили диагноз FIRES-синдрома у 5-ти детей в возрасте 6—12 лет, поступивших в областную клинический стационарный противозлептический Центр при ОДКБ (клиническая база кафедры), где был идентифицирован данный синдром. У 2 из 5 больных в ликворе методом ПЦР идентифицирован HV-6 тип.

Всем детям проведено глубокое неврологическое и соматическое обследование: МРТ, ЭЭГ-мониторинг, сочетанное исследование крови и ликвора (включая определение всех шести типов герпесвирусов). К сожалению, судорожные приступы у 2 детей повторялись и после исчезновения лихорадки, хотя были значительно реже.

В динамическом наблюдении в течение 3-х лет у 3 детей визуализировался билатеральный гиппокампальный склероз в сочетании с субкортикальной атрофией (по нашим данным это наиболее объективный маркер и для других разрушительных форм эпилепсии у детей).

Нами постулируется, что гипертермия является пусковым фактором к активации длительно персистирующего вируса HV-6 типа (т. е. лихорадка — это триггер не столько для судорог, сколько для запуска очагового воспаления).

В терапии подобных форм эпилепсии, кроме ПЭП (кеппра) и нурофена (парацетамола) назначались в период статуса конвулекс в/в в сочетании с в/в введением иммуноглобулина (биовена), плазмацитозферез, сенактен-депо, ацикловир (панавир). Повторное введение в/в иммуноглобулина и ацикловира (панавир) через 6 месяцев (3—5 курсов).

УДК 616.832-004.2-053.2-092

Евтушенко С. К.\*, Москаленко М. А.\*\*  
 Донецкий национальный медицинский университет  
 ім. М. Горького\*, Центр демиелинизирующих и дегенеративных  
 заболеваний нервной системы у детей (г. Донецьк)\*\*

### АЛЬТЕРНАТИВА СОВРЕМЕННЫМ ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ В ТЕРАПИИ ДЕБЮТА И РЕЦИДИВА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

В связи с ростом в последние 10 лет заболеваемости РС эта проблема стала еще более актуальной. Ежегодно в Донецкой области (детское население — 694,5 тыс. детей) выявляется до 10 новых случаев РС у детей.

На базе неврологического отделения областной детской клинической больницы создан межрегиональный Центр демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы у детей. На лечении в Центре за последние 5 лет находились