

УДК 616.831-005.1-053.2:616.853-07

Смульська Н. О.,* Зозуля І. С.**

Київська міська дитяча лікарня № 1*,
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика** (м. Київ)**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІЛЕПТИЧНОГО СИНДРОМУ
У ДІТЕЙ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ**

Інсульти у дітей виявляються у гострому розвитку фокальної або загальної неврологічної симптоматики яка спостерігається 24 години або більше. У дітей різного віку інсульти можуть бути ішемічні або геморагічні.

У відділенні неврології МДКЛ № 1 на протязі 2009—2012 рр. проліковано 54 дитини віком від 0 до 14 років, які мали гострі порушення мозкового кровообігу. 28 (52 %) дітей перенесли ішемічний інсульт та 26 (48 %) мали геморагічні інсульти. У групі з ішемічними інсультами 17 хлопчиків та 11 дівчат (60 % та 40 % відповідно), у групі з геморагічними — 21 хлопчик та 5 дівчат (81 % та 19 % відповідно).

Клінічні прояви інсультів насамперед містять розвиток фокальної неврологічної симптоматики, а саме найчастіше наявність геміпарезу, але дуже часто виникає і судомній синдром. У дітей, які лікувались у нашому відділенні, у 27 (50 %) були різноманітні судоми. Між двома групами діти з судомами розподілились таким чином, що у 11 дітей з ішемічними інсультами спостерігались судоми (40 %), а в групі з геморагічними — у 16 дітей (62 %).

У 4-х дітей (11 %) із групи з ішемічними інсультами судоми були в перші 3 доби після початку захворювання та мали такий характер: у одній — ізолюваний генералізований напад, у одній — 2 вторинно-генералізованих випадки, та у двох — прості парціальні випадки (всього до 5-ти). Ці діти протисудомну терапію не отримували. В катамнезі на протязі двох років випадки не спостерігались. У 4-х дітей через 1—1,5 роки після перенесеного інсульту виникли вторинно-генералізовані судоми, у 2-х — парціальні випадки, у одного через 3 місяці — атипів інфантильні спазми. Ця група дітей постійно отримує планову протисудомну терапію (різні комбінації та різноманітні препарати), та у 3-х дітей є медична ремісія на протязі 2-х років, у 3-х випадки рідкі (один на 5—6 місяців), але одна дитина має часті резистентні до протисудомної терапії парціальні випадки.

У групі дітей із геморагічними інсультами в перші 3 доби від початку захворювання судоми спостерігались у 8 хворих (30 %), та майже у всіх цих дітей мали вторинно-генералізований характер. Всі діти отримували протисудомну терапію на протязі 1—1,5 років і нападів більш не було. У 2-х дітей на протязі перших місяців після інсульту з'явилися атипів інфантильні спазми, котрі були дуже часті і майже не підлягали медикаментозної корекції. У 6-х на протязі наступних двох років випадки мали вторинно-генералізований характер, у 2-х пацієнтів при постійному прийомі ліків судом не було 2 роки, у 3-х напади рідкі (один на 5—6 місяців), одна дитина має дуже часті судоми (до 5—8 на добу) при постійному вживанні різноманітної комбінації протисудомних ліків.

Епілептичний синдром досить часто спостерігався у дітей з гострим порушенням мозкового кровообігу (доведено у 50 % дітей, хворих на інсульт). Більш частіше судоми спостерігались у дітей з геморагічними інсультами, ніж з ішемічними (62 % проти 40 %), судом у перші 3 доби спостерігалось також більш частіше у дітей, які мали геморагічні інсульти (30 % проти 14 % при ішемічному). Більша кількість дітей, які мають факмакорезистентні випадки, перенесли геморагічні інсульти (3 дитини проти одної).

УДК 616.831-005.4:612.017.2:616-002.1:616-08-039.73

Солодовнікова Ю. О., Сон А. С.

Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

**ЗНАЧЕННЯ ДИНАМІКИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ**

Зміни імунної відповіді відіграють провідну роль у розвитку системної запальної реакції при інсульті, сприяють виникненню інфекційних ускладнень, подальшому ушкодженню мозку й розширенню зони ішемії. У зв'язку із цим проблеми пошуку ефективних методів впливу на патологічні ланки порушення імунітету при ішемії мозку зберігають свою актуальність. Розвиток інфекційно-запальних ускладнень істотно погіршує прогноз, збільшує важкість перебігу інсульту й потребує використання

препаратів, що мають не тільки нейропротективну, але й імуноткоригуючу дію.

Мета. Вивчити динаміку нейроімунних порушень в гострому періоді ішемічного інсульту (ІІ).

Було обстежено в динаміці 33 хворих (основна група) у віці від 50 до 69 років, в гострому періоді ІІ у басейні сонних артерій і 18 пацієнтів того ж віку без клінічних проявів цереброваскулярних захворювань (контрольна група). Критерії включення: чоловіки віком 50—69 років; перше в житті гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК); локалізація вогнища ішемії в системі каротид, верифікована за допомогою КТ; відсутність гострих або загострення хронічних запальних захворювань на протязі 1 місяця до появи симптомів ІІ. Програма дослідження включала проведення клінічного обстеження пацієнтів, параклінічних методів дослідження (КТ, УЗД судин головного мозку, ЕКГ), оцінку неврологічного статусу за шкалою NIHSS, розгорнуту імунограму, що включала дослідження рівня мембранних лімфоцитарних маркерів CD3, CD4, CD8, CD7, CD25, CD95, CD54, CD38. Рівень CD досліджували за допомогою імуноферментного РАР-методу.

Оцінка динаміки неврологічного та імунного статусу виконувалася тричі: у 1-шу добу від моменту розвитку ГПМК — при надходженні хворого в стаціонар, 8—10-ту і 21-шу добу.

В групі дослідження на момент госпіталізації переважали хворі із неврологічним дефіцитом середньої тяжкості (11—15 балів за шкалою NIHSS). Проте вже після першого тижня дослідження спостерігалась позитивна тенденція відновлення неврологічних функцій, що зберігалась на протязі всього терміну дослідження. Динаміка порушень імунного статусу наведена в таблиці.

**Динаміка порушень імунного статусу
у хворих в гострому періоді ішемічного інсульту**

	1—3 доба	8—10 доба	21 доба	контрольна група
CD3	1034,1 ± 325,1	1070,2 ± 221,2	1005,7 ± 261,1	732 ± 93,3
CD4	808,5 ± 267,3	782,8 ± 178,0	753,8 ± 161,2	498,3 ± 66,7
CD8	217,8 ± 82,2	261,4 ± 64,1	218,6 ± 68,8	173,8 ± 60,3
CD7	576,2 ± 227,4	439,6 ± 123,2	468,4 ± 140,1	91,4 ± 18,1
CD25	321,0 ± 148,2	318,4 ± 114,3	388,6 ± 104,7	112,1 ± 15,1
CD95	650,2 ± 210,3	531,4 ± 124,3	533,9 ± 108,5	95,4 ± 23,7
CD54	576,2 ± 130,7	601,7 ± 122,2	526,4 ± 102,2	91,4 ± 23,1
CD38	649,2 ± 251,5	533,7 ± 161,1	495,4 ± 98,4	89,7 ± 12,2

Рівень маркерів CD3, CD4, CD8, CD7, CD25, CD95, CD54, CD38 достовірно і прямо пропорційно корелює з ступенем неврологічного дефіциту ($p \leq 0,01$).

Разом з системною запальною відповіддю, при ІІ виникають виражені зміни регуляторних маркерів метаболізму, активація апоптозу, аутоімунних реакцій.

Реакція імунної системи при ІІ має ранній і в той же час стійкий характер: імунні порушення виникають вже в перші години захворювання і зберігаються упродовж усього гострого періоду.

Отримані дані дають підставу для дослідження можливості, необхідності і безпечності застосування препаратів з імуноткоригуючою дією у хворих в гострому періоді ІІ.

УДК 616.831-005.1:616.13-007.64

А. С. Сон, В. М. Герцев

Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

**МОЖЛИВОСТІ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО АНАЛІЗУ
СТРУКТУРОВАНІХ БАЗ ДАНИХ У КЛІНІЧНІЙ НЕЙРОХІРУРГІЇ**

В наш час у зв'язку із швидким розвитком інформаційних технологій з'явилась можливість їх широкого застосування у науковій та лікарській діяльності. Зокрема це стосується використання технологій видобутку даних Data Mining, які на наш погляд мають величезні перспективи і, на превеликий жаль, залишаються поза зоною уваги більшості науковців. Саме тому вважаємо за необхідне продемонструвати приклад власного вдалого застосування цієї методики на практиці.

Для аналізу результатів хірургічного лікування 300 хворих з аневризматичними інтракраніальними крововиливами була використана система WizWhy підприємства WizSoft, яка реалізує алгоритми обмеженого перебору, що застосовуються для пошуку логічних закономірностей у даних. Ці алгоритми обчислюють

частоти комбінацій простих логічних подій у підгрупах даних. Результатом роботи системи WizWhy є одержання логічних if-then (якщо — то) правил із вказівкою їхньої точності і статистичної вірогідності.

Як залежна перемінна був обраний результат лікування, який міг набувати таких значень — смерть, поліпшення, видужання, без змін. Як незалежні перемінні були використані вік, стать, наявність інтраопераційного розриву, наявність гіпертонічної хвороби.

У результаті роботи програми WizWhy (повністю функціональної демонстративної версії, яка обмежена тільки кількістю спостережень — до 1000) із базою даних у форматі Access нами було отримане таке рівняння:

Якщо стать жіноча, інтраопераційного розриву немає, а гіпертонічна хвороба є, то результат стовідсотково не смертельний ($p < 0,01$).

Результати нашої роботи були подані на XIII всесвітньому з'їзді нейрохірургів. Таким чином ми ще раз підтвердили та абсолютно незалежним шляхом, не маючи попередньої гіпотези, дійшли висновку щодо позитивного впливу підвищеного артеріального тиску на результати лікування хворих на аневризматичні інтракраніальні крововиливи (штучне підвищення артеріального тиску вже широко застосовується на практиці у складі ЗН-терапії). Крім цього, нами була знайдена захисна роль жіночої статі при цьому захворюванні. Слід зазначити, що наші результати вже наводять підтвердження у експериментальних дослідженнях (Chih-Lung Lin et al., 2006) і, мабуть у подальшому, гормональна терапія буде використовуватись і у нейрохірургічній клініці.

Технології Data Mining дозволяють отримувати практично корисні результати та заслуговують на більш широке застосування у медицині.

УДК 616.8:615.214.254

*Сорокин Ю. Н., Сорокина Н. Б.***

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,
Луганская областная клиническая больница № 2** (г. Луганск)*

АНТИОКСИДАНТЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Традиционно среди врачей различных специальностей, в том числе и среди неврологов, сложилось мнение о полной безопасности применения препаратов-антиоксидантов, в связи с чем предлагалось рекомендовать постоянный или длительный прием этих препаратов. Вместе с тем данные проведенных на основе таких представлений клинических испытаний с ожиданием позитивного лечебного эффекта от длительного применения антиоксидантов, а также данные давно известных экспериментальных исследований указывают на ошибочность подобного утверждения (Вилков Г. А. и соавт., 1987; Zhang S. M. et al., 2001; Aktas O. et al., 2004).

Все лекарственные препараты, оказывающие влияние на баланс антиоксидантных и окислительных механизмов, можно разделить на 2 группы (Оковитый С. В., 2009). К третьей группе можно отнести медикаментозные и немедикаментозные средства, влияющие на антиоксидантные системы:

- 1) соединения фармакологического класса антиоксидантов (метаболические, истинные антиоксиданты прямого действия);
- 2) различные препараты с непрямым антиоксидантным эффектом (антигипоксантами);
- 3) средства, способствующие активации эндогенных антиоксидантных систем.

Метаболические антиоксиданты нейтрализуют свободно-радикальные соединения путем их восстановления, однако при избытке антиоксидантов их образующиеся радикалы могут выступать в качестве прооксидантов. Из этих средств наиболее часто используется α -токоферол, α -липоевая (тиоктовая) и аскорбиновая кислоты, ретинол, каротины, церулоплазмин, натрия селенит, ацетилцистеин, убихинон, эмоксипин, флавоноиды и терпеноиды (гинкго билоба).

Вся остальная масса так называемых антиоксидантов является на самом деле препаратами с непрямым антиоксидантным эффектом — антигипоксантами, эффекты которых реализуются через активацию энергосинтезирующей функции митохондрий и улучшение энергетического обмена в клетках. Наиболее известные препараты из этой группы — триметазидин, мельдоний, карнитин, реамберин, мексидол, цитофлавин, оксibuтират натрия, креатинфосфат.

Методами и средствами, способствующими активации эндогенных антиоксидантных систем посредством первоначальной стимуляции свободнорадикальных процессов, являются гипербарическая оксигенация, воздействие магнитными полями, ультрафиолетовым и лазерным излучением, холодное воздействие, физические упражнения, массаж, озонотерапия, применение полиненасыщенных жирных кислот и растительных адаптогенов.

Истинные антиоксиданты необходимо применять коротким курсом (в среднем 5—10 дней) только при острых неврологических процессах или при обострении хронических заболеваний с целью подавления усиленной свободнорадикальной активности. Дальнейшее их введение будет приводить к угнетению эндогенных антиоксидантных систем. При хронической патологии, протекающей с недостаточностью антиоксидантных механизмов и без обострений, возможно длительное использование прямых антиоксидантов. Средства, способствующие активации эндогенных антиоксидантных систем, необходимо использовать в стадии ремиссии или при хронической патологии, протекающей без обострений и ремиссий. Антигипоксантами могут применяться без указанных ограничений при любых состояниях.

УДК 616-009.021.1

Сорокина Е. В., Любченко П. Н., Яньшина Е. Н.

*ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М. Ф. Владимирского (Россия)*

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВИБРАЦИОННЫХ ПОЛИНЕВРОПАТИЯХ

В настоящее время вибрационная болезнь продолжает занимать одно из ведущих мест среди профессиональных заболеваний. Одной из актуальнейших проблем медицины труда является профилактика неблагоприятного влияния производственных факторов на организм и состояние здоровья работающих (В. А. Панков, 2008). Наиболее распространенная жалоба при вибрационных полиневропатиях — боль в руках. Болевой синдром снижает качество жизни, что делает проблему социально значимой. Продолжительность, частота, выраженность болевого синдрома очень разнообразны. Выбор лекарственного средства при воздействии на боль определяется интенсивностью болевого синдрома. Терапия хронического болевого синдрома включает комплексное применение лекарственных и немедикаментозных средств.

Целью работы было изучение субъективной оценки болевого синдрома при вибрационных полиневропатиях в динамике до и после лечения.

В отделении профпатологии было обследовано 35 человек — мужчин с вибрационной болезнью I—II ст. По профессиям это были обрубщики, слесари механосборочных работ, шлифовщики, клепальщики. Обследование проводилось в соответствии со стандартами и включало клинико-функциональное обследование: сбор и анализ жалоб пациентов, исследование соматического и неврологического статуса; инструментальные методы диагностики: электротермометрия и холодовая проба, электронейромиография, рентгенография суставов верхних конечностей, шейного отдела позвоночника, реовазография, лазерная доплеровская флоуметрия. Для анализа условий труда использовались санитарно-гигиенические характеристики условий труда, профмаршрут уточнялся по копиям трудовых книжек.

Выраженность болевых ощущений определяли до и после лечения с помощью:

— Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), интенсивность боли обозначалась цифрами от 0 до 10, где ноль соответствует отсутствию боли, а конечная цифра шкалы — максимально выраженной боли, которую пациент испытывал когда-либо в жизни;

— Метода описательных определений, где пациент выбирал из предложенных определений боли: легкая, умеренная, терпимая, сильная и нестерпимая;

— Шкалы боли адаптированной валидизированной версии общего опросника MOS-SF 36 (Medical Outcomes Study-Short Form 36), показывает интенсивность и ее влияние на ежедневную активность. Ответы на вопросы выражают в баллах от 0 до 100. Больше количество баллов шкалы соответствует более высокому уровню качества жизни. (А. А. Новик, Т. И. Ионова, 2007).

Комплексная стандартная терапия включала вазоактивные препараты, витаминотерапию, анальгетики, антиоксиданты,