

М. В. ГЛОБА, М. І. ЛІСЯНИЙ, О. А. ЦІМЕЙКО

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України», Київ

Зміни рівня цитокінів у хворих з аневризмальним субарахноїдальним крововиливом, ускладненим церебральним вазоспазмом

Мета роботи — дослідити зміни вмісту інтерлейкінів у хворих з аневризмальним субарахноїдальним крововиливом (САК); зіставити отримані дані з наявністю церебрального вазоспазму (ВС) та результатами лікування.

Матеріали і методи. У 37 хворих у гострий період САК унаслідок розриву інтракраніальної артеріальної аневризми досліджено вміст інтерлейкінів (ІЛ)-1 β , -4 та -6 у сироватці крові за допомогою імуноферментного аналізу. Середній вік хворих — (48,4 \pm 11,9) року (від 26 до 68 років). Жінок було 16, чоловіків — 21. У 27 пацієнтів зразки крові взято в 1-шу—4-ту добу від маніфестації САК, у 22 — на 7-му—10-ту добу (у 12 — повторно). До контрольної групи залучено 10 умовно здорових зіставних за віком осіб. До комплексу інструментальних досліджень увійшли спіральна комп'ютерна томографія мозку, церебральна ангіографія, ультрасонографія. За встановленими показаннями всім хворим проведено мікрохірургічне виключення аневризми. Використано клінічні шкали WFNS для САК та шкалу наслідків Глазго.

Результати. Вміст інтерлейкінів у сироватці хворих із САК був вищим, ніж у контрольній групі, переважно на початку другого тижня від маніфестації САК. Середній рівень ІЛ-6 був підвищений у 20—30 разів

щодо середнього показника контрольної групи. Збільшення його вмісту у зразках, взятих на другому тижні від початку захворювання у пацієнтів з ВС достовірно відрізнялося від пацієнтів без ВС: (48,3 \pm 14,9) та (7,3 \pm 1,7) пг/мл відповідно, $t=3,78$, $p<0,05$). Рівні ІЛ-1 β та ІЛ-4 були у 2—5 разів вищими, ніж показники контрольної групи. Взаємозв'язку між рівнями ІЛ-1 β і ІЛ-4 та наявністю ВС не встановлено. У хворих зі значною інвалідизацією або летальним наслідком вміст ІЛ-6 був вищим, ніж у хворих, які видужали або мали помірну інвалідизацію. Різниця була достовірною між зразками, взятими у 1-шу—4-ту доби захворювання ((55,0 \pm 7,5) та (19,9 \pm 9,3) пг/мл відповідно, $t=2,94$, $p<0,05$). Схожу тенденцію зафіксовано у зразках, отриманих на 7-му—10-ту добу від маніфестації САК ((50,1 \pm 5,4) та (36,3 \pm 10,2) пг/мл відповідно, $t=1,19$, $p>0,05$).

Висновки. Підвищені рівні ІЛ-1 β , ІЛ-4 та ІЛ-6 у перші 10 діб гострого періоду САК свідчать про активність запальних процесів і є підставою для застосування протизапальної терапії. Встановлений зв'язок між підвищенням рівня ІЛ-6 та наявністю церебрального ВС, а також незадовільними результатами лікування може свідчити про прогностичну значущість цього показника.

В. И. ГОЛОВКИН, Д. А. ГУЛАК, С. М. ЛОВЦЕВИЧ

Северо-Западный государственный медицинский университет, Санкт-Петербург, РФ

Компьютерная пульсометрия в комплексной диагностике и мониторинговании хронического кардиocereбрального синдрома

Патогенетическим фактором дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) является гипогемоперфузия вследствие цереброваскулярных стенозов и миокардиопатии. При эхокардиографии выявляются зоны гипокинезии миокарда, а на компьютерных томограммах головного мозга визуализируются лейкоареоз, атрофия и возможные постинсультные инфаркты и кисты. Однако эти методы мало пригодны для ежеквартального мониторингования состояния пациентов в домашних условиях, что необходимо для проведения адекватной терапии.

Цель работы — изучить возможности нового прибора для мониторингования состояния пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных гериатрического возраста (72—88 лет) с диагнозом ДЭ I—II стадии. Нами использован новый компактный прибор «Пульсстрим» («Компьютерный центр», Россия) с программным обеспечением для работы на персональном компьютере.

Результаты. Коронарные показатели (сопротивление сосудистой стенки, тонус сосудов, время максимальной ударной пульсовой волны) находились на

верхних границах возрастной нормы и статистически не попадали в группу коронарного синдрома. Миокардиальные показатели (вариационный размах и коэффициент вариации сокращения сердца) у всех больных существенно ($p<0,001$) превышали нормальные и достигали 0,95 с (при норме до 0,16 с) и 138% (при норме до 10%) соответственно. В заключительном файле пульсометрии указывались экстрасистолия и синусовая аритмия у всех больных при брадикардии до 47,1 уд./мин и тахикардии 94,0 уд./мин и в 56,25% случаев выставлялся диагноз миокардиопатии.

Выводы. Преобладание нарушения сократимости миокарда над коронарной недостаточностью при хроническом кардиocereбральном синдроме указывает на необходимость использования в терапевтической практике метаболических миокардиотропных, а не коронародилатирующих препаратов. В настоящее время лидирующим препаратом такого действия является левокарнитин, эффективность которого (ингибирование анаэробного гликолиза) доказана при когнитивно-мнестических и двигательных расстройствах при ДЭ (Rosenthal и соавт., 1992; Головкин и соавт., 2012).