

Трансформации эпилептических припадков зависят от локализации эпилептогенного фокуса и чаще наблюдаются при локализации эпилептического фокуса в лобных и височной долях (амигдало-гиппокампальная и латеральная височная локализация).

Трансформация эпилептических припадков сопровождается изменением когнитивных, эмоционально-волевых показателей и качества жизни больных, как в положительном, так и отрицательном направлениях, что совпадало с характером изменения эпилептических приступов.

Изучение трансформации эпилептических приступов является существенным направлением терапевтической эпилептологии, позволяющим определить индивидуальную особенность течения болезни у лиц молодого и среднего возраста и адекватность проводимой терапии.

Важно изменить вектор течения болезни в сторону положительной трансформации эпилептических припадков.

УДК 616.831.616.1-089

Дубенко О. Е., Подушка И. И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

АКТИВНОСТЬ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРИ ОСТРОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Активация ренин-ангиотензиновой системы (РАС) играет роль в развитии таких мультифакторных заболеваний как артериальная гипертония и атеросклероз — основных этиологических факторов ишемического инсульта (ИИ) и может быть одним из факторов, способствующих ишемическому повреждению мозга при остром инсульте. Ангиотензинпревращающий фермент (АПФ) — ключевой фермент РАС, под влиянием которого происходит преобразование ангиотензина I в ангиотензин II, который оказывает влияние на структурные и функциональные изменения в сердечно-сосудистой системе. Уровень АПФ находится под генетическим контролем. Полиморфизм гена АПФ типа инсерция/делеция (вставка/отсутствие) (I/D) цепочки нуклеотидов в 16 интроне имеет клиническое значение в развитии патологических процессов в сердечно-сосудистой системе. Активность АПФ в зависимости от полиморфного варианта гена АПФ при ИИ не изучена что составило цель нашего исследования.

Обследовано 87 больных с острым ИИ, подтвержденным на МРТ (мужчин — 50, женщин — 37) и для сравнения 10 здоровых лиц. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале NIHSS. Патогенетический подтип ИИ устанавливали по критериям TOAST. Молекулярно-генетическая диагностика полиморфизма гена АПФ (I/D) проводилась методом полимеразной цепной реакции. Определение активности АПФ проводили с помощью набора реактивов «Buhlmann Lab» (Швейцария), в сыворотке крови колориметрическим ферментным методом.

Уровень активности АПФ колебался в довольно широких пределах, у здоровых людей — от 28,4 до 61,3 ед/л, в среднем $42,4 \pm 3,16$ ед/л, у больных ИИ — от 3,9 до 108,6 ед/л, в среднем $47,38 \pm 2,88$ ед/л. В зависимости от патогенетического подтипа ИИ отмечено, что наиболее высокая активность АПФ наблюдалась при атеротромботическом — $51,13 \pm 6,75$ ед/л и лакунарном ИИ — $49,62 \pm 4,16$ ед/л, при кардиоэмболическом инсульте была несколько ниже — $39,20 \pm 6,30$ ед/л. Исследование уровня активности АПФ в зависимости от варианта генотипа гена АПФ выявило, что у больных с генотипом DD была наиболее высокая активность АПФ — $59,66 \pm 5,58$ ед/л, что статистически значимо различалось от уровней активности при других генотипах: ID — $41,88 \pm 3,25$ ед/л и II — $47,36 \pm 8,61$ ед/л ($p = 0,034$). Мы разделили больных на две группы: больные, у которых определялась активность АПФ на уровне значений в контрольной группе — не выше 61 ед/л, расценивался как нормальный (у 62 больных), и с повышенным уровнем активности АПФ — выше 61 ед/л (у 25 больных). Тяжесть состояния больных с острым ИИ по шкале NIHSS у больных с высоким уровнем АПФ была достоверно больше — $11,18 \pm 0,54$, у больных с нормальным уровнем — $6,80 \pm 0,62$ балла ($p < 0,05$). При оценке данных МРТ наряду с очагом инфаркта мозга, кортикальным или лакунарным, у больных с высоким уровнем АПФ достоверно чаще — у 14 (56,0 %) визуализировались множественные мелкие лакунарные очаги, у некоторых с участками лейкоареоза, тогда как у больных с нормальным уровнем АПФ — у 31,1 %. При оценке частоты различных вариантов генотипа гена АПФ в зависимости от уровня активности АПФ показано, что частота монозиготного генотипа II не различалась — у 11 (17,7 %) больных с нормальным и у 4 (16,0 %) с повышенным уровнем.

Однако у больных с повышенным уровнем АПФ наблюдалось значительное преобладание монозиготного генотипа DD — у 10 (40,0%), тогда как при нормальной активности — только у 12 (19,4 %) ($p < 0,05$). Гетерозиготный вариант генотипа ID встречался у 9 (36,0 %) больных с повышенной активностью АПФ и у 39 (62,9 %) больных с нормальной активностью ($p < 0,05$).

Вариант генотипа DD гена АПФ ассоциируется с повышенной активностью АПФ. У больных с повышенным уровнем активности АПФ наблюдается большая степень тяжести острого инсульта, чаще визуализируются немые лакунарные инфаркты при МРТ.

УДК 616.831.616.1-089

Дюба Д. Ш., Евтушенко С. К.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк)

ОЦЕНКА РИСКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

Сердце и головной мозг являются взаимосвязанными органами-мишенями сосудистой патологии, клинические варианты которой (ишемическая болезнь сердца, мозговой инсульт) продолжают лидировать в смертности населения развитых стран. Именно поэтому в последние годы начала быстро развиваться такая область клинической неврологии как кардионеврология.

Цель исследования: Профилактика неврологического дефицита у больных до и после операции с искусственным кровообращением.

В исследование были включены 56 человек, мужчины и женщины (возраст от 45 до 69 лет), находящиеся перед оперативным вмешательством аорто-коронарным шунтированием на стационарном лечении в ГУ «Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины» в период с 2009 по 2011 г. В исследуемой группе больных стенозы левой внутренней сонной артерии были у $57,44 \pm 2,77$ % пациентов, соответственно правой внутренней сонной артерии $58,36 \pm 2,86$ %; среднее систолическое артериальное давление — $169,6 \pm 3,26$; диастолическое — $96,11 \pm 2,91$; сахарный диабет был у $26,0 \pm 6,35$ % больных. Всем пациентам проводилось общее клиническое неврологическое обследование. Объективный осмотр в дооперационном периоде включал в себя: общую оценку высших психических и речевых функций, зрительной сферы и полей зрения. Первое общеклиническое обследование пациентов проводили за 2—3 дня до операции, повторное обследование — на 10—15-е сутки после операции.

Общемозговые расстройства в первые дни после операции имели место у 12 (21,4 %) больных. Снижение уровня сознания (сопор) наблюдались у 2 пациентов, спутанность сознания с усилившимися в вечернее время галлюцинациями — у 5 больных, выраженное возбуждение при сохранности формальной ориентировки во времени и пространстве — у 5 больных. Ни в одном из случаев не было выявлено четких клинических признаков очагового поражения головного мозга. Вновь возникшая неврологическая симптоматика были зарегистрирована у 21 (37,5 %) больного в послеоперационном периоде (от одного до трех вновь возникших неврологических симптомов). Количество субъективных симптомов в предоперационном периоде было достоверно выше у больных с общемозговыми расстройствами в послеоперационном периоде ($4,0 \pm 2,12$ и $1,5 \pm 1,4$; $t = -3,0$, $p = 0,009$). Пациенты не имели исходно признаков деменции по результатам тестирования шкалы нейропсихологического тестирования MMSE ($27,88 \pm 1,10$), однако в послеоперационном периоде отмечено достоверное снижение когнитивных функций ($25,15 \pm 1,12$). В раннем послеоперационном периоде пациенты характеризовались замедлением психомоторной скорости в виде ухудшения выполнения тестов.

Проведенное нами исследование показало, что прогностическое значение имеет общее количество перечисленных субъективных неврологических нарушений, в то же время такие расстройства как неустойчивость походки, шум в ушах и повышенная утомляемость имеют самостоятельное неблагоприятное значение у больных перед оперативным вмешательством. Это позволило нам сделать вывод, что больным перед оперативным вмешательством на сердце необходимо проведение тщательной предоперационной оценки состояния неврологических функций для оценки степени риска периоперационных неврологических осложнений и выработки тактики послеоперационного ведения больных.