

50 детей с РС (из них 36 девочек и 14 мальчиков в возрасте от 9 до 17 лет). Диагноз РС устанавливался согласно критериям W. J. McDonald (2005 г., 2010 г.) с дополнениями F. Barkhof (2007 г.). Кроме тщательного клинического неврологического и соматического паттерна, проводили МРТ-ангиографии с магневистом, исследовались зрительные и когнитивные (P-300) вызванные потенциалы. Всем детям с РС проводили исследование спинномозговой жидкости (включая уровень интраклеточного синтеза Ig G, проницаемость ГЭБ, ПЦР на ДНК всех 6 типов вирусов).

При иммунологическом обследовании крови детей с РС нами отмечены: снижение уровня CD3 T-лимфоцитов, CD4 Т-хелперов и CD8 Т-супрессоров; повышение уровня CD16CD56 натуральных киллеров, HLA-DR активированных лимфоцитов, CD95 фактора апоптоза в крови, а также повышение показателя интраклеточного синтеза Ig G в спинномозговой жидкости у 72,5 % больных. Суммарные показатели были положены в основу выбора схемы терапии детей с РС, включающей проведение курса внутривенного иммуноглобулина (биовен-моно) и панавира. Панавир является противовирусным и иммуномодулирующим средством, способствует индукции интерферона.

При средней тяжести обострения детям проводилась пульс-терапия (солумедрол или метилпреднизолон 500—1000 мг внутривенно капельно через день № 3—5). При тяжелом обострении с выраженными изменениями иммунограммы в сочетании с высоким уровнем и интраклеточного синтеза Ig G и ЦИК применялась пульс-терапия с плазмаферезом (через день 2—3 процедуры) или пульс-терапия с плазмаферезом и последующим введением биовена-моно по 5—7 мл/кг через день № 3. При медленном регрессе неврологического дефицита после пульс-терапии проводилась терапия синактеном-депо (1 мг 1 раз в неделю № 8). При тяжелом обострении с изменениями иммунограммы, высоким интраклеточным синтезом Ig G проводилась пульс-терапия и введение биовена-моно. За последний год шести детям в период обострения РС был проведен курс панавира. Предложенные схемы лечения позволили купировать обострение у всех пациентов.

Вместе с тем за последние 4 года 18 детей, наблюдаемых в Центре, получали иммуномодулирующую терапию (глатирамера ацетат — 6 больных, интерферон-β1b — 8 пациентов, интерферон-β1a — 4 ребенка). Наряду с определенным успехом, к сожалению, на фоне введения иммуномодуляторов у 4 больных в течение 1—1,5 лет все же произошла трансформация ремиттирующего течения заболевания во вторично-прогрессирующее, у 1 ребенка отмечалась тяжелая аллергическая реакция, у 1 пациента развилась кардиомиопатия. Всем 6 пациентам введение иммуномодуляторов было прекращено. Также мы столкнулись с трудностями государственного обеспечения детей иммуномодуляторами.

Таким образом, достаточно эффективной альтернативой многолетней иммуномодулирующей терапии интерферонами-β и глатирамера ацетатом у детей является курсовое применение кортикостероидной терапии иммуноглобулина и панавира.

УДК 616.832-004.2-053.2

*Евтушенко С. К., Москаленко М. А.  
Донецкий национальный медицинский университет  
им. М. Горького (г. Донецк)*

#### **КЛИНИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННЫЙ СИНДРОМ В ДЕБЮТЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ**

Цель исследования: изучение вариантов дебюта (клинически изолированного синдрома) рассеянного склероза у детей, МРТ-картины и иммунологических исследований в начале заболевания.

Проведен анализ 40 случаев достоверного рассеянного склероза у детей (30 девочек и 10 мальчиков), находившихся под нашим наблюдением с 2007 года по 2011 год. Диагноз был установлен согласно международным критериям W. J. McDonald (2005 г. и 2011 г.). Оценка тяжести неврологического дефицита проводилась по шкале Куртцке (EDSS, Expanded Disability Status Scale, 1983). Все пациентам была проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного и спинного мозга (аппарат Gyroscan Intera T10, Голландия) с внутривенным введением контрастного вещества «Гадовист». 35 больным проведено исследование спинномозговой жидкости с определением уровня интраклеточного синтеза IgG, соотношения альбумин-глобулиновой функций.

Начало заболевания в возрасте до 11 лет отмечалось у 5 мальчиков (50 %) и 4 девочек (13,3 %). У 90 % девочек заболевание дебютировало в возрасте от 12 до 17 лет. Моносимптомное начало было у 5 мальчиков (50 %), у 5 больных отмечалось ретробульбарный неврит зрительного нерва с резким снижением зрения. У 5 мальчиков отмечалось полисимптомное начало РС: у 3 больных атаксия сочеталась с парезами, снижением вибрационной чувствительности и стволовыми нарушениями. У 19 девочек (63,3 %) отмечалось моносимптомное начало заболевания: онемение в конечностях у 5 больных (16,7 %), атаксия у 2 (6,7 %), ретробульбарный неврит — у 5 пациентов, гемипарез — у 3, невралгия лицевого нерва — у 3 детей, нарушение функций тазовых органов — у 4 пациентов. У 11 девочек (36,7 %) с полисимптомным началом заболевания выявлена атаксия, сочетающаяся с парезами в конечностях. Также у 12 пациентов отмечалось онемение в конечностях и туловище, у 2 — нарушение функций тазовых органов, нарушение речи и глотания — у 1 больного. Тяжесть заболевания по шкале Куртцке в дебюте у детей составляла от 1,5 до 6 баллов. У 65 % больных выявился высокий уровень интраклеточного синтеза IgG.

При МРТ множественные очаги демиелинизации в головном и спинном мозге были выявлены у 21 ребенка (77,5 %), единичные очаги — у 9 детей (22,5 %). При контрастировании «Гадовистом» активные очаги обнаружены у 19 пациентов (47,5 %). Церебральная форма РС отмечалась у 9 детей (22,5 %), цереброспинальная — 131 пациента (77,5 %).

Дебют РС в детском возрасте в 3 раза чаще отмечался у девочек, чем у мальчиков. У мальчиков в 3,8 раза чаще заболевание начиналось в раннем возрасте (в 5—11 лет). Моносимптомное начало отмечалось в 60 % случаев, полисимптомное — в 40 % случаев. При МРТ множественные очаги демиелинизации в головном и спинном мозге выявлялись в 3,4 раза чаще, чем единичные очаги. В дебюте заболевания активные очаги (накапливающие контрастное вещество) обнаруживаются у 47,5 % больных и ассоциируются с высоким уровнем интраклеточного синтеза IgG в ликворе.

УДК 616.831-053.2-036.66-08

*С. К. Евтушенко, А. А. Омеляненко,  
О. С. Евтушенко, Е. И. Кутякова*

*Областной детский клинический центр нейрореабилитации  
(г. Донецк)*

#### **ВОЗМОЖНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ АПАЛЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Апаллический синдром (АС) — один из непредсказуемых исходов разнообразных тяжелых (травматического или нетравматического генеза) повреждений головного мозга, развивающийся примерно у 10 % больных после продолжительной комы. Это клиническое состояние полного отсутствия осознания себя и окружающего при сохранении цикла «сон — бодрствование» в сочетании с разнообразным тяжелым неврологическим дефицитом, с полным или частичным сохранением гипоталамических и стволовых вегетативных функций.

В течение последних 12 лет в центре пролечено 17 пациентов в возрасте 11—17 лет и 5 пациентов в возрасте от 22 до 29 лет, из них — 10 детей с последствиями тяжелых форм энцефалита и 7 детей и 5 взрослых с последствиями тяжелых черепно-мозговых травм. Была применена методика лечения и реабилитации последствий апаллического синдрома у детей, разработанная проф. С. К. Евтушенко и доц. А. А. Омеляненко (авторское изобретение 2005 г.), включающая использование медикаментозных и немедикаментозных средств.

Пациенты поступают на реабилитацию спустя 1—6 месяцев и позже с момента выхода из комы. Реабилитация складывается из сочетания немедикаментозных (сенсорная стимуляция, раннее формирование вертикальной позы, использование ортезов, проведение ежедневных сеансов синглетно-кислородной терапии, сегментарного массажа и гидромассажа, лечебной физкультуры с элементами стретч-гимнастики, рефлексотерапевтическое воздействие в форме краниопунктуры, акупунктуры и фармакопунктуры, фотостимуляция, лазеротерапия) и медикаментозных средств (нейротропин, актовегин, никотиновая кислота, кеппра, иммуноглобулин). Проведение диспортовых блокад у 11 больных снизило риск развития контрактур в суставах паретичных конечностей и дало возможность активной тренировки двигательных навыков.

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 паретических конечностей и возобновлении двигательных навыков. Шесть из 22 больных поступили на первичный реабилитационный цикл с назогастральным зондом, от которого к концу курса лечения пришлось отказаться 5 пациентам, достигнув 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 функции происходило в течение более длительного периода (3—5 лет). Повторные (каждые 3—6 месяцев) курсы восстановительного лечения усиливали достигнутый эффект.

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

УДК 616.833-079.4:616-006-07

*Евтушенко С. К.\*\*, Гончарова Я. А.\*,  
Симонян В. А.\*, Филимонов Д. А.\*\*\**

*ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им В. К. Гусака НАМН Украины» (г. Донецк)\*, Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького\*\*, ГУ «Дорожная клиническая больница станции Донецк»\*\*\**

### **ПОЛИНЕВРОПАТИЯ КАК ВОЗМОЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДЕБЮТ НЕОПЛАСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

Паранеопластические полиневропатии — это диффузное или мультифокальное поражение периферических нервных волокон, как следствие отдаленного воздействия неопластического процесса. По данным Storstein A., Larson A. и соавт., Vedeler C. (2001), они встречаются у онкологических больных от 7,5 % до 48 % случаев, и зачастую проявляются клинически задолго до диагностирования опухоли.

Цель и задачи: разработать эффективные схемы диагностики паранеопластических полиневропатий с применением функциональных методов исследования.

На базе отделения ангионеврологии ИНВХ им. В. К. Гусака наблюдались 39 пациентов в возрасте от 24 до 78 лет с клиникой полиневропатии (ПНП). Из них 18 человек имели верифицированный диагноз опухолевого заболевания и были условно объединены в 1-ю группу. Во 2-ю группу вошли 9 больных, прошедших первичный или повторный курс химиотерапии. 3-ю группу составили 12 пациентов с ПНП неуточненной этиологии. Жалобы пациентов оценивали по шкалам EURO DIABIDDM Complication (1995), TSS, а тяжесть ПНП по шкалам Dyck P. J. (1988), NSS и NSS-LL. Дополнительные методы обследования включали общеклинические анализы, анализ антиневралгических антител, онкомаркеров. Для исследования микроциркуляции применялась лазерная доплеровская флоуметрия (аппарат «ЛАКК-02», Россия). Базовым методом являлось нейромиографическое исследование (электромиограф Reporter, Италия).

При стимуляционном ЭНМГ-исследовании, проведенном пациентам из 1-й группы, в абсолютном большинстве случаев (78 %) имелись нейромиографические признаки ПНП, такие как снижение СРВ по верхним конечностям до 40—45 м/с, по нижним — до 30—35 м/с. У 11 человек отмечалась аксональная дегенерация, а в 3 случаях она сочеталась с демиелинизирующей ПНП. Лазерная флоуметрия выявила умеренное снижение индекса эффективности микроциркуляции и показателя микроциркуляции, средние показатели составили  $1,52 \pm 0,087$  % и  $3,62 \pm 0,24$  Пф. ед. соответственно. Во 2-й группе, помимо ЭНМГ-признаков ПНП (снижение СРВ до 42 м/с), отмечалось резкое нарушение микроциркуляции согласно результатам флоуметрии, среднее значение индекса эффективности микроциркуляции в этой группе составило  $1,3 \pm 0,05$  % при норме  $1,6—1,8$  %.

У пациентов из 3-й группы ЭНМГ-исследование выявляло снижение СРВ до 22—30 м/с в руках и до 30—38 м/с в ногах, показатели флоуметрии отличались значительной вариабельностью. В ходе тщательного обследования у 10 пациентов было диагностировано опухолевое заболевание, у одного пациента — эозинофильный васкулит Чарджа — Стросса, и у одного больного — сочетание ПНП с миастеническим синдромом на фоне диспротеинемии (неопластический процесс в данном случае не был обнаружен).

В ходе проведенного исследования нами определен характерный для паранеопластических полиневропатий нейромиографический и флоуметрический паттерн. Выявление подобных изменений у пациентов с клиникой полиневропатии требует детального соматического обследования, что в ряде случаев дает возможность диагностировать неопластический процесс на доклинической стадии.

УДК 616.8-009-053.2-036.66(477.62)

*Евтушенко О. С., Яновская Н. В., Евтушенко С. К.*

*Областной детский клинический центр нейрореабилитации  
(г. Донецк)*

### **ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ДОНЕЦКОМ КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ**

Центр — это современное учреждение, где в творческом союзе работают практические врачи и сотрудники кафедры детской неврологии Донецкого национального медицинского университета им. Горького (научным консультантом Центра является его основатель проф. Евтушенко С. К.). Помощь оказывается не только детям из Донецкой области, но из других областей Украины и различных стран. В настоящее время в Центре применяется более 60 современных методик диагностики, лечения и реабилитации заболеваний нервной системы у детей, большая часть методик разработана в Центре.

В структуру Центра входят: диагностическое отделение, клиничко-диагностическая лаборатория, отделение физиотерапии, залы ЛФК (для детей младшего и старшего возраста), зал сенсорной терапии, круглосуточный стационар для совместного пребывания детей и матерей на 30 коек, отделение ранней реабилитации на 10 коек для детей в возрасте от 3-х мес. до 1-го года, дневной стационар при поликлинике на 20 коек, ипподром для лечебного катания на лошадях, учебный блок и лекционный зал кафедры детской неврологии. Организационно выделены подразделения: отдел по иммуногенетической диагностике и лечению врожденных и ранних проявлений церебрального паралича (ЦП), нейролингвистический отдел, отдел по лечению детей со спинальной патологией и нарушением выделительных функций, отдел по лечению нервно-мышечных заболеваний, отдел по лечению последствий апаллического синдрома; отдел по клинической апробации новых фармакологических препаратов. Это дает возможность оказывать высококвалифицированную и эффективную помощь детям не только с ЦП, но и с различными заболеваниями нервной системы.

Центр располагает современной диагностической аппаратурой, позволяющей на ранних этапах заболевания уточнять диагноз и характер патологии мозга, проводится видеоэнцефалокартирование, сочетанные холтер-ЭЭГ и холтер-ЭКГ, электромиография, спирометрия, сонография головного мозга, транскраниальная доплерография, проводятся различные исследования в биохимической лаборатории, включая определение уровня антиконвульсантов в крови, УЗИ внутренних органов и ЭХО-КГ. При необходимости проводится МРТ и КТ в областном диагностическом центре.

Основываясь на главных этиологических факторах возникновения заболевания, возрасте пациента и ведущем неврологическом дефиците, разрабатывается годичная программа интенсивной долговременной и многокурсовой этапной реабилитации по методике Центра. Реабилитационные мероприятия включают медикаментозное (по синдромологическому принципу) и немедикаментозное лечение, с учетом формы, тяжести состояния, характера процесса, сопутствующей соматической патологии, когнитивных нарушений. При различных формах ЦП назначается: массаж (сегментарный и точечный), лечебная физкультура с элементами гимнастики Войта, нейромышечные блокады ботулотоксинами (Диспорт), мануальная терапия, иглорефлексотерапия, микроволновая терапия, лазеротерапия, электроимпульсная терапия, гидромассаж, мануальная кровать, иппотерапия, методика биологически обратной связи, используется собственная методика краниопунктуры, скальп-терапии, стренч-гимнастики, вакуумный массаж, динамическая проприоцептивная коррекция с помощью ЛК «Гравистат», медикаментозное лечение.

В результате проведенного реабилитационного лечения 8 % детей практически здоровы; у 75 % — наблюдается стабильное улучшение, у 9 % — непродолжительное улучшение, у 8 % больных, ввиду грубого неврологического дефицита и тяжести состояния, существенной динамики добиться не удалось.