

ДЦП: полтора столетия поиска истины

Первое описание этого заболевания появилось в середине XIX века. Было отмечено, что болезнь поражает детей на первом году жизни, и с годами их состояние практически не меняется; даже во взрослом возрасте они остаются нетрудоспособными. По имени врача, впервые описавшего симптомы, заболевание получило свое первое название.

В 1850-х патологию, сейчас известную, как спастическая диплегия, стали называть болезнью Литтла (встречается также вариант «болезнь Литтля»). **В 1853 году** английский хирург Уильям Джон Литтл опубликовал работу «О деформациях в скелете человека» и в ней описал заболевание, при котором возникает спазм мышц конечностей, в большей степени — ног. Пораженные болезнью дети, о которых писал Литтл, плохо захватывали предметы, им было сложно ползать, они с трудом ходили. В этой же работе хирург описал псевдогипертрофическую мышечную дистрофию. **В 1861 году** он выступил на заседании Акушерского общества Лондона и заявил, что к повреждению нервной системы приводит асфиксия, вызванная патологией в родах.

Сам Уильям Джон Литтл в детстве перенёс полиомиелит, его последствием стал парализованная левая нога, усложненный косолапием. Медицинский путь будущего хирурга начался с работы в аптеке, позже он поступил в медицинскую школу при лондонском госпитале, **в 1832 году** был принят в Королевский хирургический колледж. Чуть позднее, практикуясь в Германии у Луиса Штроймера, Джон Литтл изучал метод подкожной перерезки сухожилий, предложенный немецким врачом. Деформированную конечность Джона Литтла удалось выправить, применив именно этот подход. Это определило и дальнейшее направление работы английского хирурга: **в 1837 году** была опубликована его монография, ставшая основой докторской диссертации, посвященная операции по перерезке сухожилий. Уильям Джон Литтл стал активным сторонником применения этой методики при контрактурах мышц. Этот подход, как известно, в некоторых случаях используется по сей день.

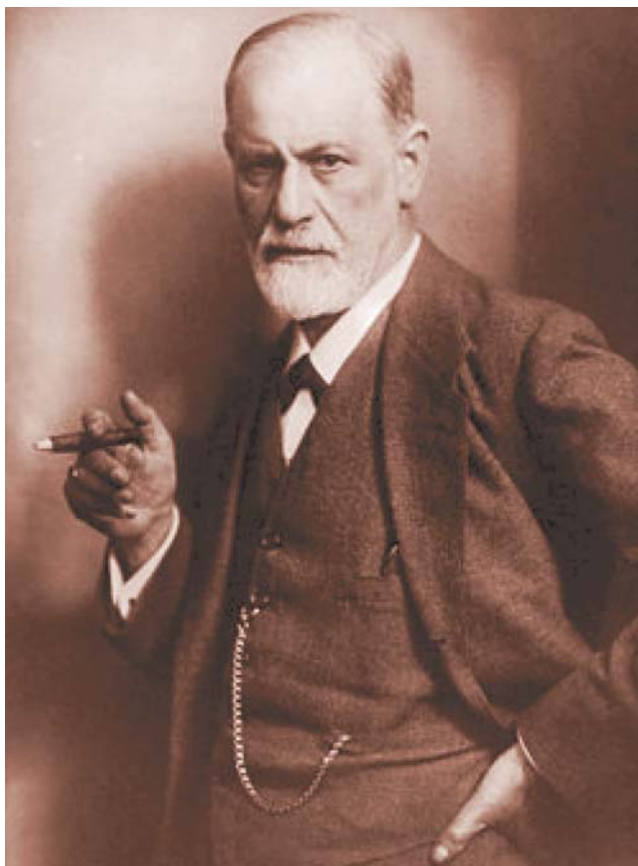
В своей работе, посвященной заболеванию, в последствии названному детским церебраль-

ным параличом, Джон Литтл отметил, что многие пациенты с отмеченными им нарушениями появились на свет в результате преждевременных или осложненных родов. На этом наблюдении основывалось его предположение, что патология стала результатом недостатка кислорода во время родов.

Эту теорию опроверг Зигмунд Фрейд, обративший внимание на связь между ДЦП, умственной отсталостью, эпилепсией. Кстати, термин «детский церебральный паралич» принадлежит авторству Фрейда — он ввел его **в 1893 году**. Несколькими годами позже, **в 1897-м**, в монографии «Детский церебральный паралич», он предположил, что поражения мозга, вызывающие нарушения двигатель-



Уильям Джон Литтл (1810–1894)



Зигмунд Фрейд (1856–1939)

ной активности и координации, связаны с патологиями развития мозга еще в период его формирования, то есть, до рождения ребенка. В том же **1897 году** Фрейд предложил и свою классификацию ДЦП. Она включала гемиплегию, церебральную диплегию (или двусторонний церебральный паралич), генерализованную ригидность (болезнь Литтла), параплегическую ригидность, двустороннюю гемиплегию, генерализованную хорею и двойной атетоз. Параплегическую ригидность современная медицина не относит к ДЦП. Атаксическую форму **в 1913 году** подробно описал О.Ферстер. Подтверждение теории Фрейда о внутриутробных причинах развития ДЦП появилось **в 80-х годах прошлого века**. В этот период группа ученых под эгидой Национального института неврологических расстройств и инсульта (NINDS) проанализировала группу, состоящую более чем из 35 тыс. новорожденных и их матерей, и обнаружила, что



Уильям Ослер (1849–1919)

осложнения во время родов стали причиной рождения детей с ДЦП менее чем в 10% случаев. В большинстве случаев причина оставалась не выявленной. До этого врачи считали, что в основном причина возникновения детского церебрального паралича — осложненные роды.

Словосочетание «церебральные параличи» **в 1889 году** предложил использовать и сэр Уильям Ослер, канадский врач-ортопед. Он является автором монографии «Церебральные параличи у детей», в которой указывал на связь между трудными родами и поражениями нервной системы у детей. Впрочем, Уильям Ослер занимался не только этим вопросом. Он — автор более 700 печатных работ, посвященных различным темам в разных областях медицины, кроме того, был просветителем и эссеистом, а как ученый-медик большой интерес проявлял к анестезиологии.

В течение XIX века предложенный им термин «церебральный паралич» использовался в комбинации с другими терминами (например, «церебральный родовой паралич»).

В 1957 году был создан Клуб Литтла, призванный обобщить взгляды на церебральные параличи. Через два года его работы был опубликован Меморандум по терминологии и классификации церебральных параличей. Важной вехой в становлении взглядов на детский церебральный паралич было проведение **в июле 2004 года** в Мериленде (США) Международного семинара по определению и классификации церебральных параличей.

ГОЛОВНА ПОДІЯ РОКУ ДЛЯ ФАХІВЦІВ ГАЛУЗИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

IMF V МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

5
років

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ – ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

15–17 квітня 2014 року

КИЇВ ЕКСПО ПЛАЗА ufi Україна, Київ, вул. Салютна, 2-Б

За підтримки:

- Кабінету Міністрів України
- Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я
- Міністерства охорони здоров'я України
- Міністерства охорони здоров'я АР Крим
- Державної служби України з лікарських засобів

Організатори:

Национальна академія медичних наук України

Генеральний партнер: **TOSHIBA** Leading Innovation >>>

Офіційний партнер: Mercedes-Benz

Співорганізатори:



Соціальний партнер: Розвиток України

Міжнародні партнери: TÜRKEL FAIR ORGANIZATION

Партнери:



MEDRadiology
MEDLab
MEDTech
MEDSolutions
MEDRehab&Physio
MEDCleanTech
MEDInnovation
MEDDent
MEDEsthetics



MEDICAEXPO – МІЖНАРОДНА ВИСТАВКА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- Увесь спектр обладнання, техніки, інструментарію для медицини
- Всесвітньо відомі бренди
- Нові торгові марки
- Інновації та технології
- Міжнародна участь

PHARMAEXPO – МІЖНАРОДНА ФАРМАЦЕВТИЧНА ВИСТАВКА



III МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

«Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України»

- НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ
- ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ
- ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ НА ДІЮЧОМУ ОБЛАДНАННІ
- УКРАЇНСЬКІ ТА ЗАРУБІЖНІ ДОПОВІДАЧІ-ЕКСПЕРТИ ГАЛУЗИ
- ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ
- ПЕРЕДБАЧЕНА ВИДАЧА СЕРТИФІКАТІВ

Міжнародні інформаційні партнери:

Генеральний стратегічний партнер:

Генеральний інформаційний партнер:

УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Офіційні інформаційні партнери:

Генеральний інтернет-партнер:

Інформаційний партнер:

СТАНЬ ЧАСТИНОЮ МАСШТАБНОЇ МІЖНАРОДНОЇ ПОДІЇ!

3 питань участі у Форумі:
3 питань участі у Конгресі:

+380 (44) 526-93-09
+380 (44) 526-92-89

@ med@lmt.kiev.ua
@ congress@medforum.in.ua

www.medforum.in.ua

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Правила подачи материала для публикации:

- Структура материала: введение (состояние проблемы по данным литературы не более 5–7-летней давности); цель, основные задания и методы исследования; основная часть (освещение статистически обработанных результатов исследования); выводы; перспективы дальнейшего развития в данном направлении; список литературы, рефераты на русском, украинском и английском языках.
- Материал должен сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором он был выполнен, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, и экспертным заключением о возможности в открытой печати.
- На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов, фамилия, имя и отчество (полностью), почтовый адрес, номера телефонов (служебный, домашний) автора, с которым редакция будет общаться.
- Авторский текстовый оригинал должен состоять из двух экземпляров на украинском или русском языке:
 - текста (объем оригинальных статей, в том числе рисунков, литературы, рефератов, не более 8 страниц, обзоров литературы, лекций, проблемных статей — не более 12 страниц, кратких сообщений, рецензий — не более 7 страниц);
 - списка литературы (если в статье есть ссылки, не более 20 литературных источников, в обзорах — не более 50),
 - таблиц;
 - рисунков (не более 4) и подписей к ним.
- К статье прилагаются рефераты на украинском, русском и английском языках с обязательным указанием фамилий и инициалов авторов на этих языках. Объем резюме не должен превышать 200–250 слов. Обязательно указываются «ключевые слова» (от 3 до 8 слов) в порядке значимости, способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Резюме является независимым от статьи источником информации. Оно будет опубликовано отдельно от основного текста статьи и должно быть понятным без ссылки на саму публикацию. Резюме является кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам и должно отражать основное содержание статьи, следовать логике изложения материала и описания результатов в статье с приведением конкретных данных.
- Резюме к оригинальной статье должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материал и методы; в) результаты; г) заключение. Все разделы в резюме должны быть выделены в тексте жирным шрифтом. Для остальных статей (обзор, лекции, обмен опытом и др.) резюме должно включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.
- По Приказу ВАК №1111 от 2.11.2012 г. необходимо предоставить в редакцию экземпляр статьи на английском языке для размещения на web-страницах издания.

БЕЗ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ АНГЛИЙСКОЙ ВЕРСИИ СТАТЬИ НЕ РАССМАТРИВАЮТСЯ И НЕ ПУБЛИКУЮТСЯ.

- Статьи набираются на компьютере в программе Word и подаются распечатанными с CD-диск (дискеты принимаются не будут). Текст реферата следует набирать шрифтом 12 пунктов с межстрочным интервалом — 1,5, придерживаясь таких размеров полей: верхний и нижний — 20 мм, левый — 25 мм, правый — 10 мм. Иллюстрации (диаграммы, графики, схемы) строятся в программах Word или Excel и в виде отдельных файлов и вместе с текстовым файлом подаются на диске.
- На первой странице указываются: индекс УДК слева, инициалы и фамилии авторов, город в скобках, название статьи, название учреждения, где работают авторы.
- Список литературы подается сразу же за текстом. Авторы упоминаются по алфавиту — сначала работы отечественных авторов, а также иностранных, опубликованных на русском или украинском языках, далее иностранных авторов, а также отечественных, опубликованных на иностранных языках. Все источники должны быть пронумерованы и иметь не более 5–7-летнюю давность.
- Ссылки в тексте обозначаются цифрами в квадратных скобках, должны отвечать нумерации в списке литературы. В библиографическом описании книги нужно указать фамилии и инициалы авторов, ее название (если четыре и более авторов — название книги, а потом за косой чертой инициалы и фамилии всех авторов или, если более четырех, трех авторов и слова «и др.»), город, издательство, год издания, общее количество страниц; статьи — фамилии и инициалы авторов, название периодического издания (журнала, сборника научных работ), год, номер (том, выпуск) и страницы (начальная и последняя); автореферата диссертации — фамилия и инициалы автора, название автореферата, далее с заглавной буквы после двоеточия указывают, на соискание какой степени защищается диссертация и в какой отрасли науки, когда и где защищалась (в каком научном учреждении), город и год издания, общее количество страниц. Сокращения слов и их соединений приводят согласно с ГОСТУ 3582 97 «Сокращения слов в украинском языке в библиографическом описании. Общие требования и правила».
- Количество иллюстраций (рисунки, схемы, диаграммы) должно быть минимальным. Таблицы и рисунки помещают в текст статьи сразу после первого упоминания их. В подписи к рисунку приводят его название, пояснение всех условных обозначений (цифр, букв, кривых и т.д.). Таблицы должны быть компактными, пронумерованными, иметь название. Номера таблиц, их заголовки и цифровые данные, обработанные статистически, должны точно отвечать приведенным в тексте.
- Обозначения разных мер, единицы физических величин, результаты клинических и лабораторных исследований следует приводить согласно Международной системы единиц (СИ), медицинские термины — согласно Международной анатомической и Международной гистологической номенклатурам, названия заболеваний — по Международной классификации заболеваний 10-го пересмотра, лекарственные средства — по Державной Фармакопее (X, XI). Названия фирм и аппаратов необходимо подавать в оригинальной транскрипции.
- Сокращения в тексте слов, имен, терминов (кроме общеизвестных) не допускается. Аббревиатура расшифровывается после первого упоминания и остается неизменной во всем тексте.
- Ответственность за достоверность и оригинальность поданных материалов (фактов, цитат, фамилий, имен, результатов исследований и т.д.) полагается на авторов. Статьи, оформленные без соблюдения правил, не рассматриваются и не возвращаются авторам.
- Редакция обеспечивает рецензирование статей, выполняет специальное и литературное редактирование, оставляет за собой право сокращать объем статей. Отказ авторам в публикации статей может осуществляться без объяснения его причины и не считается негативным заключением относительно научной и практической значимости работы.

Редакционный совет



від 14 років¹



від 3 до 14 років²



до 3 років³



Регістраційне посвідчення МОЗУ № UA/7234/02/01 від 21.07.2010 р., до 21.07.2015 р.; № UA/7234/01/01 від 12.10.2012 р., до 12.10.2017 р.; № UA/7234/03/02 від 14.12.2012 р., до 14.12.2017 р.; № UA/7234/03/01 від 31.08.2012 р., до 31.08.2017 р.; № UA/7234/03/01 від 31.08.2012 р., до 31.08.2017 р.

АЗИМЕД®

Інфекції долає просто,
незалежно від зросту

- ▶ Доведена біоеквівалентність препарату щодо оригінального засобу⁴
- ▶ Простий і ефективний курс лікування, прийом лише 1 раз на день⁵

¹ Азимед® 500 мг №3 від 45 кг

² Азимед® 200 мг/5 мл по 30 мл дітям від 15 кг

³ Азимед® 100 мг/5 мл 20 мл дітям від 5 кг до 15 кг

Склад. Діюча речовина: azithromycin; 1 таблетка містить азитроміцину дигідрату, у перерахуванні на азитроміцин, 500 мг.

Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою.

Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування. Макроліди, лінкозаміди та стрептограміни. Азитроміцин. Код АТС J01F A10.

Показання. Інфекції, спричинені мікроорганізмами, чутливими до азитроміцину:

- Інфекції ЛОР-органів (бактеріальний фарингіт/тонзиліт, синусит, середній отит).
- Інфекції дихальних шляхів (бактеріальний бронхіт, негоспітальна пневмонія).
- Інфекції шкіри та м'яких тканин: хронічна мігруюча еритема (початкова стадія хвороби Лайма), бешіха, імпетиго, вторинні піодерматози.
- Інфекції, що передаються статевим шляхом: неускладнений уретрит/цервіцит.
- Інфекції шлунка та дванадцятипалої кишки, спричинені *Helicobacter pylori*, у складі комплексної терапії.

Противпоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини, до будь-якого іншого компонента препарату або до інших макролідних антибіотиків; азитроміцин не слід призначати одночасно з похідними ріжків; дана лікарська форма не призначена для лікування дітей з масою тіла до 45 кг.

Побічні реакції. Свербіж, висипання на шкірі; нудота, діарея; головний біль (повний перелік можливих побічних реакцій наведено в інструкції для медичного застосування препарату).

Інформація згідно інструкції препарату Азимед (таб.).

⁴ Оцінка біоеквівалентності Азимеда — біоеквівалентність доказана!

І. А. Зуланев, д. мед. н., професор; Н. П. Безуляк, к. мед. н., доцент; В. В. Либина, к. біол. н.; І. Н. Орлова, І. В. Курдис, Ю. Г. Кувайсков, Національний фармацевтичний університет, Харьків; ГП «Государственный экспертный центр Министерства здравоохранения Украины»; Корпорація «Артеріум», Київ, №1 (167) / 2013, «Ліки України».

⁵ Інформація надана згідно інструкції для застосування препарату Азимед® (повна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування).

Виробник: ПАТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Сакаганського, 139)

⁶ Міжнародне непатентоване найменування: Azithromycin
Відлукуються за РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ

Склад. Діюча речовина: азитроміцин.

1) Азимед®, 100 мг/5 мл по 20 мл. порошок д/оральної суспензії: 5 мл суспензії містять азитроміцину дигідрату в перерахуванні на азитроміцин 100 мг;

2) Азимед®, 200 мг/5 мл по 30 мл. порошок д/оральної суспензії: 5 мл суспензії містять азитроміцину дигідрату в перерахуванні на азитроміцин 200 мг; Допоміжні речовини: сахароза, натрію фосфат, гідроキシпропілцелюлоза, ксантанова камедь, кремнію діоксид колоїдний безводний, ароматизатор вишня, ароматизатор банан, ароматизатор ваніль.

Лікарська форма. Порошок для оральної суспензії.

Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування. Макроліди, лінкозаміди та стрептограміни. Азитроміцин. Код АТС J01F A10.

Показання. Інфекції, спричинені мікроорганізмами, чутливими до азитроміцину: • інфекції ЛОР-органів (бактеріальний фарингіт/тонзиліт, синусит, середній отит);

• інфекції дихальних шляхів (бактеріальний бронхіт, негоспітальна пневмонія);

• інфекції шкіри та м'яких тканин: мігруюча еритема (початкова стадія хвороби Лайма), бешіха, імпетиго, вторинні піодерматози.

Противпоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини, до будь-якого іншого компонента препарату або до інших макролідних антибіотиків. Через теоретичну можливість ерготизму азитроміцин не слід застосовувати одночасно з похідними ріжків.

Побічні реакції. Рідко з боку крові та лімфатичної системи, психіки, нервової системи органів слуху, серцево-судинної системи, шкіри, системні порушення. Часто з боку травного тракту — нудота, блювання, діарея, дискомфорт у животі.

Азимед® 100 мг/5 мл по 20 мл. порошок д/оральної суспензії:

• Для отримання 25 мл однорідної суспензії необхідно додати 11 мл дистильованої води у флакон з 400 мг азитроміцину.

• Застосовують дітям з масою тіла більше 5 кг до 15 кг.

Азимед® 200 мг/5 мл по 30 мл. порошок д/оральної суспензії:

• Для отримання 35 мл однорідної суспензії необхідно додати 14,5 мл дистильованої води у флакон з 1200 мг азитроміцину.

• Застосовують дітям з масою тіла більше 15 кг.

Інформацію подано відповідно до інструкції препарату Азимед порошок для оральної суспензії.

До складу Корпорації «Артеріум» входять ПАТ «Київмедпрепарат» і ПАТ «Галичфарм».

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

Ближче до людей



АКВА[®] МАРІС

ПРЕПАРАТИ НА ОСНОВІ ВОДИ АДРІАТИЧНОГО МОРЯ

ЧИСТОТА

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ¹

НАТУРАЛЬНІСТЬ

Бренд №1 в Україні²



«Ядран - Галенська Лабораторія д. д.», Хорватія. Представництво в Україні: Київ, вул. Інститутська, 28, блок Е. Тел. (044) 377-54-16.
www.aquamaris.com.ua

Лікарський засіб. РП МОЗ України № UA/9898/01/01 від 30.07.2009. Засоби, що застосовуються місцево при захворюваннях порожнини носа. Код АТХ R01A X10. Показання: гострі та хронічні запальні захворювання порожнини носа, придаткових пазух і носоглотки. Побічні ефекти: можливі алергічні реакції. Має протипоказання. Також наявний спрей назальний Аква Маріс[®] у формі медичного виробу. Р.С. ВМП №12659/2013. Застосовується: при гострих та хронічних запальних захворюваннях носоглотки, придаткових пазух носа та носової порожнини різної етіології (риніти, синусити).

³ з приводу більш детальної інформації щодо препарату Аква Маріс[®] дивіться інструкції для медичного застосування. Інформація призначена для використання в професійній діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

¹ Торговельна марка Аква Маріс[®] - переможець в номінації «Препарат від нежитю» конкурсу «Фаворит Успіху 2011», «Фаворит Успіху 2012». Торговельна марка Аква Маріс[®] - переможець в номінації «Препарат року» серед елімінаційних препаратів конкурсу «Панацея 2012».

² За кількістю реалізованих упаковок 2008-2012, компанія SMD.