

«Медико-социальные аспекты диагностики, лечения и реабилитации заболеваний у детей»

19–20 апреля 2015 г.
г. Киев

**С.П. Дубина, О.С. Евтушенко, Н.В. Яновская,
С.К. Евтушенко, Е. М. Фомичёва**

Диагностика и терапия различных форм энуреза у детей

Областной детский клинический Центр нейрореабилитации, г. Донецк

В статье рассматриваются вопросы диагностики и комплексного лечения энуреза у детей, включающего режим, диету, медикаментозное лечение, специальный комплекс ЛФК, рефлексотерапию, физиотерапию, массаж, психотерапию. Представлены результаты лечения энуреза различной степени выраженности у 64 детей в возрасте от 5 до 15 лет. У 14 детей стойкий положительный эффект наблюдался уже после первого курса лечения, у 18 детей отмечалось существенное улучшение, у 27 детей — улучшение, частичный эффект достигнут у 5 детей. Итоги лечения оценивались по специально разработанной шкале динамического наблюдения детей с нарушением функции выделения.

Ключевые слова: энурез, акупунктура, минирин, сибутин.

Проблема лечения энуреза является по-прежнему актуальной и до конца не решённой [1]. Это связано с достаточно большой распространённостью данной патологии (частота энуреза у детей колеблется от 2,5% до 30%) и её социальной значимостью (снижение качества жизни ребёнка, отрицательное влияние на формирование личности и характера, что затрудняет адаптацию больных в обществе) [2,5]. Всё чаще приходится сталкиваться с энурезом как проявлением миелодисплазии [6,9,10]. В последнее время участились случаи энурез-эпилепсии [3].

Общие принципы лечения энуреза включают в себя, прежде всего, комплексность, учёт этиологии и формы энуреза, определённый режим и диету, медикаментозное лечение, немедикаментозные воздействия (психотерапия, физиотерапия, массаж, ЛФК, иглорефлексотерапия, фитотерапия, заинтересованность и активное участие в процессе лечения ребёнка и родителей) [7,8].

В Центре выделены специализированные стационарные койки для лечения детей с энурезом. В течение последних трех лет в Центре пролечено 64 человека с энурезом в возрасте от 5 до 15 лет (основную группу составили дети до 10 лет — 58 чел.), из них у 42 детей диагностирован невротический энурез, у 12 детей — невротический энурез, в 10 случаях энурез был проявлением миелодисплазии.

До начала курса реабилитации дети были тщательно обследованы. Клинический осмотр включал анализ соматического статуса, оценку психофизического развития детей.

Анализ неврологического статуса основывался на анамнезе, определении характера нарушений мочеиспускания, оценки характера сна.

В рамках неврологического обследования детей выполняли электроэнцефалографию, доплерографию сосудов головного мозга, обзорную рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника; детям с миелодисплазией проводили ЭМГ и МРТ спинного мозга. Оценку эффективности лечения проводили по специально разработанной шкале динамического наблюдения детей с нарушением функции выделения (С.К. Евтушенко, С.П. Дубина, 2007), которая предусматривает суммарную оценку ощущения наполнения в мочевом пузыре и функцию детрузора.

Все дети осматривались психиатром, психологом, урологом и нефрологом, девочки — гинекологом.

Лабораторно-диагностическое обследование включало общую схему обследования детей с нефро-урологической патологией (повторные, неоднократные анализы мочи; общий анализ крови; кал на яйца глистов и соскоб на энтеробиоз; УЗИ почек, мочевого пузыря и мочевыводящих протоков).

По клиническому течению: в 40% случаев энурез отмечался почти каждую ночь (0 баллов по шкале),

в 32% случаев — два раза в неделю (1 балл по шкале), в 25% — 4–5 раз в месяц, в 3% — 2–3 раза в месяц (2 балла по шкале). Все дети не просыпались после мочеиспускания из-за очень крепкого сна; родители обращали внимание на учащение энуреза при утомлении. «Не переживали» из-за случившегося мочеиспускания 15% детей.

При исследовании неврологического статуса у 18% детей изменений не выявлено, у 12% выявлены симптомы церебрастении, у остальных отмечалась рассеянная микроорганическая симптоматика.

Изменения на ЭЭГ (неспецифического характера) выявлены у 13% обследуемых. В частности, при проведении видеомониторинга ночного сна у двоих детей (не вошедших в разработку) были выявлены эпилептические феномены на ЭЭГ и диагностирована энурез-эпилепсия.

При проведении УЗДГ сосудов головного мозга и шеи у 16 детей выявлены незначительные изменения в виде дистонии, у 10 — затруднение венозного оттока, у 6 — асимметрия кровотока по позвоночным артериям.

По результатам УЗИ почек, мочевого пузыря и мочевыводящих протоков у 7 детей обнаружены признаки нейрогенной дисфункции мочевой системы.

При проведении обзорной рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника у троих детей выявлен S-образный сколиоз нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника, у 27 детей выявлена *shina bifida* в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

При проведении стимуляционной ЭМГ у шестерых больных отмечено незначительное снижение скоростей распространения возбуждения по нервам нижних конечностей.

При исследовании спинного мозга методом МРТ у восьмерых детей патологии со стороны спинного мозга не выявлено. У одного больного выявлено расширение спинномозгового канала на уровне Th12-L4. Симптоматика ювенильного остеохондроза выявлена у семерых детей.

Всем детям проводили комплексное лечение энуреза. Ребёнка и родителей информировали о необходимости глубокой заинтересованности и активного участия

в лечебном процессе. Методика лечения включала в себя: режим, диету, специальный комплекс ЛФК, рефлексотерапию (с использованием биологически активных точек, находящихся на меридианах мочевого пузыря (V23, 28, 31,40, 60, 62), почек (R2,3,7), желудка (E36), переднесрединного (I2,3,4,6), заднесрединного (T4,14,20) меридианов селезенки (RP6)). При миелодисплазии стимуляция спинальных рефлексов осуществлялась электроакупunkturой точек переднесрединного и заднесрединного меридианов (I1T1) с подключением на иглы постоянного электрического тока силой, вызывающей подпороговые ощущения (5–10 микроампер), в течение 3–5–7–10 минут в зависимости от возраста, с помощью аппарата Lasper (Япония). Физиотерапию назначали (амплипульс, «Миотон» №10–12) при гипорефлекторном мочевом пузыре, также назначались специально разработанный сегментарный массаж и психотерапия. Медикаментозное лечение: при первичном энурезе использовали минирин, начиная с 0,2 мг на ночь, с последующим постепенным увеличением дозы при необходимости до 0,6 мг; при гиперрефлекторном нестабильном мочевом пузыре применяли сибутин в возрастных дозах; для улучшения метаболических и биоэнергетических процессов в нервных клетках использовали препараты, влияющие на нейромедиаторные системы мозга, — когнум, ноофен, гамалете-В6 и др.; при невротическом недержании мочи назначались седативные мягко действующие препараты — киндинорм, тенотен, персен и др., при неэффективности в отдельных случаях использовали нейролептики (сонапакс) в малых дозах и короткими курсами.

Большинство детей проходили повторные курсы лечения (один раз в 3–4 месяца) в зависимости от тяжести состояния. Эффективность лечения зависела от причины возникновения энуреза. У 14 детей стойкий положительный эффект наблюдался уже после первого курса лечения, у 18 детей — существенное улучшение, у 27 детей — улучшение, частичный эффект достигнут у 5 пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Агапов Е. В. Эффективность десмопрессина у детей с первичным ночным энурезом / Е. В. Агапов, В. В. Длин, И. М. Османов // Вестн. педиатрич. фармакол. инутрициол. — 2006. — Т. 3, № 6. — С. 15–19.
- Евтушенко С. К. Восстановительная терапия нарушенных выделительных функций у детей / С. К. Евтушенко, С. П. Дубина // Актуальные вопросы неврологии. — Тернополь, 2007. — С. 147–149.
- Казанская И. В. Энурез: классификация, причины, диагностика и лечение / И. В. Казанская, Т. В. Отпущенкова // Вопр. совр. педиатрии. — 2003. — Т. 2, № 6. — С. 58–66.
- Павлов А. Ю. Дисфункции мочевого пузыря у детей: некоторые вопросы диагностики и пути эффективной терапии / А. Ю. Павлов, В. В. Ромих, Н. Г. Москалёва // Педиатрия. — 2007. — Т. 86, № 5. — С. 51–53.
- Ситко Л. А. К патогенезу некоторых форм нарушения функции тазовых органов у детей / Л. А. Ситко, А. В. Пискалов // Педиатрия. — 2001. — № 2. — С. 32–34.
- Маслова О. И. Лечение первичного энуреза у детей / О. И. Маслова, В. М. Студеникин, В. И. Шелковский. — М.: Ферринт, 2007.
- Длин В. В. Сравнительная эффективность двух форм минирина у детей с первичным энурезом / В. В. Длин, Е. Г. Агапов, С. Л. Морозов // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии 2012. — № 5. — С. 125–129.
- Гаткин Е. Я. Эффективность применения лазеротерапии в лечении детей с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря / Е. Я. Гаткин // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. — 2009. — № 3. — С. 66–71.
- Сеймівський Д. А. Урологічні захворювання в дітей / Д. А. Сеймівський // Сімейна медицина. — 2008. — № 3. — С. 46–49.
- Early start to therapy preserves kidney function in spina bifida patients / Dik P., Klijn A. J., van Gool J. D. [et al.] // Eur. Urol. — 2006. — Vol. 49 (5). — P. 908.
- Treatment of the neurogenic bladder in spina bifida / de Jong T. P., Chrzan R., Klijn A. J., Dik P. // Pediatr Nephrol. — 2008. — Vol. 23 (6). — P. 889.

Діагностика і терапія різних форм енурезу у дітей

С.П. Дубина, О.С. Євтушенко, С.К. Євтушенко, Н.В. Яновська, Є.М. Фомічова

У статті розглядаються питання діагностики та комплексного лікування енурезу, що включає режим, дієту, спеціальний комплекс ЛФК, рефлексотерапію, фізіотерапію, масаж, психотерапію, медикаментозне лікування. Наведені результати лікування енурезу різного ступеня у 64 дітей віком від 5 до 15 років. У 14 дітей стійкий позитивний ефект спостерігався вже після першого курсу лікування, у 18 дітей відзначалося істотне поліпшення, у 27 дітей — поліпшення, частковий ефект досягнутий у 5 дітей. Результати лікування оцінювалися за спеціально розробленою шкалою динамічного спостереження дітей з порушенням функції виділення.

Ключові слова: енурез, акупунктура, мінірин, сібутін.

Diagnosis and treatment of various forms enuresis in children

S.P. Dubina, O.S. Yevtushenko, S.K. Yevtushenko, N.V. Yanovskaya, E.M. Fomichyova

The article examines the complex treatment of enuresis, including rest, diet, a special set of physical therapy, reflexology, physiotherapy, massage, psychotherapy, medication. Results of treatment of enuresis in 64 children aged 5 to 15 years. In 14 children a stable positive effect was observed after the first course of treatment in 18 children showed a significant improvement, improvement — in 27 children achieved a partial response — in 5 children. Results of treatment were assessed by a specially developed scale dynamic observation of children with impaired excretion.

Key words: enuresis, acupuncture, minirin, sibutin.

Е.П. Здыбская, О.Б. Хмиль, Н.А. Показий, А.В. Гринюк Оценка состояния взрослых пациентов с фенилкетонурией, не прошедших неонатальный скрининг

Харьковский специализированный медико-генетический центр,
Украина, e-mail: mgc@ukr.net

Введение

Фенилкетонурия (ФКУ) является наследственно обусловленным нарушением обмена незаменимой аминокислоты фенилаланина (ФА), развивающимся в результате дефицита фермента фенилаланин-4-гидроксилазы (ПАН) или его кофактора тетрагидробиоптерина.

По данным неонатального скрининга, который проводится в Харьковском специализированном медико-генетическом центре (ХСМГЦ), частота выявления ФКУ в Северо-Восточном регионе Украины составляет 1:6600. Наиболее часто встречаются классические формы ФКУ, при которых диетотерапия является единственным эффективным методом лечения. На долю «атипичных» форм заболевания приходится 1–3% случаев. Но даже у пациентов, которым проводилось лечение с раннего возраста, могут возникать неврологические и психиатрические проблемы, учитывая, что не всегда ФКУ является единственным обменным нарушением, не говоря уже о больных с поздно установленным диагнозом. Высказано предположение о возможности повышения эффективности лечения пациентов с ФКУ за счет аналитической оценки показателей аминокислот крови и органических кислот мочи (Е.Я. Гречанина, 2013 г.)

Цель. Оценить целесообразность мониторинга аминокислот крови и органических кислот мочи для эффективности патогенетической коррекции.

Материалы и методы. В ХСМГЦ было проведено обследование 34 семей из 11 областей Украины, имеющих детей с ФКУ, которые не попали в программу неонатального скрининга. Контрольная группа составила 18 человек, диагноз ФКУ которым был установлен при проведении массового селективного скрининга. У 19 детей с гиперфенилаланинемией (ГФА), резистентной к лечению специальной диетой, был проведен поиск недостаточности кофактора тетрагидробиоптерина (ВН4).

Результаты и обсуждение. При данном обследовании было выявлено, что возрастной диапазон пациентов на

момент постановки им диагноза ФКУ составил от 6-ти месяцев до 4-х лет, наиболее часто — в 35% случаев — в возрасте от 1-го до 2-х лет. Диапазон уровня ФА в сухих пятнах крови составил 4,1–33,2 мг% (норма 0,1–2,5 мг%).

Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое исследование мутации R408W гена ПАН. Данная мутация встречалась в 29-ти семьях (85%), причем у 13-ти семей (38%) дети были гомозиготными носителями.

При исследовании биохимических показателей крови было установлено, что наиболее часто встречаемыми являются следующие изменения: повышение уровней кальция и лактатдегидрогеназы — у 29,4%, повышение уровня трансаминаз — у 26,6%, нарушение липидного обмена — у 23,5%; снижение глюкозы, мочевины и мочевой кислоты — у 17,6% пациентов.

В результате исследования полиморфных вариантов генов системы фолатного цикла были обнаружены различные варианты мутаций: компаунд Htzg MTHFR C677T / MTRR A66G, компаунд Htzg MTHFR C677T / MTR A2756G. Генотип Hmzg MTHFR C677T; Htzg MTR A2756G; Htzg MTHFR C677T были обнаружены в 15%. Соответственно примерно у 30% было выявлено повышение уровня гомоцистеина крови более 12 мкмоль/л (у 2-х более 50 мкмоль/л). Полученные показатели позволили заподозрить, что в этих случаях мы имели дело с сочетанным нарушением обмена аминокислот — ФА и метионина (Мет). Данная синтропия указывает на необходимость более специфического подхода к диетотерапии — элиминации из рациона не только ФА, но и Мет.

Для поиска атипичных форм ФКУ у детей, которые не реагировали должным снижением цифр ФА при лечении специальными продуктами питания, был проведен забор крови для исследования недостаточности ВН4. Исследования были выполнены в лаборатории клинической химии и биохимии, проф. Нинад Блау (г. Цюрих (Швейцария)). Были получены следующие результаты:

- снижение активности дегидроптеринредуктазы (ДГПР) – 9 (40,91%)
- снижение уровня неоптерина – 10 (45,45 %);
- снижение уровня биоптерина – 2 (9,09 %);
- дефект ДГПР, редукция активности фермента – 2 (10,53%);
- частичная редукция активности, возможно, гетерозиготное носительство ДГПР – 4 (21,05%).

При оценке неврологического статуса обследуемых пациентов, были установлены следующие нарушения нервной системы: поражение черепно-мозговой иннервации – 26,5%, пирамидная недостаточность – 64,7%, тонусные нарушения – 41,2%, стереотипии – 11,7%, ликворно-гипертензионный синдром – 5,8%, подкорковый синдром – 2,9%, эхолалия – 2,9%. При обследовании контрольной группы, с ФКУ, были получены такие данные: поражение черепно-мозговой иннервации – 14,7%, пирамидная недостаточность – 32,3%, тонусные нарушения – 32,3%. Другие изменения не обнаружены.

Также проводилась сравнительная характеристика психических нарушений в обеих группах. Умственная отсталость различной степени тяжести была диагностирована у 73,5% пациентов с поздно диагностированной

ФКУ, причем тяжелая степень умственной отсталости (олигофрения) составила 26%. В контрольной группе умственной отсталости не выявлено. Психические нарушения в данной группе были представлены легкой задержкой психо-речевого развития у 29% пациентов. Кроме того, в основной группе были выявлены и другие нервно-психические нарушения, отсутствующие в контрольной группе: астено-невротический синдром, эписиндром, обсессивно-компульсивное расстройство, эмоционально-волевое нарушение, дефицит внимания.

Выводы. Поздняя диагностика ФКУ приводит к полной манифестации нарушения обмена веществ и к инвалидизации. Благодаря введению массового скрининга стала возможна ранняя диагностика ФКУ, а значит и адекватное лечение, которое позволяет предотвратить или свести к минимуму обнаруженные в данном обследовании патологические проявления. Выявление атипичных форм обязывает проводить лечение с помощью предшественников нейротрансмиттеров либо препаратами ВН4. Учитывая сочетание нарушения обмена нескольких аминокислот – ФА и Мет, необходимо создавать новое специальное лечебное питание – смесь без содержания данных аминокислот.

В.І. Козявкін, О.О. Качмар

Реабілітаційна комп'ютерна ігротерапія із використанням танцювального килимка

Міжнародна клініка відновного лікування

Добре відомо, що відновлення рухових функцій залежить від пластичності нервової системи, яку стимулює багаторазове повторення необхідних рухів, інтенсивність тренувань та позитивна мотивація до тренувань.

Зацікавити дитину в процесі реабілітації, мотивувати її до активного включення в процес фізичної реабілітації допомагають спеціально розроблені реабілітаційні комп'ютерні ігри. Виконуючи ту чи іншу вправу, пацієнт одночасно грає у комп'ютерну гру, яка мотивує його до тренування рухів, сприяє розвитку швидкості реакції, координації і рівноваги.

Реабілітаційні ігри можуть застосовуватися як в умовах лікувального закладу, так і вдома. Вони не потребують дорогого обладнання, а комп'ютер з доступом до Інтернету є у більшості сімей.

Важливо, що всі реабілітаційні ігри мають можливість індивідуального налаштування параметрів складності для кожного пацієнта відповідно до рівня його моторного розвитку. Адже ігрове тренування може бути ефективним лише при адекватній складності завдань.

Для тренування рівноваги та крокових рухів розроблено реабілітаційні ігри, які керуються через танцювальний мат. Танцювальний мат (Dance Mat) – це ігровий контролер у вигляді килимка, розділеного на дев'ять секторів із сенсором дотику у кожному з них. Для керування грою необхідно наступати ногою на відповідний сектор. Килимок можна вільно придбати в Інтернет-магазинах комп'ютерних ігор.

Під час гри необхідно слідкувати за зображенням на екрані та наступати на відповідні квадрати на килимку. Танцювальний килимок широко використовується для танцювальних ігор, проте наявні у продажу ігри занадто

складні для пацієнтів з руховими порушеннями. Саме тому було розроблено ряд спеціальних реабілітаційних степ-ігор для осіб з обмеженими можливостями.



Рис.1. Дитина з церебральним паралічем грає в комп'ютерну гру на танцювальному килимку

Таблиця

Результати оцінювання рівноваги у пацієнтів з церебральними паралічами

Пацієнт	Дитяча шкала рівноваги			«Вставай та йди»			«4-квадрати»			Стабілометрія		
	до	після	різниця	до	після	різниця	до	після	різниця	до	після	різниця
НВ	41	44	3	18	12	-6	30	28	-2	10	14	4
ЛА	52	53	1	10	8	-2	18	13	-5	5	9	4
ГЕ	47	49	2	11	9	-2	12	10	-2	11	12	1
СА	52	54	2	6	5	-1	5	5	0	18	28	10
АІ	53	53	0	7	7	0	6	6	0	29	30	1
Середнє	49	50.6	1.6	10.4	8,2	-2.2	14.2	12.4	-1.8	14.6	18.6	4

Метою даного дослідження було оцінити вплив домашніх занять спеціальними комп'ютерними іграми із використанням танцювального килимка. Попереднє оцінювання розроблених степ-ігор для тренування рівноваги проводили на п'яти пацієнтах з дитячими церебральними паралічами віком 9–13 років. Більшість пацієнтів були віком 9–10 років, переважно зі спастичним тетрапарезом, та за моторним розвитком відповідали II рівню за GMFCS.

Усі пацієнти дали попередню згоду на участь у дослідженні. Реабілітаційні заняття проводились вдома, усі учасники грали у спеціальні комп'ютерні ігри на танцювальному килимку впродовж двох тижнів щоденно 15–20 хвилин. Реабілітаційні заняття передбачали попередній детальний інструктаж батьків щодо правильності вихідних положень, відповідності рухових дій та техніки безпеки під час проведення занять. Надавалась повна технічна підтримка із відповідним обладнанням (танцювальний килимок).

Дослідження включало двохетапне обстеження: до застосування спеціальних комп'ютерних ігор вдома та через два тижні після домашніх реабілітаційних занять. Оцінка результатів застосування реабілітаційних ігор проводилася на основі аналізу даних стабілометрії

пацієнта, дитячої шкали рівноваги (Pediatric Balance Scale); тесту для визначення функції ходьби «Вставай та йди» («Up and go»); степ-тесту «4-квадрати» («Four Square step test»).

Результати оцінювання учасників при повторному обстеженні за зазначеними шкалами та тестами наведені у таблиці. Після двох тижнів щоденних тренувань вдома спостерігалось значне покращання рівноваги у чотирьох із п'яти пацієнтів. Результати оцінювання за дитячою шкалою рівноваги покращились в середньому на 1,6 бала; час виконання тесту «Вставай та йди» знизився в середньому на 2,2 секунди. Показники степ-тесту «4-квадрати» також знизились у середньому на 1,8 секунди. За даними стабілометрії, площа стабілограми знизилася в середньому на 4 бали під час курсу занять реабілітаційними іграми вдома.

Висновки

Розроблені степ-ігри є корисним ігровим реабілітаційним компонентом для осіб з руховими порушеннями. Попередні результати вказують на покращання рівноваги у хворих з церебральними паралічами після курсу реабілітаційних ігор.

О.В. Старостюк

Організація роботи лікаря ЛФК в умовах реабілітаційного відділення будинку дитини

лікар з лікувальної фізкультури, лікар-педіатр II категорії
лікар ЛФК КЗ «Рівненський обласний спеціалізований будинок дитини»

Відповідно до Державної цільової соціальної програми реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 17.10.2007 р. № 1242, та наказу МОЗ України від 02.02.2010 р. № 70 «Про заходи щодо розвитку будинків дитини», на базі Рівненського обласного спеціалізованого будинку дитини працює відділення медичної та психолого-педагогічної реабілітації для дітей з органічними ураженнями нервової системи та порушенням психіки. Відділення включає фізіотерапевтичний кабінет, кабінет теплолікування, басейн, спелеотерапію, масаж, ЛФК, механотерапію, мануальну терапію, артикуляційного масажу, також є педагогічні кабінети логопедичні, арт-терапії, музичної

терапії, кабінет терапії за технологією М. Монтесорі, казкотерапії, сенсорний, релаксації.

Відділення реабілітації створювалось поступово з двох груп в межах загальної чисельності працівників та в межах фонду оплати праці. Проводилась перепідготовка кадрів будинку дитини для роботи у новостворених реабілітаційних кабінетах.

Відділення реабілітації працює з 2009 року, кількість бажаючих проходити курс реабілітації показує, що потрібно далі розширюватись. У 2014 році збільшилась потужність відділення до 100 дітей з денним перебуванням. Відкриті групи зі стаціонарним перебуванням дітей-інвалідів, які проживають у районах, що мають статус постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. Приймаються діти від 1 до 6 років.

Одне з провідних місць у комплексному лікуванні займає масаж і лікувальна фізкультура, які є природними методами, що сприяють відновленню порушених функцій ЦНС, опорно-рухового апарата і спрямовані на активацію компенсаторних можливостей організму, зменшення спастичності м'язів і контрактур.

Перед призначенням процедур масажу, механотерапії, лікувальної фізкультури і стоунтерапії проводиться первинний огляд лікарем ЛФК. Під час первинного огляду лікар ЛФК оцінює стан дитини, рівень розвитку великих моторних функцій, наявність контрактур, порочних установок і визначає методики занять. На кожному дитину заводиться картка, у якій лікар записує висновок про стан фізичного і моторного розвитку, складає мету реабілітації і описує методи її досягнення. Інтенсивність навантаження визначається залежно від стану, віку дитини, курсу реабілітації. Враховується також те, яку активність мала дитина між курсами.

Лікар ЛФК керує роботою медсестер з масажу, лікувальної фізкультури, присутній на заняттях з хворими і здійснює лікарсько-педагогічний контроль за ними. Під час занять фізкультурою дуже важливо навчити батьків

правильно виконувати основні вправи, які їм потрібні на кожен день, оскільки лише безперервне тренування є запорукою досягнення результатів. Лікар проводить поточні огляди, щоб визначити ефективність реабілітації і внести корективи.

Успішно працюють кабінети артикуляційного масажу і стоунтерапії. Лікар корегує послідовність процедур: стоунтерапія призначається перед масажем і фізкультурою для розслаблення, розігріву м'язів, артикуляційний масаж іде в комплексі з парафіном на артикуляційну зону і призначається безпосередньо перед заняттями з логопедом.

Після закінчення терміну реабілітації проводиться заключний огляд, під час якого оцінюється ефективність лікування і даються рекомендації щодо занять дома на період між курсами.

Враховуючи зростання в Україні дітей з вадами розвитку та особливими потребами, необхідно використовувати кадрові потенціал, матеріально-технічну базу будинків дитини України, поступово переводити їх в центри медико-педагогічної та соціальної корекції дітей з особливими потребами, враховуючи регіональну складову та рівень захворюваності дітей на даних територіях.

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

Особенности патологии цнс у детей, рожденных с использованием экстракорпорального оплодотворения, и возможности медицинской реабилитации

Областной детский клинический Центр нейрореабилитации, Донецк

В тезисах описаны особенности патологии ЦНС у детей, рожденных с использованием экстракорпорального оплодотворения, а также опыт медицинской реабилитации данной категории детей.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение, дети, этиология, органические заболевания ЦНС, реабилитация.

В последние годы активно развиваются новые репродуктивные и реанимационные перинатальные технологии, которые, с одной стороны, способствуют преодолению бесплодия и обретению материнства, сохранению жизни глубоко недоношенным детям, с другой — являются возможным источником неврологических органических заболеваний у детей, в том числе церебрального паралича (ЦП), а в дальнейшем, возможно, и инвалидности. В связи с этим возникла необходимость в разработке, прежде всего медицинской реабилитации, подобных детей.

В Центре прошли лечение 104 ребенка (56 мальчиков, 48 девочек), рожденных с использованием ЭКО (в возрасте от 3 мес.). По нозологическим группам дети распределились следующим образом: врожденные аномалии головного мозга — 56 детей; ЦП: двойная гемиплегическая форма — 21 человек, диплегическая форма — 4 ребенка; синдром двигательных нарушений, задержка стато-моторного и психоречевого развития отмечалась у 23 детей. Оценка психомоторного развития детей раннего возраста проводилась по стандартизированной шкале INFANIB (Infant Neurological International Battery, 1995), которая предусматривает тестирование по 20 пунктам с оценкой в

баллах от 0 до 5. Суммарная оценка может соответствовать одному из трех диапазонов — «патология», «транзиторное нарушение» или «норма». Цифровое значение диапазона зависит от возраста ребенка с учетом степени гестационной зрелости. Всем детям проводились МРТ головного мозга в сосудистом режиме, ЭЭК, ЭхоКГ, ЭКГ, ЭНМГ, генетическое обследование (при подозрении на хромосомную патологию). У матерей данной категории детей длительность бесплодного периода достигала пяти и более лет, отмечались хронические гинекологические и соматические заболевания, более чем у 50% случаев акушерский анамнез был отягощен предшествовавшими медицинскими абортми, самопроизвольными выкидышами, антифосфолипидным синдромом, внематочной беременностью и другими нарушениями. Настоящие беременности наступили в результате проведения ЭКО (от 2 до 5 попыток). В 65% случаев дети рождались от многоплодных беременностей (двойни, тройни).

Дети, рожденные с использованием ЭКО, отличались тяжестью по основному заболеванию, у них отмечались выраженные двигательные нарушения в виде спастических и смешанных тетрапарезов, выраженная задержка

моторного и психоречевого развития, чаще отмечались эпилептические синдромы. При проведении МРТ головного мозга у детей данной группы чаще отмечались выраженные патологические изменения, различные аномалии развития головного мозга, кортикальная дисплазия (лиссэнцефалия (агирия), пахигирия, микрополигирия, шизэнцефалия, изменения носили очаговый и генерализованный характер). Более трети от числа пролеченных детей имели серьезные зрительные нарушения, аномалии развития головного мозга сочетались с микроаномалиями со стороны сердца: у детей при проведении ЭхоКГ выявлены МАРС в виде ООО, абберантных хорд.

Учитывая особенности патологии со стороны ЦНС у детей, рожденных при помощи ЭКО, тяжесть состояния по основному заболеванию, резистентность к проводимой терапии, наличие выраженной задержки психомоторного развития, редукции примитивных рефлексов, наличие дистонических атак и эпилептического синдрома, в Центре разработана и внедрена специальная методика ранней реабилитации детей данной группы. Комплекс реабилитационных мероприятий включает в себя медикаментозные и немедикаментозные методы лечения; разработаны специальные методики физиотерапевтического лечения: щадящего массажа, комплекса ЛФК с элементами Войта, проводится мягкая мануальная терапия (по О.С. Евтушенко), электровакуумстимуляция мышц спины при помощи аппарата «ВакоТрон», мануальная кровать в мягких режимах, электромиостимуляция в щадящих режимах. Используются неинвазивные и безболезненные методы рефлексотерапии: чрезкожная электропунктура корпоральных точек на аппарате «Ласпер», лазеропунктура, магнитотерапия; проводится также синглетно-кислородная терапия. Медикаментозное лечение проводится по синдромологическому принципу, включая

ноотропную и нейротрофическую терапию: цераксон по 1 мл 2 раза в день, цереброкурин 0,5 мл в/м №10, дельгалицин в н/х №5; при наличии эпилептического синдрома назначалась кепсра (раствор для перорального применения 20–60 мг/кг/в день), при корковых миоклониях дети получали ноотропил в сиропе в дозировке 7,2 г/с — 24 г/с; учитывая, что дети имели дефицит массы тела, назначалась трофическая терапия (агвантар в дозировке 30–75 мг/с, кудесан по 3–5 к/сут), проводилась также иммуностимулирующая терапия (бронхомунал П).

В результате проведенного лечения отмечается положительная динамика со стороны показателей психомоторного развития, после лечения по стандартизированной шкале INFANIB балльная оценка возросла на 7,4 балла ($p < 0,01$).

Таким образом, проведение реабилитационных мероприятий позволило уменьшить речевые, когнитивные и двигательные нарушения и тем самым улучшить качество жизни ребенка и его социальную адаптацию.

В заключение следует отметить, что обсуждавшиеся проблемы ни в коей мере не умаляют значимости вспомогательных репродуктивных технологий в преодолении бесплодия. Необходимо уделять первоочередное внимание профилактике бесплодия, оздоровлению подростков и воспитанию адекватного репродуктивного поведения. Необходимо усилить генетический контроль за качеством оплодотворенных яйцеклеток путем включения в обязательную программу преимплантационного скрининга на хромосомную патологию, иммуногенетического скрининга, направленного на выявление HLA-антигенов-аггессоров, которые играют роль своеобразных маркеров отдельных форм церебрального паралича и степени его тяжести, что отражено в кандидатской диссертации О.С. Евтушенко (1998 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кешишян Е. С. Состояние и здоровья детей, рожденных после корпорального оплодотворения / Е. С. Кешишян, А. Д. Царегородцев, М. И. Зиборова // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. — 2014. — № 5. — С. 15–25.
2. Барашнев Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. — М.: Триада-Х, 2001. — 640 с.
3. Евтушенко С. К. Гіпокстчні ушкодження головного мозку у новонароджених / С. К. Евтушенко, О. П. Шестова, Т. М. Морозова. — К.: Інтермед, 2003. — 101 с.
4. Журба Л. Т. Принципы ранних лечебно-коррекционных мероприятий у детей с факторами риска развития детского церебрального паралича / Л. Т. Журба, О. В. Тимонина // Детская и подростковая реабилитация. — 2004. — № 2 (3). — С. 58–60.
5. Реабилитация недоношенных детей с перинатальной патологией на протяжении первого года жизни / Яцык Г. В., Бомбардирова Е. П., Акоев Ю. С. [и др.] // Детская и подростковая реабилитация. — 2004. — № 2 (3). — С. 11–21.
6. Бомбардирова Е. П. Лечение и реабилитация перинатальных поражений нервной системы у детей первых месяцев жизни / Е. П. Бомбардирова, Г. В. Яцык, А. А. Степанов // Лечащий врач. — 2005. — № 2. — С. 1–5.
7. Скворцов И. А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения) / И. А. Скворцов. — М., 2000. — 200 с.

Особливості патології ЦНС у дітей, народжених з використанням екстракорпорального запліднення, та можливості медичної реабілітації

Н.В. Яновська, С.К. Євтушенко, О.С. Євтушенко

У тезах описані особливості патології ЦНС у дітей, народжених за допомогою екстракорпорального запліднення, а також досвід медичної реабілітації даної категорії дітей.

Ключові слова: екстракорпоральне запліднення, діти, етіологія, органічні захворювання ЦНС, реабілітація.

Peculiarities of CNS pathology of children born with the use of extracorporeal fertilization and possibilities of medical rehabilitation

N.V. Yanovskaya, S.K. Yevtushenko, O.S. Yevtushenko

Peculiarities of CNS pathology of children born with the use of extracorporeal fertilization and the experience of medical rehabilitation of this children category are described in the article.

Key words: extracorporeal fertilization, children, etiology, organic deceases of CNS, rehabilitation.



від **45** кг¹



від **15** кг²



від **5 до 14** кг³



Регістраційне посвідчення МОЗУ: № ІА/7234/02/01 від 01.07.2010 р., № 21.07.2015 р.;
№ ІА/7234/03/02 від 14.12.2012 р., № 14.12.2017 р.; № ІА/7234/03/01 від 31.08.2012 р., № 31.08.2017 р.

АЗИМЕД®

Інфекції долає просто, незалежно від зросту

Азимед®, таблетки^{1,5}

Діюча речовина: azithromycin (азитроміцин); 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 пiodерматози;
- Інфекції, що передаються статевим шляхом: неускладнений уретрит/дисpareнція;
- Інфекції шлунка та дванадцятипалої кишки, спричинені *Helicobacter pylori*, у складі комплексної терапії.

Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини, до будь-якого іншого компонента препарату або до інших макролідних антибіотиків, через теоретичну можливість ерготизму 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)⁵.

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 по 20 мл дітям від 5 кг до 14 кг

⁴ Данка євразійської якості Азимед — біоеквівалентність доказана!

І. А. Зуляєва, д. мед. н., професор, Н. П. Безупля, к. мед. н., доцент, В. В. Либина, к. біол. н., І. Н. Орлова, І. В. Курієв, к. т. Кіровоград. Національний фармацевтичний університет, Хмельов, ПП «Государственный закладный центр Министерства здравоохранения Украины», Корпорация «Артериум», Київ, №1 (157) / 2013, «Ліки України».

⁵ Інформація надана в скороченому вигляді. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату Азимед®, таблетки.

⁶ Інформація надана в скороченому вигляді. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату Азимед®, порошок для оральної суспензії.

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

* Міжнародне непатентоване найменування: Azithromycin

ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ

Інформація виключно для медичних, фармацевтичних працівників.

Для використання в професійній діяльності.

■ Доведена біоеквівалентність препарату щодо оригінального засобу⁴

■ Простий і ефективний курс лікування, прийом лише 1 раз на день^{2,3,5,6}

Азимед®, порошок для оральної суспензії^{2,3,6}

Склад. Діюча речовина: азитроміцин (azithromycin).

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;

Додоміжні речовини: сахароза, натрію фосфат, гідроксипропілцелюлоза, ксантанова камінь, 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 пiodерматози.

Протипоказання. 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, органів слуху, серцево-судинної системи, системні порушення; нечасто та рідко з боку нервової системи, шкіри; часто з боку травного тракту — нудота, блювання, діарея, дискомфорт у животі (повний перелік можливих побічних реакцій наведено в інструкції для медичного застосування препарату)⁶.

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 14 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.

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

«Артериум» Фармацевтична Корпорація

www.arterium.ua

Ближче до людей



АКВА МАРИС®

ПРОДУКТИ НА ОСНОВІ ВОДИ
АДРІАТИЧНОГО МОРЯ

ЗВОЛОЖЕННЯ¹

очищення¹

ВІДНОВЛЕННЯ¹

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

Спрей назальний Аква Маріс®, С.Р. ВМП №12659/2013. Застосовується: при гострих та хронічних запальних захворюваннях носоглотки, придаткових позух носа та носової порожнини різної етіології (риніти, синусити). Особливості застосування: не застосовувати при підвищеній чутливості до компонентів засобу. Медичний виріб. Не є лікарським засобом.

З приводу більш детальної інформації щодо препарату спреї назальний Аква Маріс® дивіться інструкцію для застосування.

Інформація призначена для використання в професійній діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

¹ Інструкція по застосуванню назального спрею Аква Маріс®

² За кількістю реалізованих упаковок серед сегменту сольових розчинів 2008-2013 р.р.(за даними компанії SMD).

Торговельна марка Аква Маріс® - переможець в номінації «Препарат від нежитю» конкурсу «Фаворит Успіху 2011», «Фаворит Успіху 2012», «Фаворит Успіху 2013». Торговельна марка Аква Маріс® - переможець в номінації «Препарат року» серед елімінаційних препаратів конкурсу «Панацея 2012», «Панацея 2014».