

«Медико-соціальні аспекти діагностики, лікування і реабілітації захворювань у дітей»

19–20 марта 2015 г.
г. Киев

П.П. Буринюк, Х.П. Буринюк-Глов'як, Ю.Г. Мельник

Метод теплової релаксації у лікуванні дітей з ДЦП

Заліщицький обласний комунальний дитячий санаторій, м. Заліщики, Україна

Вступ. Останніми роками спостерігається значний ріст хворих з діагнозом ДЦП, що пов'язано з багатьма причинами — погіршенням стану здоров'я жінок, соціально-економічними та екологічними факторами, поширенням ТОРЧ-інфекцій тощо, які призводять до внутрішньо-утробної гіпоксії плоду. Проблема ліквідації спастичних явищ та підвищеного тону м'язів у хворих на ДЦП є дуже важливою і хвилює лікарів вже не один рік. З цією метою використовуються різноманітні методи. У багатьох клініках спастичну знімають хірургічним шляхом, але ця метода не всім доступна та має ряд протипоказань. Окрім того, по мірі росту дитини потрібні повторні операції, що є додатковою травмою. Також використовується ряд медичних середників, які діти сприймають по-різному, кожен препарат має ряд побічних дій та протипоказань. Дуже широко використовується мануальна терапія (метод Казьявкіна), яка допомагає у випадках, коли причиною ДЦП є так званий «блок» на будь-якому рівні хребта. Успішно використовуються також рефлексо-, іпо-, фіто-, дельфінотерапія, лікування музикою тощо. Нами розроблено метод теплової релаксації. Ми вважаємо, що усі наведені методики, у тому числі і наша, мають право на існування, однак метод повинен обиратись індивідуально. Також дуже важливо встановити і, за можливості, усунути першопричину порушення.

Мета дослідження: визначення впливу підвищеної температури на процес реабілітації дітей з неврологічною патологією та ДЦП.

Пацієнти і методи. Реабілітація дітей з ДЦП проводилася поетапно: 1. Сауна або тепла ванна. 2. Після сауни (ванни) індивідуально водні процедури, парафіно-озокерит, полтавський бішофіт, болото з Куяльника. 3. Масаж. 4. ЛФК. 5. Іпотерапія. Вибір релаксації залежав від віку, стану дитини — обов'язково був індивідуальним, також враховувалась наявність судом, переносимість підвищеної температури. Проводячи реабілітацію в цій послідовності, ми зауважили, що діти, яких перед початком проведення реабілітаційних заходів поміщали в сауну або в теплу ванну (залежно від віку), ставали спокійнішими, розслабленими, у них знижувався підвищений тонус м'язів та судомна готовність, збільшувалась амплітуда рухів, діти починали краще тримати голову, сидіти, стояти, ходити.

Результати. Під спостереженням знаходилось 88 дітей з ДЦП різних вікових груп старше 6-місячного віку. До 2-річного віку ми використовували ванни (37–40 °С); дітям від 3 до 6 років призначали сауну (40–50 °С), старше 6 і до 16 років — сауну (50–60°С). Час перебування у ванні становив 15–20 хвилин, у сауні — до 30 хвилин. Після релаксації (у сауні та ванні) дітям проводились такі

Таблиця

Результати реабілітація дітей з ДЦП із застосуванням методу теплової релаксації

№	Симптом	Експериментальна група				Контрольна група			
		усього (n=54)	6 міс. – 2р. (n=7)	3–6 р. (n=10)	7–16 р. (n=37)	усього (n=34)	6 міс.-2 р. (n=7)	3–6 р. (n=11)	7–16 р. (n=16)
1	Тримати голову	7 (13%)		7		2 (6%)	1	1	
2	Сидіти	7 (13%)		7		3 (9%)	1	2	
3	Стояти	6 (11%)			6	2 (6%)	2		
4	Ходити	7 (13%)		7		2 (6%)	2		
5	Збільшився запас слів	13 (24%)			13	7 (20,5%)	1	2	4
6	Зменшилась частота судом	6 (11%)		6		1 (3%)	1		

самі заходи, що і в контрольній групі. Результати застосування методики наведені у таблиці.

Висновки. Під час застосування даного методу не спостерігалось жодних ускладнень і побічних дій, а лише позитивний ефект у всіх дітей, яким проводилось проце-

дури в такій послідовності, обов'язково починаючи з прогрівання в сауні або ванні при вказаних температурах. Отже, при індивідуальному підході та з дотриманням етапності лікування метод теплової релаксації можна успішно використовувати для реабілітації дітей з ДЦП.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кушнір Г. М. Особенности диагностики и подходы к терапии у больных детским церебральным параличом с тяжелыми формами двигательных расстройств / Г. М. Кушнір, С. В. Власенко // Український невролог. журн. — 2008. — № 2. — С. 51—56.
2. Негрич Т. І. Дослідження здатності розщеплювати ДНК в імуноглобулінів G, виділені з плазми крові дітей, хворих на розсіяний склероз / Т. І. Негрич // Український невролог. журн. — 2008. — № 2. — С. 57—61.
3. Цимбалюк В. І. Застосування ботулотоксину А (Диспорт тм) у комплексній терапії при нейроортопедичних синдромах у хворих на дитячий церебральний параліч / В. І. Цимбалюк, С. В. Власенко, О. Г. Крамчанинова
4. Мальцева О. М. Динамічне спостереження за дітьми з ураженням нервової системи та їх реабілітація / О. М. Мальцева, Т. М. Бухановська // Вісник гігієни і епідеміології. — 2004. — Т. 8, № 1.
5. Денисенков А. И. Ипотерапия как одно из средств реабилитации больных с детскими церебральными параличами / А. И. Денисенков. — Москва: Знание, 2000. — 200 с.
6. Панаев М. С. Основы массажа и реабилитации в педиатрии / М. С. Панаев. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. — 320 с.
7. Козьявкин В. Й. Детские церебральные параличи / В. Й. Козьявкин, М. А. Бабадаглы, О. А. Качмар. — Львів: Медицина світу, 1999. — 295 с.

Е.Д. Дука, И.Г. Дука

Возможности щадящей иммунокоррекции у детей раннего возраста с рекуррентной респираторной патологией

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Введение. Респираторные заболевания составляет 50–60% всех регистрируемых заболеваний детского возраста. Ежемесячно ОРЗ повторно болеют около 20% детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями. В 40% случаев к 7–8 годам у этих детей формируется хроническая патология (И.В. Нестерова и соавт., 2010).

Количество детей с рецидивирующими заболеваниями органов дыхания до настоящего времени не имеет тенденции к снижению. Ребенок с рецидивирующими респираторными заболеваниями болеет не в результате нового заражения, а в связи с рецидивом собственной эндогенной вирусной или бактериальной флоры. Даже при достаточном наличии факторов врожденного иммунитета дети раннего возраста не всегда способны компенсировать возрастную незрелость адаптивных защитных реакций. Клиническим проявлением такой ситуации является формирование у детей рекуррентного течения респираторной патологии (Л.С. Овчаренко, 2010).

В ряде случаев рекуррентные ОРВИ могут возникать не только в результате возрастных особенностей организма ребенка и неблагоприятных факторов риска, но и являются проявлением такой патологии, как пороки развития БЛС и ЛОР-органов, ИДС, мукоцилиарная недостаточность, ферментопатии, ГЭР, муковисцидоз и др.

Одной из актуальных проблем педиатрии является профилактика и терапия повторных респираторных заболеваний у детей грудного и раннего возраста. Сложностью для решения вопросов иммунотерапии является опасность нарушения физиологических процессов иммуноэндокринного развития детей при врачебных иммуноактивных вмешательствах. Способность такого средства прямо или косвенно активировать один из участков развивающейся иммунной системы ребенка приводит к дисбалансу других звеньев иммунитета, формируя нежелательные иммунопатологические сдвиги (Н. Коровина, 2012).

Прицельный подбор иммунокорректирующих препаратов на основе клинико-иммунологического обследования часто болеющих детей, на сегодня, как правило, не осуществим. В большинстве случаев иммунокорректирующая терапия назначается по клиническим показателям, а выбор препарата осуществляется эмпирически. Таким образом, предпочтение следует отдавать наиболее проверенным иммуномодуляторам с множественным механизмом действия (Н.М. Ярцев, 2010).

Цель исследования: выявление причин рекуррентных ОРЗ и возможностей щадящей иммунокоррекции.

Материалы и методы. В процессе исследования использовался гомеопатический препарат «Имунокинд». Активные ингредиенты препарата способствуют укреплению иммунитета у детей грудного и младшего возраста при повторяющихся инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, при медленном выздоровлении, а также для профилактического применения. Клиническое исследование гомеопатического препарата «Имунокинд» проводилось в пяти независимых клинических центрах Украины (Киев, Полтава, Донецк, Харьков, Днепропетровск). Под наблюдением находился 281 ребенок в возрасте от 3 мес. до 4 лет. Средняя длительность лечения составила 24 дня при соответствующей дозировке препарата. Детям от 1 мес. до 6 лет назначалось по 1 таблетке 3 раза в день за полчаса до еды или через полчаса после еды, давая им раствориться во рту. Выраженность и динамику клинических проявлений оценивали по специально разработанной оценочной шкале с индивидуальной 4-балльной оценкой каждого вопроса.

Результаты. По исходной оценке выраженности патологической симптоматики дети были разделены на три группы: первую группу составляли дети с легкой выраженностью патологического процесса (23,5%), вторую группу — дети с умеренной выраженностью патологиче-

ского процесса (33,8%), третью группу — дети с выраженным патологическим процессом (42,7%).

В результате проведенной терапии выявлено значительное повышение неспецифических факторов защиты: фагоцитарной активности, фагоцитарного числа, секреторного IgA. Достоверно выявлено повышение количества НК и IL-10. Продолжительное лечение в течение 28 дней было достоверно эффективным ($p < 0,001$).

Выводы. Применение препарата «Иммунокинд» на 86,2% снижает степень выраженность симптомов респираторной патологии уже через две недели после начала

приема препарата. Темпы редукции симптоматики свидетельствуют о высокой клинической эффективности Иммунокинда. Коррекция функциональной незрелости иммунной системы у детей в возрасте старше года является более эффективной по сравнению с детьми до года, вероятно, в связи со становлением факторов иммунной системы. Показатели эффективности терапии и скорость развития терапевтического эффекта в некоторых случаях диктуют необходимость более длительной курсовой терапии препаратом «Иммунокинд» для достижения полного выздоровления.

С.К. Евтушенко, Е.М. Фомичева, О.С. Евтушенко, Е.А. Савченко **Нейровизуализационные особенности аномалий** **головного мозга у детей с церебральным параличом**

Донецкий областной детский клинический Центр нейрореабилитации, Украина

Под нашим наблюдением находилось 134 ребенка (80 мальчиков и 54 девочки) в возрасте от одного года до 10 лет с различными формами ЦП, двигательные нарушения соответствовали III–IV уровню GMFCS. В целях уточнения наличия морфологических изменений головного мозга при разных клинических формах ЦП, проводилось нейровизуализационное исследование. На основе полученных данных, с учетом клинической картины и нейровизуализационных особенностей патологии головного мозга, нами разработана индивидуальная, долговременная, поэтапная, программа реабилитации, прежде всего медикаментозной, с параллельным применением модифицированных немедикаментозных средств реабилитации.

Ключевые слова: дети, церебральный паралич, аномалия головного мозга.

Церебральный паралич (ЦП) — это возникшие (преимущественно непрогрессирующие) расстройства моторики и когнитивных функций в незрелом или аномально развивающемся мозге ребенка (К.А. Семнова, 2000) на фоне иммуногенетической предрасположенности (О.С. Евтушенко, 2000). Церебральный паралич является одним из самых тяжелых инвалидизирующих заболеваний детского возраста. В этиологии и патогенезе ЦП играют роль многочисленные факторы в пре-, интра- и постнатальном периодах.

Под нашим наблюдением находилось 134 ребенка (80 мальчиков и 54 девочки) в возрасте от 1 года до 10 лет с различными формами ЦП, двигательные нарушения соответствовали III–IV уровню GMFCS; двойная гемиплегия — 65 (48,5%) человек, спастическая диплегия — 48 (35,8%) человек, гемипаретическая форма — 21 (15,6%) человек. У 98 (73%) детей был отягощен перинатальный анамнез: малый срок гестации, инфекционные заболевания матери во время беременности, выкидыши у матери в анамнезе, угроза выкидыша во время данной беременности, нарушение фетоплацентарного кровотока, история неонатального оживления, неонатальные дыхательные расстройства (respiratory distress), неонатальные инфекции и др. Предгравидарные факторы риска: предыдущие замершие беременности и мертворождения, привычное невынашивание беременности, антифосфолипидный синдром (АФС), TORCH-инфекция, другие факторы. Доказано, что одной из ведущих причин привычного невынашивания является недиагностируемый антифосфолипидный синдром у беременной (С.К. Евтушенко, М.А. Москаленко, 2002). В целях уточнения наличия морфологических изменений головного мозга при разных клинических фор-

мах ЦП, проводилось нейровизуализационное исследование. При проведении МРТ (аппарат фирмы Siemens FLAIR и TOF) в сосудистом режиме у обследуемых детей были выявлены следующие изменения: гипоплазия мозга — 6 (4,4%) человек, кистозная дегенерация — 16 (11,9%), микроцефалия — 6 (4,4%), агенезия мозолистого тела — 5 (3,7%), фокальные корковые дисплазии — 6 (5,9%), полимикрогирия — 5 (3,7%), пахигирия — 6 (4,4%), гипоплазия мозжечка — 5 (3,7%). Кроме того, полимикрогирия у троих детей сочеталась с синдромом Денди—Уокера, в двух случаях — с синдромом Арнольда—Киари. Перивентрикулярная лейкомаляция, как следствие гипоксически-травматически-ишемического поражения ЦНС, была обнаружена у 46 (34%) детей. У 34 (25%) человек МРТ-исследование не выявило патологических изменений головного мозга, однако эти дети имели двигательные нарушения, задержку умственного развития, вероятно, обусловленные не диагностируемыми генетическими нарушениями.

На основе полученных данных, с учетом клинической картины и нейровизуализационных особенностей патологии головного мозга, нами разработана индивидуальная, долговременная, поэтапная, программа реабилитации, прежде всего медикаментозной, с параллельным применением модифицированных немедикаментозных средств реабилитации.

Медикаментозная терапия ЦП включает в себя назначение различных групп фармацевтических средств, лидирующее место среди которых занимают ноотропы (Когнум), сосудистых, нейрометаболических, нейропептидных, аминокислотных (Глицин), препаратов ботулинотоксина (Диспорт), витаминных (моно- и поливитаминные препараты), комплексных — смешанного спектра действия.

Из немедикаментозных средств в лечении ЦП применяют: массаж, лечебную физкультуру, методы ортопедической коррекции, синглетный кислород, физиотерапию, динамическую проприоцептивную коррекцию, иппотерапию, диетотерапию и др.

Терапия ЦП должна быть комплексной и мультидисциплинарной. Максимально рано начатое лечение и реабилитация в ряде случаев позволяют избежать стойкой инвалидизации больных ЦП и улучшить качество их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиханов А. А. Нейрорадиологическая модель различных вариантов нарушения нейронной миграции / А. А. Алиханов // Журнал неврол. и психиатрии. — 2004. — № 10. — С. 81—85.
2. Недифференцированная патология нервной системы и роль аномалий развития мозга у детей в этом процессе / Барашнев Ю. И., Розанов А. В., Волобуев Ф. И., Панов В. О. // Международный неврологич. журн. — 2006. — № 1. — С. 11—14.
3. Гемимегалэнцефалия в клинической практике / Чадаев В. А., Мухин К. Ю., Алиханов А. А. [и др.] // Журнал неврол. и психиатрии. — 2003. — № 6. — С. 60—63.
4. Аномалии головного мозга (миграционные нарушения) у детей: клинко-радиологические проявления / Шестова Е. П., Евтушенко С. К., Соловьева Е. М., Душацкая А. В. // Международный неврологич. журн. — 2005. — № 4. — С. 15—19.
5. A developmental and genetic classification for malformations of cortical development / Barkovich A. J., Kuzniecky R. I., Jackson G. D. [et al.] // Neurology. — 2005. — Vol. 65. — P. 1873—1887.

Нейровізуалізаційні особливості аномалій головного мозку у дітей з церебральним паралічем

С.К. Євтушенко, К.М. Фомічова, О.С. Євтушенко, О.А. Савченко

Під нашим спостереженням перебувало 134 дитини (80 хлопчиків і 54 дівчинки) віком від 1 року до 10 років з різними формами ЦП, рухові порушення відповідали III–IV рівням GMFCS. З метою уточнення наявності морфологічних змін головного мозку при різних клінічних формах ЦП проводилося нейровізуалізаційне дослідження. На основі отриманих даних, з урахуванням клінічної картини і нейровізуалізаційних особливостей патології головного мозку, нами розроблена індивідуальна, довготривала, поетапна, програма, насамперед медикаментозної, реабілітації з паралельним застосуванням модифікованих немедикаментозних засобів реабілітації.

Ключові слова: діти, церебральний параліч, аномалія головного мозку.

MRI particular anomalies of the brain in children with cerebral palsy

S.K. Yevtushenko, K.M. Fomichova, O.S. Yevtushenko, O.A. Savchenko

We observed 134 children (80 boys, girls — 54) at the age of 1 year to 10 years with various forms of CP, motor disorders correspond III–IV level of GMFCS. In order to clarify the presence of morphological changes in the brain during different clinical forms of the CP, conducted MRI. Based on these results, taking into account the clinical picture and features neyrovizualizatsionnyh brain pathology, we have developed an individual, long-term, phased program, primarily drug rehabilitation with a parallel application of the modified drug-free means of rehabilitation.

Key words: children, cerebral palsy, anomalies of a brain.

А.О. Єфанова, Н.В. Мишина, О.В. Дьяконова

Досвід застосування високоадаптованих молочних сумішей у дітей першого року життя

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вступ. Рациональне вигодовування дітей є одним з найважливіших факторів, що забезпечують здоров'я, гармонійний ріст і стійкість до інфекційних та інших несприятливих впливів. Відомо, що мікробне заселення кишечника і формування стійкої бактеріальної мікрофлори залежить від характеру вигодовування новонародженого. Епідемічні дослідження показують, що поширеність алергічних станів і захворювань у педіатричній практиці продовжує неухильно зростати, передусім серед дітей, позбавлених грудного вигодовування.

Вигодовування грудним молоком, що містить природні пребіотики, стимулює ріст нормальної мікрофлори і перешкоджає колонізації кишечника патогенними мікроорганізмами. Пребіотики вибірково стимулюють

ріст бифідумбактерій і лактобактерій у кишечнику, пригнічують синтез токсичних метаболітів і шкідливих ферментів, сприяють абсорбції мінералів і зміцненню кісток, розм'якшують фекалії, стимулюють перистальтику.

На даний час поширеність і тривалість грудного вигодовування не дуже висока, діти часто переводяться на штучне і частково грудне вигодовування. Одним з можливих шляхів вирішення проблеми дисбіозів у дітей раннього віку є використання адаптованих молочних сумішей, збагачених пребіотиками. Додаткове введення пребіотиків до складу молочних сумішей дозволяє нормалізувати склад кишкової мікрофлори та оптимізувати процеси травлення.

Збагачення дитячих молочних сумішей комбінацією галактоолігосахаридів та фруктоолігосахаридів сприяє

поліпшенню складу кишкової мікрофлори за рахунок збільшення відносного вмісту біфідум- та лактобактерій. У сучасних високоадаптованих молочних сумішах, збагачених комплексом галактоолігосахаридів та фруктоолігосахаридів, білковий компонент на 60% представлений сироватковими білками, що наближають їх за складом до білків грудного молока і забезпечують більш легке перетравлення.

Мета дослідження: оцінити вплив високоадаптованих молочних сумішей на кишечник у дітей першого року життя, що знаходяться на штучному вигодовуванні.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилися 35 дітей віком від 1 до 6 місяців. Добовий об'єм суміші визначали індивідуально з урахуванням віку і маси тіла дитини. Тривалість отримання суміші не менше 25 днів. Діти були розподілені на дві групи: 1-а група — 20 дітей, які отримували високоадаптовану суміш з пребіотиками, 2-а група — 15 дітей, які отримували стандартну суміш казеїн-предомінуючу без пребіотиків. У процесі дослідження оцінювали наступні клінічні симптоми: метеоризм, коліки, зригування, запори, проводилися копрологічні та мікробіологічні дослідження до і після місячного прийому суміші.

Результати дослідження. Діти обох груп добре приймали суміші, спостерігалася позитивна динаміка збільшення маси тіла, позитивний емоційний тонус, адекватна поведінка. При прийомі високоадаптованих сумішей з пребіотиками у переважної більшості дітей 1-ї групи зникли зригування, метеоризм, кишкові коліки,

патологічні домішки у випорожненнях. У дітей 2-ї групи не спостерігалася виразної позитивної динаміки.

При копрологічному дослідженні у 70% дітей обох груп у випорожненнях визначалася перетравлена і неперетравлена клітковина, нейтральні жири, крохмаль, лейкоцити. На тлі прийому високоадаптованої суміші з пребіотиками у переважної більшості дітей покращилася травна здатність кишечника, у копроцитограмі зникли нейтральні жири, крохмаль, лейкоцити, в невеликій кількості визначалася перетравлена і неперетравлена раніше клітковина. У 2-ї групі позитивні зміни спостерігалися лише у 30% дітей.

При дослідженні мікробного складу кишечника у всіх дітей були виявлені дисбіотичні порушення: дефіцит нормальної мікрофлори (біфідо- та лактобактерій) — 68%, наявність умовно-патогенної флори — 88%, гемолітична *E.coli* — 43%, гриби роду *Candida* — 21%. На тлі прийому високоадаптованої суміші з пребіотиками у половини дітей кількість біфідум- і лактобактерій підвищилася до вікової норми — 40%, знизилася кількість клібсїєл, протей, золотистого стафілокока, зникли *E.coli* і гриби роду *Candida*.

Висновки. Таким чином, прийом високоадаптованої суміші з пребіотиками сприяє нормалізації кишкової мікрофлори, забезпечує здорове травлення, повноцінний ріст і розвиток дитини. Застосування у дітей раннього віку збагачених пребіотиками сумішей забезпечує травний комфорт малюкові, який знаходиться на штучному вигодовуванні.

В.О. Свистільник, Т.В. Коноплянко

Пароксизмальний кінезіогенний хореоатетоз у дитячому віці

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Проблеми діагностики неепілептичних пароксизмів і захворювань з групи пароксизмальних дискінезій залишаються актуальними, зважаючи на необхідність їх адекватної патогенетичної терапії. Наведений клінічний випадок та ефективність терапії карбамазепінами даного пацієнта підтверджує діагноз пароксизмального кінезіогенного хореоатетозу, що збігається з даними літератури.

Ключові слова: неепілептичні пароксизми, пароксизмальні дискінезії, антиепілептичні препарати.

Вступ. Клінічний діагноз потребує чіткої диференціації між епілепсіями та іншими станами, що супроводжуються пароксизмами неепілептичного генезу. Діагностика неепілептичних пароксизмів і захворювань із групи пароксизмальних дискінезій залишається актуальною, зважаючи на необхідність їх адекватної патогенетичної терапії. Пароксизмальні дискінезії — гетерогенна група генетично обумовлених порушень руху, які характеризуються епізодами дистонії і хореоатетозу. Відомо, що можуть траплятися, як спорадичні випадки, так і аутосомно — домінуючий тип успадкування, пов'язаний з мутацією гена, розташованого на 16 парі хромосом [1,2,4].

Метою роботи був аналіз клінічних особливостей та ефективності лікування пацієнта з пароксизмальним

хореоатетозом, який відноситься до групи пароксизмальних кінезіогенних дискінезій (ПКД).

Матеріали і методи. У пацієнта з ПКД дебют захворювання відбувся в дев'ять років у вигляді пароксизмів торсійної дистонії і хореоатетозу після перенесеної гострої респіраторної вірусної інфекції. Перебіг даних нападів без втрати свідомості тривалістю до декількох годин. Пароксизми провокувалися раптовими рухами дитини. У неврологічному статусі виявлена дистонія м'язового тону, оліго- і брадикінезія. До дебюту хвороби мовний та руховий розвиток дитини відповідав віковій нормі.

За даними МРТ головного мозку структурних змін не виявлено.

На ЕЕГ, як під час нападу, так і в міжіктальному періоді, епілептичної активності не виявлено; збережені базові

вікові кіркові ритми. Результати обстежень крові шляхом полімеразної ланцюгової реакції на віруси герпесу, CMV, Епштейн—Бар віруси — від'ємні. Результати обстеження на хворобу Вільсона—Коновалова (визначення рівня церулоплазміну в крові) — згідно з віковою нормою.

Призначена терапія леводопою, леветирацетамом була неефективна: частота гіперкінезів зростала. Призначення карбамазепіну в середній терапевтичній дозі — 15 мг/кг виявилось ефективним: зафіксовано повне припинення пароксизмів і регрес патологічної неврологічної симптоматики.

Висновки. Пароксизмальний кінезіогенний хореоатетоз характеризується пароксизмами аномальних рухів у вигляді гіперкінезів за типом хореоатетозу і зміни пози тіла з відновленням до норми між даними епізодами. За даними літератури [3,4], виявлені патофізіологічні механізми у вигляді натрієвої каналопатії зумовлюють високу ефективність карбамазепінів у лікуванні ПКД. Однак можливий і певний зв'язок ПКД з каналопатіє-пов'язаними епілепсіями, такими як аутосомно-домінантна нічна лобна епілепсія, що потребує наступних досліджень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дифференциальный диагноз в неврологии. Руководство по оценке, классификации и дифференциальной диагностике неврологических симптомов / М. Мументалер, К. Бассетти, К. Дэтвайлер : пер. с нем. — Москва : Медпрессинформ, 2009. — 360 с.
2. Мухин К. Ю. Эпилептические синдромы. Диагностика и терапия / К. Ю. Мухин, М. Б. Миронов, А. С. Петрухин. — Москва, 2014. — 376 с.
3. Engel J. Epilepsy : A comprehensive textbook, second edition / J. Engel, J. R. Timothy A. Pedley. — Philadelphia, 2008. — 529 p.
4. Sander J. W. A practical guide to epilepsy. Lecture Notes / J. W. Sander, F. J. Rugg-Gunn. — Oxford, 2009. — 505 p.

Пароксизмальний кінезіогенний хореоатетоз в дитячому віці

В.А. Свистильник, Т.В. Коноплянко

Вопросы диагностики неэпилептических пароксизмов и заболеваний из группы пароксизмальных дискинезий остаются актуальными ввиду необходимости их адекватной патогенетической терапии. Представленный клинический случай и эффективность терапии карбамазепинами данного пациента подтверждает диагноз пароксизмального кинезигенного хореоатетоза, что совпадает с данными литературы.

Ключевые слова: неэпилептические пароксизмы, пароксизмальные дискинезии, антиэпилептические препараты.

Paroxysmal kinesiogenic choreoatetosis in children's age

V. Svystilnyk, T. Konoplyanko

Problems of diagnostics non-epileptic paroxysmal events and disturbances from the group of paroxysmal dyskinesias have still been actual because of the necessity adequate therapy for them. The high carbamazepine therapy efficiency for the patient is confirmed by the diagnosis of paroxysmal kinesiogenic choreoatetosis; it coincides with the returns from the literature.

Key words: non-epileptic paroxysmal events, paroxysmal dyskinesias, antiepileptic drugs.

ГОЛОВНІ ПОДІЇ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



VII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ - ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

V МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС

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

19-21 квітня 2016 року



Україна, Київ, вул. Салютна, 2-Б

За підтримки:



• Президента України

Під патронатом:



• Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я

Офіційна підтримка:



- Кабінету Міністрів України
- Міністерства охорони здоров'я України
- Державної служби України з лікарських засобів
- Київської міської державної адміністрації

Організатори:



Национальна академія медичних наук України



НМАПО імені П. Л. Шулика



Компанія LMT

Генеральний партнер:

TOSHIBA
Leading Innovation >>



КРАЇН

20

50

НАУКОВИХ ЗАХОДІВ

ЕКСПОНЕНТІВ

350

WWW.MEDFORUM.IN.UA

700

ДОПОВІДАЧІВ

ВІДВІДУВАЧІВ

10 000

100

ЛІКАРСЬКИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ



Міжнародна виставка охорони здоров'я



Міжнародна фармацевтична виставка

ВЕСЬ СПЕКТР ОБЛАДНАННЯ, ТЕХНІКИ, ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ МЕДИЦИНИ, НОВИНКИ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ВІД СВІТОВИХ ТА ВІТЧИЗНЯНИХ ВИРОБНИКІВ

У РАМКАХ ФОРУМУ ТА КОНГРЕСУ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ЗАХОДИ, ШКОЛИ ТА МАЙСТЕР-КЛАСИ

Тематичні напрямки Конгресу:

>>> ВИДАЧА СЕРТИФІКАТІВ

- Організація і управління охороною здоров'я
- Дні приватної медицини
- Дні лабораторної медицини
- Медична радіологія
- Функціональна діагностика
- Телемедицина та інформаційні системи в медицині

- Військова медицина
- Медицина невідкладних станів
- Хірургія, нейрохірургія, ендоскопія
- Фізіотерапія і реабілітація
- Травматологія та ортопедія
- Онкологія
- HEALTH BEAUTY

- Терапія
- Акушерство і гінекологія та неонатологія
- Офтальмологія
- Отоларингологія
- Урологія
- Організація і управління фармацією

ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ НА САЙТІ

WWW.MEDFORUM.IN.UA

Генеральний стратегічний партнер:



Генеральний інформаційний партнер виставки PHARMA EXPO:



Міжнародні інформаційні партнери:

labor&more

medical sports network



Генеральний інтернет-партнер:



Офіційні інформаційні партнери:



УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



ТЕМАТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ЧАСОПИС



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

+380 (44) 206-10-16
+380 (44) 206-10-99

@ med@lmt.kiev.ua
@ congress@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, лекция, обмен опытом и др.) резюме должно включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.
 - Статьи набираются на компьютере в программе Word и подаются распечатанными с CD-диском (дискеты приниматься 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 ГСТУ 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 Государственной 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 **45** кг¹



Від **15** кг²



Від **5** до **14** кг³



Рестраційне посвідчення МОЗУ №. UA/7234/02/01 від 08.05.2015 р. до 08.05.2020 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.

АЗИМЕД®

Інфекції долає просто, незалежно від зросту

- Доведена біоеквівалентність препарату щодо оригінального засобу⁴
- Простий і ефективний курс лікування, прийом лише 1 раз на день^{2, 3, 5, 6}

Азимед®, таблетки^{1, 5}

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

Лікарська форма. Таблетки, акриті плівковою оболонкою.

Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування. Макроліди, лінкозаміди та стрептограміни. Азитроміцин.

Код АТХ 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 підерматози, лікування нетяжких форм Акне вульгаріс.

- Інфекції, що передаються статевим шляхом: неускладнений та ускладнений уретрит/цервіцит, спричинений *Chlamydia trachomatis*.

Протипоказання. Підвищена чутливість до азитроміцину, еритромицину, до будь-якого макролідного або кетолідного антибіотика, до будь-якого іншого компонента препарату. Через теоретичну можливість ерготизму азитроміцин не слід призначати одночасно з похідними рожків.

Побічні реакції. Свербіж, висипання; 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 Оцінка взаємозамінюваності Азимеда — біоеквівалентність доведена!

⁵ І. А. Зупанец, д. мед. н., професор; Н. П. Безуглая, к. мед. н., доцент; В. В. Либина, к. біол. н.; І. Н. Орлова, І. В. Кудрис, Ю. Т. Кувайсков. Національний фармацевтичний університет, Харків; ГП «Государственный экспертный центр Министерства здравоохранения Украины», Корпорація «Артеріум», Київ. №1 (167) / 2013, «Ліки України».

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

⁷ 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. Сакаганського, 139)

Міжнародне непатентоване найменування: Azithromycin

ВІДПУСКАЄТЬСЯ ЗА РЕЦЕПТОМ ЛІКАРЯ

Інформація виключно для медичних та фармацевтичних працівників. Для використання у професійній діяльності.

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

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.artერიум.ua

Ближче до людей



АКВА[®] МАРИС

ПРОДУКТИ НА ОСНОВІ ВОДИ
АДРІАТИЧНОГО МОРЯ

ЗВОЛОЖЕННЯ¹

очищення¹

ВІДНОВЛЕННЯ¹



www.aquamaris.com.ua



«Јадран - Галенська Лабораторія д. д.», Хорватія. Представництво в Україні: Київ, вул. Московська, буд. 43/11. Тел. (044) 377-54-16.

Спрей назальний Аква Маріс[®], С.Р. ВМП №12659/2013. Застосовується: при гострих та хронічних запальних захворюваннях носоглотки, додаткових пазух 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 продукту 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[®]

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