

УДК: 616.8-009.11-053.2:618.1

**Тараканова К. Е.**

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ ПАРАЛІЧІВ ЗА МЕТОДИКОЮ В. ВОЙТА**

В Українському медичному центрі реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України протягом 16 років проводиться лікування акушерських паралічів за методикою В. Войта. Наявність у дитини периферичних парезів та паралічів — це абсолютні показання для призначення Войта-терапії. За даною методикою було проліковано 98 дітей з акушерськими паралічами. Маса при народженні у них була така: 3500—3900 г — 49 %, 4000—4500 г — 31 %, 4500—5000 г — 11,2 %, більше 5000 г — 8,8 %. З цих даних видно, що половина дітей народилася з масою більше 4000 грамів, що підтверджує необхідність проведення контролю за масою плода та доцільністю удосконалення знань акушерів-гінекологів з приводу означеної проблеми. За статтю діти, які проходили Войта-терапію, розподілилися майже порівну.

В Центрі Войта-терапія була розпочата у 58,3 % дітей — до 3 місяців життя, у 30,8 % — з 3 до 6 місяців, старше 6 місяців — у 10,9 %. Перед початком терапії діти були обстежені неврологом та ортопедом.

При неврологічному обстеженні — проксимальний парез було виявлено у 73 % (було діагностовано, як верхній параліч Дюшена — Ерба, так і нижній Дежерін — Клюмпке), а у решти 27 % мав місце тотальній парез. При необхідності була проведена рентгенографія шийного відділу хребта та електроміографія. Діти з ушкодженням С3 — С4 були проконсультовані торакальними хірургами.

Войта-терапія проводилась щоденно 3—4 рази на добу на протязі 7 місяців у 8,6 % дітей, 7—12 місяців — у 30,1 %, 12—36 місяців — у 39,8 %, більше 3 років — у 21,5 %. Згідно з нашим досвідом терапію бажано розпочинати ще в пологовому будинку та не пізніше п'ятимісячного віку. Ранній початок терапії обумовлені тим, що у дитини ще не сформувалися м'язові контрактури, не виникли трофічні зміни. Перша позитивна динаміка з'являлась вже через 2—3 тижні після початку терапії, особливо у дітей перших трьох місяців життя з проксимальним парезом руки. Діти з тотальним парезом мали позитивну динаміку через декілька місяців. Перша позитивна динаміка була у вигляді рухів в плечі на горизонтальній площині, рухів в кисті, підняття руки від опори в положенні на спині. Через 3—4 місяці від початку терапії зникала кривощия, яка часто супроводжує акушерські паралічі. Збільшувався об'єм рухів в плечовому суглобі, з'являлося згинання або розгинання в ліктьовому суглобі, зникали згинальні установки кисті. Якщо розглянути динаміку процесу відновлення в залежності від ступеня ушкодження, то при парезі Дюшена — Ерба відбувається поступове відновлення чутливості в зоні іннервації сплетіння, відведення руки в бік, піднесення її до горизонтальної лінії, приведення до обличчя, згинання в усіх суглобах. З'являються рухи в плечовому та ліктьовому суглобах, зменшується внутрішня ротація. При парезі Дежерін — Клюмпке має місце відновлення чутливості, рухів в передпліччі та кисті, кисть поступово перестає звисати, змінюється положення пальців в кисті (до лікування було положення «когтистої» лапи), зменшується пронація та внутрішня ротація. А при тотальному парезі крім того зменшується гіпотонія м'язів, змінюється положення руки відносно тулуба, зменшуються вегетативні розлади: поступово відновлюється колір шкіри (до початку лікування колір був блідий), відновлюється чутливість паретичної кінцівки.

Результати терапії залежать від того, наскільки батьки мотивовані необхідністю систематичного проведення лікування. За 16 років праці діти, яким батьки якісно проводили систематичну терапію, не мали хірургічних втручань. З катамнезу цих дітей відомо, що у 24 % дітей відбулось повне відновлення функції паретичної кінцівки, у 76 % хоча й залишилась проблема, але рука стала функціонально спроможна, тобто дитина може нею писати, малювати, сила в руці не відрізняється від здорового руки. Таким чином довготривала, правильно виконана Войта-терапія є реальною альтернативою хірургічного лікування, не потребує додаткового допоміжного обладнання і може застосовуватись батьками незалежно від місця їх проживання, а це забезпечує постійне адекватне лікування їх дітей.

УДК 616.711-009.7-08:001.8

**Терещенко Л. П.**ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (г. Харків)**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ  
ПРЕПАРАТА МАЖЕЗИК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ  
С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

Болевий синдром являється важнішим маркером патології в симтомокомплексі більшинства острих і хроніческих захворювань человека. Учитывая многокомпонентность болевого синдрома, основным способом купирования его является рациональное применение средств фармакотерапии, которые не только купируют боль, но и устраняют непосредственные ее причины. В настоящее время на фармацевтическом рынке Украины появился новый нестероидный противовоспалительный препарат Мажезик, рекомендуемый для применения в терапии больных с болевыми синдромами.

Обследовано 17 больных с вертеброгенным болевым синдромом (средний возраст  $38 \pm 2,4$  лет), в комплексной терапии которых применялся препарат Мажезик. Курс лечения составил 14 дней.

Для оценки динамики показателей в работе использовались шкала выраженности болевого синдрома (ВАШ) и шкала выраженности нарушений жизнедеятельности (Роланда — Морриса).

Как показали наши наблюдения, курсовое применение препарата Мажезик в комплексной терапии больных с вертеброгенным болевым синдромом позволило в короткие сроки улучшить состояние большинства больных (89,3 %).

Позитивные изменения показателей тестов ВАШ на этапе становления ремиссии следует расценивать как успех проводимой терапии, в результате которой не только уменьшились болевые проявления, но и происходило улучшение показателей нарушения жизнедеятельности.

УДК 616.831:616.9-08:612.017-08

**Терещенко Л. П.**ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (г. Харків)**СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ  
С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕЙРОИНФЕКЦИЯМИ**

Хронические нейроинфекции остаются серьезной проблемой здравоохранения и относятся к мультифакторным заболеваниям, вызываемым различными инфекционными агентами и их сочетаниями, среди которых вирусы встречаются наиболее часто.

Вирусы снижают функциональную активность иммунной системы, что приводит к тяжелому клиническому течению заболевания и возникновению тяжелых осложнений.

Терапия хронических нейроинфекций в настоящее время не является радикальной и направлена, в первую очередь, на стабилизацию состояния, но не на вылечение больных. Программа лечения направлена на максимальную эрадикацию инфекционных агентов, что вызывает снижение функциональной активности и нарушения со стороны крови, сердечно-сосудистой, пищеварительной и иммунной систем, что в дальнейшем приводит к неблагоприятным последствиям в течении инфекционного процесса и влечет за собой возникновение рецидивов.

Для повышения эффективности терапии больных с хроническими нейроинфекциами и снижения токсических эффектов антибиотико- и противовирусной терапии в современных схемах лечения предусматривается использование препаратов, механизм терапевтического действия которых обеспечивает более полноценное функционирование клеток в условиях гипоксии и ишемии.

Одним из таких современных препаратов является препарат Пропес, который представляет собой комплекс эмбриональных пептидов и свободных аминокислот, обладающий выраженной функцией инициации и регуляции процессов дифференциации клеток.

Опыт клинического применения препарата Пропес в терапии больных с хроническими нейроинфекциами показал, что его включение приводит к более быстрому восстановлению нарушенных хроническим инфекционным процессом функций ЦНС, увеличению диапазона адаптационно-приспособительных реакций, которые создают фон для успешной реабилитации этой категории больных.