

Реферати

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА У ДЕТЕЙ

Ткаченко П. И., Лохматова Н. М., Коротич Н. Н.

В статье представлены результаты клинического наблюдения за 21 ребенком, страдающими хроническим паренхиматозным паротитом, неактивное течение в период обострения. Сопоставление изменений проявляющихся воспалением на местном уровне и клеточного состава паротидного секрета в динамике течения заболевания позволило констатировать преимущество инстилляций в протоковую систему лизомукоида по сравнению с 1,0% раствором лизоцима.

Ключевые слова: дети, хронический паренхиматозный паротит, лизомукоид.

Стаття надійшла 28.02.2014 р.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC PARENCHYMATOUS PAROTITIS IN CHILDREN

Tkachenko P. I., Lokhatova N. M., Korotich N. M.

Results of clinical supervision over 21 children are presented in article, suffering chronic parenchymatous parotitis, an inactive current in the period of an aggravation. Comparison of changes being shown an inflammation at local level and cellular structure of a parotidny secret in dynamics of a course of a disease allowed to state advantage of instillations in pro-current system lizomukoid in comparison with 1,0% solution lysozyme.

Key words: children, chronic parenchymatous parotitis, lizomukoid.

Рецензент Ковальов С.В.

УДК 616.8-009.12-08

К. А. Таряник

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ДИНАМІКА ЛІКУВАННЯ СПАСТИЧНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕЦИДИВУЮЧО-РЕМІТУЮЧИМ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ

В останні роки спостерігається тенденція до збільшення захворюваності на розсіяний склероз в Україні. З останні 10 років поширеність захворювання збільшилась у 2,5 рази. У роботі проведена оцінка ефективності лікування спастичного м'язевого тону у пацієнтів із рецидивуючо-ремітуючим розсіяним склерозом із застосуванням міорелаксантів.

Отримана позитивна динаміка лікування спастичності різними групами міорелаксантів у хворих на розсіяний склероз. Найбільш швидкий виражений ефект у вигляді зниження больового синдрому, спастичності у кінцівках, розширення обсягу рухів, отриманий при використанні баклофена у дозі 30 мг на добу. Препарат поступово знижував м'язевий тонус, не знижуючи м'язевої сили у кінцівках. Під час лікування міорелаксантами відмічена позитивна динаміка у показниках електронейрографічного дослідження у вигляді підвищення амплітуд м'язевої відповіді з кінцівок.

Ключові слова: розсіяний склероз, міорелаксанти, спастичність, шкала Ешворта.

Розсіяний склероз є актуальною проблемою сучасної неврології через високу захворюваність, поширеність та значну інвалідизацію пацієнтів молодого віку. За даними МОЗ України, в останні роки спостерігається тенденція до зростання захворюваності в Україні. За останні 10 років поширеність захворювання в Україні збільшилась у 2,5 рази. Неухильне прогресування свідчить про недостатню ефективність заходів, що вживаються в Україні для їх подолання [1-3].

Розсіяний склероз - мультифакторіальне захворювання, в етіології та патогенезі якого важливу роль відіграють вірусна інфекція, спадкова схильність, а також зовнішні чинники, зокрема екологічні [2-4]. На сьогодні, існує велика кількість доказових даних стосовно того, що розсіяний склероз є не лише запальним, а й нейродегенеративним захворюванням, що призводить до загибелі аксонів, що спостерігаються вже на початкових етапах захворювання. Провідне значення в патогенезі РС мають імунопатологічні та патохімічні реакції, які розвиваються в імунокomпетентних клітинах і клітинах ЦНС з розвитком оксидантного стресу і глутаматної нейротоксичності, що призводять до загибелі мієліну та нервових клітин [1, 3].

Сучасна концепція лікування РС включає три компоненти: 1). лікування загострення (атаки); 2). терапія, модифікуюча перебіг захворювання; 3). симптоматичне лікування. Клінічна картина розсіяного склерозу дуже різноманітна. Так симптоми ураження пірамідного тракту в 90% випадків є однією з основних причин інвалідизації хворих. Залежно від локалізації вогнища виявляються гемі- та парапарези, рідше монопарези. Частіше страждають нижні кінцівки, ніж верхні. Спастичність, як правило, переважає над вираженістю парезу. Спастичність – підвищення м'язевого тонусу, що наростає при пасивному розтягненні м'язу. Причиною спастичності є зниження активності спінальних гальмівних механізмів та підвищення збудливості мотонейронів, що задіяні в реалізації флексорних механізмів [5-12].

Спастичний м'язевий тонус, що спостерігається при захворюваннях головного мозку (церебральна) пов'язана з послабленням гальмівної дії на альфа-мотонейрони в антигравітаційних м'язах, що веде за собою позу згиначів. Спастичність спінального генезу переважно пов'язана з послабленням гальмівного впливу на інтернейрони, що веде до передачі збудження у спинний мозок і викликає моторну реакцію у кінцівках [12-18]. На сьогодні спастичність розглядається як комбіноване ураження екстра пірамідних та пірамідних систем.

Метою роботи було оцінити ефективність лікування спастичного м'язевого тону у пацієнтів із рецидивуючо-ремітуючим розсіяним склерозом із застосуванням міорелаксантів.

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 35 хворих із діагнозом розсіяний склероз, церебро-спінальна форма, рецидивуючо-ремітуючий перебіг, стадія ремісії, EDSS 4.5-5.5 балів. Всі пацієнти знаходились на обстеженні та лікуванні в неврологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського та в центрі розсіяного склерозу на базі кафедри нервових хвороб із нейрохірургією та медичною генетикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Пацієнти були розподілені на групи: 1 група (8 пацієнтів), що отримували баклофен перорально у дозі 10 мг тричі на добу; 2 група (9 пацієнтів) – отримували тізанидин у дозі 2 мг перорально тричі на добу; 3 група (10 хворих) – пацієнти, що приймали толперізон у дозі 50 мг 3 рази на добу. Всі препарати приймалися після їжі. Контрольна група (8 пацієнтів) – не отримували міорелаксантів.

Всі пацієнти отримували підтримуючу терапію із застосуванням цитофлавіну 10 мл внутрішньовенно краплинно 1 раз на добу, вітаміни групи В 3 мл внутрішньом'язево через день. Тривалість лікування склала 2 тижні.

На початку та в кінці курсу лікування пацієнтам проводили загальноклінічне, неврологічне обстеження, магніто-резонансну томографію головного та спинного мозку. Для оцінки больового синдрому у спастичних кінцівках користувались візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). З метою вивчення динаміки спастичності використовували шкалу Ешворта. Для оцінки якості життя – користувались шкалою EQ-5D. З метою оцінки провідності по периферичним нервам проводилась стимуляційна електронейроміографія на апараті фірми «Нейрософт» Нейро МВП-Мікра (Іваново, Росія).

Результати дослідження та їх обговорення. На фоні проведеного лікування відмічено зменшення больового синдрому у кінцівках у групах пацієнтів (табл.1.)

Таблиця 1

Динаміка больового синдрому у групах пацієнтів під впливом лікування згідно ВАШ

Групи пацієнтів		Біль
1 група (n=8)	До лікування	8,57±1,63
	Після лікування	3,68±1,14*
2 група (n=9)	До лікування	7,64±1,49
	Після лікування	3,17±1,28*
3 група (n=10)	До лікування	7,36±1,43
	Після лікування	5,37±1,43
Контроль (n=8)	До лікування	7,89±1,26
	Після лікування	6,87±1,36

Примітка: * - $p < 0,05$ у групах пацієнтів після лікування.

Можна відмітити, що зменшення больового синдрому під впливом лікування спостерігалось у 1-шій, 2-тій та 3-тій групах пацієнтів, але найбільш вірогідні зміни переважали у перших двох групах, чим пояснюється помірний анагезуючий ефект препаратів. Менш виражений анагезуючий ефект спостерігався і у пацієнтів 3 групи, можливо це пов'язано з недостатньою медикаментозною дозою перепарата – 150 мг на добу. Під час оцінки спастичності кінцівок згідно шкали Ешворта, спостерігалась позитивна динаміка у перших двох групах пацієнтів, що отримували баклофен та тізанидин (табл. 2).

Таблиця 2

Оцінка динаміки спастичності у групах пацієнтів згідно шкали Ешворта

Групи пацієнтів		Спастичність
1 група (n=8)	До лікування	3,91 ±0,10
	Після лікування	2,1±0,11*
2 група (n=9)	До лікування	3,85±0,12
	Після лікування	2,23±0,13*
3 група (n=10)	До лікування	3,87±0,10
	Після лікування	2,68±0,20
Контроль (n=8)	До лікування	3,87±0,12
	Після лікування	3,44±0,16

Примітка: * - $p < 0,05$ у групах пацієнтів після лікування.

Відмічалось зменшення спастичності у кінцівках у всіх трьох обстежуваних групах, але найкращий та найшвидший ефект спостерігався у першій групі, яка отримувала баклофен з метою лікування підвищеного м'язевого тону. Препарат зменшував спастичність м'язів при мінімальному зниженні сили та гарно переносився. Під впливом проведеного лікування позитивні зміни спостерігались і з боку показників електронейроміографічного обстеження (табл.3). При аналізі отриманих даних виявлено, що зміни з боку амплітуд м'язевих відповідей та швидкості проведення збудження по моторним волокнам з серединного (m.abductor pollicis brevis) та великогомілкового (m.Gastrocnemius) нервів відбувались у всіх групах пацієнтів, навіть контрольної групи. Покращення якості життя спостерігалось у

групах пацієнтів під впливом лікування. У пацієнтів зменшився біль, розширився обсяг рухів, зменшилися депресивні думки.

Таблиця 3

Динаміки показників електронейроміографічного обстеження у групах пацієнтів за даними стимуляційної електронейроміографії

Групи пацієнтів		М-відповідь з m.abductor pollicis brevis (mV)	М-відповідь з m.Gastrocnemius (mV)	Швидкість збудження по моторним волокнам (м/с)
1 група (n=8)	До лікування	2,32±0,43	1,34±0,26	12,32±0,27
	Після лікування	3,58±1,14*	2,06±0,21*	13,42±0,85
2 група (n=9)	До лікування	2,44±0,89	2,12±0,81	11,32±0,77
	Після лікування	2,67±0,18	3,06±0,29	12,32±0,33
3 група (n=10)	До лікування	3,16±1,16	2,43±0,94	9,53±0,74
	Після лікування	3,27±1,62	2,82±0,75	11,12±0,68
Контроль (n=8)	До лікування	3,11±0,38	3,08±0,47	13,24±0,25
	Після лікування	3,42±0,52	3,57±0,29	14,11±0,16

Примітка: * - $p < 0,05$ у групах пацієнтів після лікування.

Висновки

1. Таким чином, в результаті проведеного дослідження отриманий позитивний ефект при лікуванні різними групами міорелаксантів у пацієнтів із розсіяним склерозом. Найбільш швидкий ефект з боку зменшення вираженості больового синдрому, спастичності у кінцівках, розширення обсягу рухів отриманий при використанні баклофену у дозі 30 мг на добу у три прийоми. Препарат не викликав побічних ефектів, поступово знижував м'язевий тонус, не зменшуючи сили у кінцівках. Під час лікування міорелаксантами відмічена позитивна картина з боку електронейроміографічних показників у вигляді підвищення амплітуд м'язевих відповідей, що вказує на розслаблення кінцівок та більш посиленому проведенню збудження по ним на фоні лікування. В процесі лікування спостерігалось покращення якості життя згідно шкали EQ-5D у всіх групах пацієнтів, але найбільш виражені зміни були у групах, що отримували баклофен.

2. Можна рекомендувати препарат баклофен з метою зменшення спастичності та вираженості больового синдрому у пацієнтів із рецидивуючо-ремітуючим розсіяним склерозом.

Список літератури

- Віничук С. М. Лікарєві про розсіяний склероз / С.М. Віничук // *Нова медицина*. - 2002. - №2. - С. 20-29.
- Волошин П. В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / П. В. Волошин, Т. С. Міщенко, С. В. Лекомцева // *Міжнародний неврологічний журнал*. - 2006. - С. 9-13.
- Гусев Е. И. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Е. И. Гусев, И. А. Завалишин, А. Н. Бойко - 2004. - 526 с.
- Евтушенко С. К. Современные подходы к лечению рассеянного склероза: достижения, разочарования, надежды (2 сообщение) / С. К. Евтушенко, И. Н. Деревянко // *Неврологический журнал*. - 2006. - С. 2-12.
- Завалишин И. А. Современные возможности патогенетического лечения рассеянного склероза / И. В. Завалишин, А. И. Переседова // *Лечение нервных болезней*. - 2001. - №2. - С. 2-6.
- Bering-Sorensen F. Spasticity assessment: a review / F. Bering-Sorensen, J. B Nielsen, K. Klinge // *Spinal Cord*. - 2006. - №44(12). - P. 708-722.
- Compston A. Treatment and management of multiple sclerosis/ A. Compston // In: *McAlpine's Multiple Sclerosis*. - 1999. - P. 437-498.
- Dietz V. Spastic movement disorder: impaired reflex function and altered muscle mechanics / V. Dietz, T. Sinkjaer // *Lancet Neurol*. - 2007. - №6(8). - P.725-733.
- Hsieh J. T. Spasticity outcome measures in spinal cord injury: psychometric properties and clinical utility / J. T. Hsieh, D. L. Wolfe, W. C. Miller [et al.] // *Spinal Cord*. - 2008. - №46(2). - P.86-95.
- Gracies J. M. The role of botulinum toxin injections in the management of muscle overactivity of the lower limb/ J. M. Gracies, B. J. Singer, J. W. Dunne // *Disabil Rehabil*. - 2007. - №29(23). - P.1789-1805.
- Kurtzke J. F. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) / J. F. Kurtzke // *Neurology*. - 1983. - №3. - P. 1444-1452.
- Kamen L. A practical overview of tizanidine use for spasticity secondary to multiple sclerosis, stroke, and spinal cord injury/ L. Kamen, H. R. Henney, J. D. Runyan // *Curr Med Res Opin*. - 2008. - №24(2). - P. 425-439.
- McDonald W. I. Recommended diagnostic Criteria for multiple sclerosis: Guidelines from the international panel on the diagnosis of multiple sclerosis/ W. I. McDonald, A. Compston, G. Edan [et al.] // *Annals of Neurology*. - 2001. - № 50.
- Nielsen J. B. The spinal pathophysiology of spasticity — from a basic science point of view/ J. B. Nielsen, C. Crone, H. Hultborn // *Acta Physiol (Oxf)*. - 2007. - №189(2). - P. 171-180.
- O'Connor P. Key issues in the diagnosis and treatment of multiple sclerosis: and overview/ P. O'Connor // *Neurology*. - 2002. - Vol. 59. - Suppl. 3. - P. 1-31.
- Richard I. Intrathecal baclofen in the treatment of spasticity, dystonia and vegetative disorders/ I. Richard, P. Menei // *Acta Neurochir Suppl*. - 2007. - №97(Pt 1). - P. 213-218.
- Saulino M. The pharmacological management of spasticity / M. Saulino, B. W. Jacobs // *J Neurosci Nurs*. - 2006. - №38(6). - P. 456-459.
- Thompson A. J. Clinical management of spasticity/ A. J. Thompson, L. Jarrett, L. Lockley [et al.] // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. - 2005. - № 76. - P. 459-463.

Реферати

ДИНАМИКА ЛЕЧЕНИЯ СПАСТИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕ-РЕМИТИРУЮЩИМ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Таряник Е. А.

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости на рассеянный склероз в Украине. За последние 10 лет распространённость заболевания в Украине увеличилась в 2,5 раза. В работе проведена оценка эффективности лечения спастического мышечного тонуса у пациентов с рецидивирующе-ремитирующим рассеянным склерозом с использованием миорелаксантов. Получена положительная динамика лечения спастичности разными группами миорелаксантов у пациентов с рассеянным склерозом. Наиболее быстрый выраженный эффект в виде уменьшения выраженности болевого синдрома, спастичности в конечностях, расширения объёма движений, получен при использовании баклофена в дозе 30 мг у сутки. Препарат постепенно снижал мышечный тонус, не снижая мышечной силы в конечностях. Во время лечения миорелаксантами отмечена положительная картина со стороны электронейромиографических показателей в виде повышения амплитуд мышечных ответов.

Ключевые слова: рассеянный склероз, миорелаксанты, спастичность, шкала Эшворта.

Стаття надійшла 16.02.2014 р.

DYNAMICS SPASTICITY TREATMENT IN THE PATIENTS WITH RELAPSING-REMITTING MULTIPLE SCLEROSIS

Tarianyk E. A.

In recent years there has been an increasing trend of multiple sclerosis in Ukraine. Over the past 10 years the prevalence of the disease in Ukraine has increased by 2.5 times. In this report we evaluated the effectiveness of treatment spastic muscle tone in the patients with relapsing-remitting multiple sclerosis with using muscle relaxants. Was received a positive dynamics treatment of spasticity different groups of muscle relaxants in the patients with multiple sclerosis. The most rapid effect as a reduction in the severity of pain, spasticity in the limbs, increasing range of motion, obtained by using baclofen 30 mg at day. The drug is gradually decreased muscle tone without affecting muscle strength in the limbs. During treatment, muscle relaxants showed a positive results by electroneuromyographic indicators in the form of increased amplitude of muscle responses.

Key words: multiple sclerosis, muscle relaxants, spasticity, Ashworth scale.

Рецензент Литвиненко Н.В.

УДК 613.71: 613. 471: 613. 865. – 053.5

О. С. Шапаєва, С. І. Гаркавий, М. М. Коршун, О. В. Дема
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

ВПЛИВ УРОКУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА БАЗІ ПЛАВАЛЬНОГО БАСЕЙНУ НА ТИЖНЕВУ ДИНАМІКУ РОЗУМОВОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ

В роботі представлені результати гігієнічної оцінки тижневого навчального навантаження учнів 1-4 класів та особливостей тижневої динаміки їх розумової працездатності (РП). Дослідження провели школах з різною організацією фізичного виховання: 1 та 2 заняттями на базі плавального басейну та навчальному закладі з традиційними уроками в спортивному залі тричі на тиждень. Всього обстежено 301 учень трьох загальноосвітніх закладів м. Києва. Діти однієї школи плавають лише під час уроку фізичної культури, (контингент Е1, 96 осіб), на відміну від учнів (контингенту Е2, 95 осіб), які крім обов'язкового уроку плавання займаються в басейні додатково. Школярі контрольного контингенту (К, 110 осіб) не мають уроку плавання та не відвідують басейн. Встановлено, що під час побудови розкладу занять не враховуються особливості тижневої та денної динаміки РП молодших школярів в усіх 12 обстежених класах. Серед причин невідповідності виявлено високе навчальне навантаження в понеділок (у 70 % випадків вище середнього тижневого) та п'ятницю (у 80 % випадків на рівні середнього). Уроки, які потребують напруженої розумової діяльності, у 75 % випадків заплановані на ракові години впрацювання. Виявлено вплив року навчання, дня тижня та організації фізичного виховання на якість виконання коректурної проби учнями. Встановлено, що додатковий урок плавання попереджає розвиток гострої перевтоми учнів на початку тижня (у вівторок), яка розвивається під впливом перевищення сумарної трудності предметів в понеділок ($F = 15,98, p < 0,001$). Така організація фізичного виховання сприяє збереженню високого рівня розумової працездатності (РП) та віддаленню розвитку стомлення від понеділка до п'ятниці у школярів 1 та 3 класів. Виявлено, що урок плавання попереджає розвиток стомлення від понеділка до п'ятниці, оскільки частка учнів 1 та 3 класів без ознак стомлення перевищує таку серед школярів, які не займаються плаванням ($p < 0,01$ та $p < 0,05$ відповідно). Незалежно від кількості занять в басейні, серед учнів 2 та 4 класів виявлено вдвічі вищу частку школярів з вираженими ознаками стомлення ($p < 0,01$ та $p < 0,05$ відповідно), що потребує подальшого вивчення.

Ключові слова: урок плавання, розумова працездатність, молодша школа.

Для розширення оздоровчих можливостей уроку фізичної культури наказом МОН України № 486 заняття плаванням віднесено до обов'язкових форм фізичного виховання у навчальних закладах, що мають для цього відповідні умови. Плавання широко використовують для профілактики захворювань опорно-рухового апарату, особливо хребта [13], серцево-судинної системи [11] та рекомендують як найбільш сприятливий вид спорту для дітей хворих на астму [14]. Однак, існують ризики для здоров'я, пов'язані з використанням для знезараження води в плавальному басейні хімічних реагентів, зокрема хлорвмісних речовин, та утворенням в процесі дезінфекції побічних продуктів [12, 15, 16]. Крім того, якість та ефективність навчальної програми з дисципліни «Плавання», як і більшості сучасних навчальних програм та педагогічних технологій, не підтверджена реальними фізіолого-гігієнічними дослідженнями. З цієї позиції, а також, зважаючи на поширеність хлорування в шкільних плавальних басейнах [6], вивчення