

Ю.В. Малий

ОРТОПЕДИЧНА ПРОФІЛАКТИКА В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПОЛІОМІЄЛІТУ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Під час епідемії поліомієліту в Тернопільській області в середині ХХ сторіччя в результаті головним чином неправильного лікування в гострому і відновлювальному періоді залишилося багато дітей з деформаціями і контрактурами, для усунення яких довелось застосовувати складні й численні оперативні втручання. А при поліомієліті особливо важливо своєчасно вжити заходів, щоб уберегти хворих від тяжких наслідків. Ця робота має на меті нагадати лікарям основи профілактики каліцтва й уникнути помилок минулого, якщо виникнуть випадки захворювання на поліомієліт.

Поліомієліт, або дитячий спінальний параліч, чи передній гострий поліомієліт (*poliomyelitis acuta anterior*), або епідемічний дитячий параліч – хвороба Гейне-Медіна. Зазначені і загально-визнані назви характеризують це захворювання як ураження спинного мозку в дітей із переважними порушеннями в передніх рогах спинного мозку, як захворювання, що є епідемічним.

Збудником поліомієліту є ентеровірус, що передається за допомогою фекально-орального або крапельного механізму. У травний канал вірус проникає через рот. Можлива передача вірусу і через ушкоджену шкіру.

Захворювання частіше виникає в дітей у 2-3-річному віці, проте під час епідемій можуть занедужати діти старшого віку і навіть дорослі люди.

Під впливом вірусу поліомієліту настають тяжкі морфологічні зміни в спинному мозку хворого, переважно в передніх рогах, а також у парацентральному звивині головного мозку, ІV шлуночку, середньому мозку і м'яких мозкових оболонках, міокарді, у травному каналі.

У м'язах спостерігаються вторинні зміни: атрофія і дегенерація. Атрофія характеризується скороченням (стисненням) волокон. При дегенерації є вакуолізація, некроз, розпад сарколеми, проліферація інтерстиціальної тканини і фіброз або жирове її заміщення.

У перебігу поліомієліту розрізняють декілька періодів. Початковий період, або препаралітична фаза характеризується загальною слабкістю, млявістю, поганим настроєм, відсутністю апетиту, у ряді випадків спостерігаються шлунково-кишкові розлади. Далі розрізняють: паралітичну; відновну; резидуальну фазу або період залишкових явищ.

Паралічі можуть розвиватися поступово, протягом 1-2 тижнів, або декількох годин чи першої доби захворювання.

Вони виникають у різноманітних відділах кінцівок, можуть бути ізольованими, множинними. У тяжких випадках параліч уражає м'язи кінцівок і тулуба. Ураження виникає асиметрично. На ногах м'язи уражаються частіше і глибше в проксимальних відділах, ніж у дистальних. На руках частіше уражаються дельтоподібний м'яз, а також дрібні м'язи кисті та пальців.

Порушення рівноваги м'язів є причиною утворення контрактур у гострому періоді поліомієліту. Розвиток контрактур і деформацій залежить від корінцевих болів у кінцівках, внаслідок чого дитина займає спокійніше положення. Ослаблення больових відчуттів досягається також, крім правильного положення в ліжку, за допомогою медикаментозних засобів. Є й механічні причини, які нерідко призводять до розвитку контрактур. Це дія ваги кінцівки або її сегментів на ослаблені м'язи (відвисання кисті, стопи, зовнішня ротація ноги й ін.), тиск ковдри на стопу, лежання хворого в м'якій постелі, що сприяє згинанню ніг у кульшових і колінних суглобах, а також підшовному згинанню в гомілковоступневому суглобі.

Незважаючи на розмаїтість деформацій, що виникають при поліомієліті, лікувально-профілактичні заходи насамперед повинні бути загальними. Дітям, хворим на поліомієліт, необхідне чисте повітря, гарні гігієнічні умови (обтирання теплою водою, загальні ванни), правильне раціональне харчування, медикаментозне лікування.

Комплексне лікування, що включає і кінезотерапію, при ушкодженнях периферичних нервів потребує встановлення точного діагнозу: визначити які нерви уражені, а також рівень і ступінь цього ураження. Лікування уражень периферичних нервів є компетенцією невропатологів. На перше місце має бути поставлене етіотропне лікування, якщо воно можливе. Медикаментозне лікування, фізіо- і кінезотерапія – обов'язкова складова частина лікувального комплексу. Парентерально вводять стрихнін, дибазол, прозерин, вітаміни групи В тощо, а також речовини з антихолінестеразною активністю – галантамін, інвазин й ін., для поліпшення нервово-м'язового кровопостачання.

Лікаряю треба виявляти таку ж увагу психічному стану хворого, як і самому захворюванню. На початкових стадіях лікування треба створити в хворого бадьорість і спокій. Основним елементом лікування є роз'яснення хворому і батькам сутності недуги. Треба зуміти сказати їм правду і водно-

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

час вселити в них почуття впевненості й надії. Лікарю треба говорити правду просто і зрозуміло, проте й переконливо. Але для цього лікар повинен вірити самому собі.

Метою ортопедичної профілактики в гострому періоді поліомієліту є запобігання розвитку контрактур і створення сприятливих умов для відновлення функції м'язів.

Атрофована м'язова тканина здатна до відновлення своєї маси і функції, у випадку ж її дегенерації відбуваються незворотні зміни. Саме в паралітичному і відновлювальному періоді треба відновлювати функцію м'язів і проводити профілактику ортопедичних деформацій.

Особливо згубною є відсутність профілактики при паралічі руки. У першу чергу необхідно надати паралізованій руці положення, що забезпечує спокій і найсприятливіші умови регенерації та відновлення провідності ушкодженого нерва і подальшої функції. Таким положенням є відведення плеча на 90° і зовнішня його ротація, згинання в лікті під прямим кутом, передпліччя в супінації, пальці розігнуті (мал. 1).

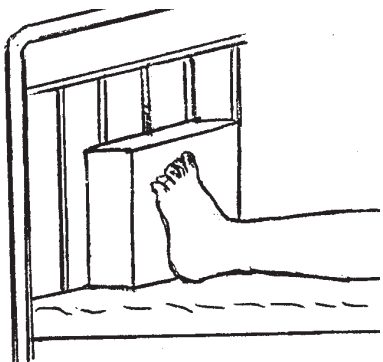
Хворий має лежати на цілком рівному, бажано жорсткому ліжку в положенні на спині з повністю розігнутими в суглобах кінцівками. Ноги мають бути випрямленими, а ступні мають перебувати під прямим кутом до гомілок. Це положення утримується за допомогою мішечків з піском, які укладаються по зовнішній поверхні стегон і гомілок. У такий спосіб запобігається зовнішній ротації кінцівки. До спинки ліжка ставлять ящик, яким утримується стопа в середньому положенні (мал. 2).

При ураженні м'язів спини або живота доцільно укласти дитину в гіпсове ліжечко, що здійснюється після попередньої корекції (мал. 3).

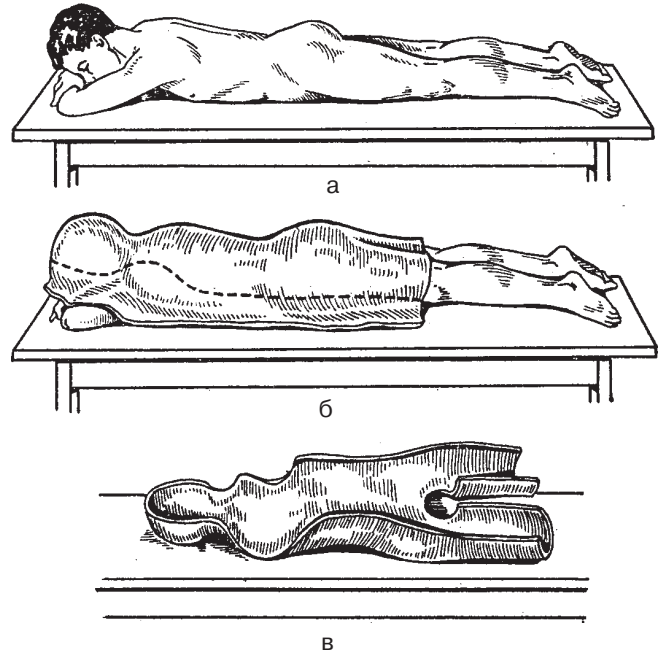
Завдання функціонального лікування дуже широкі. Воно може бути детоксикаційним, таким, що стимулює процеси регенерації, покращує трофіку, зменшує зрощення і контрактури. Використовують усю гаму фізичних чинників. Найбільшого поширення з-



Мал. 1. Фіксація руки шиною при паралічі дельтоподібного м'язу.



Мал. 2. Фіксація стопи за допомогою підставки.



Мал. 3. Виготовлення гіпсового ліжечка: а – укладка хворого; б – межа відрізання країв; в – готове гіпсове ліжечко.

поміж фізіотерапевтичних процедур набули загальні ванни, гарячі обгортання, фарадизація паралізованих м'язів, іоногальванізація йодидом калію, новокаїном й ін. З-поміж функціональних методів лікування найважливішими є лікувальна гімнастика, масаж, зокрема підводний. Іншим ефективним допоміжним засобом у цьому напрямку є електрогімнастика денервованих м'язів, яка уповільнює їх атрофію і дегенерацію.

Тривалість перебування дитини в ліжку залежить від поширеності і глибини уражених м'язів, а також від загального стану хворого. При ізольованих паралічах одного або декількох м'язів ніг можна дозволяти ходити через 2-3 міс., не припиняючи фіксації, якщо функція м'язів до цього часу не відновилась. Шину звичайно знімають, як тільки з'являться активні рухи з подоланням легкого опору.

Після закінчення лікування в гострий період в інфекційній лікарні значна частина хворих (40,0-62,2 %) потребує продовження лікування і тривалого спостереження. Для дітей у відновному періоді поліомієліту є мережа санаторіїв, де проводиться комплексне лікування. Мета усього комплексу лікування – створити умови для якомога швидшого відновлення функції паралізованих м'язів (УВЧ, діатермія, індуктотермія, іоногальванізація, озокерито- і парафінолікування, водо- і грязелікування, масаж і лікувальна гімнастика).

Таким чином, лікувальні заходи при поліомієліті повинні спрямовуватися на профілактику контрактур і деформацій, що виникають у гострому періоді недуги, якщо не проводиться правильне ортопедичне лікування. Для досягнення бажан-

них результатів треба, щоб у лікуванні хворих у гострому періоді брали участь три спеціалісти: інфекціоніст, невропатолог, ортопед. У гострий період після закінчення лікування,

яке проводиться в інфекційній лікарні, значна частина хворих потребує продовження лікування в поліклініках, школах-інтернатах, санаторіях.

Івахів О.Л., 2004
УДК 616.9

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Вірусні хвороби. Токсоплазмоз. Хламідіоз»

5-6 травня 2004 р. у мальовничому куточку Тернопілля на базі нового конгрес-центру Тернопільської медичної академії ім. І.Я. Горбачевського відбулися всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю і пленум Асоціації інфекціоністів України на тему «Вірусні хвороби. Токсоплазмоз. Хламідіоз». Тематика форуму вибрана не випадково. Адже протягом останніх десятиріч з'явилась низка раніше невідомих вірусних хвороб, суттєво змінилась тактика лікування хворих на ряд інфекцій, зокрема, на ті, що належать до так званих TORCH. Конференція викликала жвавий інтерес у лікарів різних спеціальностей. У роботі форуму взяла участь понад 260 інфекціоністів, акушер-гінекологів, педіатрів, терапевтів, у тому числі 37 докторів мед. наук, 42 кандидатів мед. наук.

Відкрив конференцію ректор медакадемії чл.-кор. АМН України, засл. діяч науки і техніки України, проф. Л.Я. Ковальчук. Він привітав учасників зібрання і побажав їм плідної роботи. У своєму виступі Л.Я. Ковальчук розповів про досягнення академії як у вдосконаленні навчання завдяки впровадженню нових технологій (мультимедійні та телекомунікаційні лекції, компакт-диски, комп'ютерні класи тощо), викладання англійською мовою для іноземних студентів, так і в поліпшенні надання висококваліфікованої медичної допомоги хворим у лікувально-діагностичному центрі академії. Від управління охорони здоров'я облдержадміністрації з вітальним словом до учасників форуму звернулась А.М. Грабовська.

Про підсумки роботи інфекційної служби в Україні у 2003 р. і шляхи її покращання доповіли проф. В.В. Гебеш, А.О. Руденко і С.О. Крамарев. Вони зазначили, що порівняно з 2002 р. зменшилась кількість захворювань на так звані «дитячі» інфекції у дорослих, покращилась діагностика вірусних гарячок, однак вдвічі зросла кількість зареєстрованих випадків завізної малярії, відзначено 385 випадків лептоспірозу, зросла захворюваність на ВІЛ/СНІД. Високою залишається летальність серед дітей від генералізованих форм менінгококової інфекції - 30,5 %, сепсису. Для поліпшення результатів діагностичної і лікувальної роботи необхідно впровадити стандарти і протоколи лікування хворих, затверджені

МОЗ. Мабуть, необхідно запровадити вакцинацію, хоча б груп ризику, проти менінгококової інфекції, гепатиту А.

Пізнавальною була доповідь проф. М.А. Андрейчина про сучасні досягнення у дослідженні етіології інфекційних хвороб. Висвітлено понад 30 інфекційних хвороб, збудники яких були відкриті протягом останніх 25 років. Дана їх епідеміологічна й клініко-патогенетична характеристика. Доповідач зробив висновок, що зі сучасних позицій науки й лікарської практики інфекційні хвороби треба розглядати як загальнобіологічну та інтегральну медичну проблему.

Проф. Л.І. Чернишова (Київ) зупинилась на дискусійних питаннях діагностики і лікування персистентних інфекцій у дітей. Вона зазначила, що в деяких випадках антитіла IgM можуть визначитися в крові понад 3 міс., а не тільки при гострій інфекції. Високочутливим є метод ланцюгової полімеразної реакції (ПЛР), але це його недолік. Оскільки на сьогодні немає препаратів, які б дали змогу організму повністю позбутися вірусу простого герпесу, доповідач вважає недоцільним призначати тривалі курси ацикловіру дітям. Для підсилення дії вітчизняного препарату герпевіру можна рекомендувати долучати гропрінозин, що дає змогу суттєво зменшити частоту рецидивів HSV-інфекції. Відзначено неприпустиму тактику лікування лише за високими титрами антитіл IgG до токсоплазм, особливо у дівчаток.

Призначення інтерферонів при інфекціях, для яких розроблена специфічна хіміотерапія, у більшості випадків не рекомендується у зв'язку з їх побічною дією. А застосування імуностимуляторів при EBV-інфекції може сприяти посиленню лімфопроліферативного синдрому.

Директор Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України проф. А.М. Щербінська (Київ) зупинилась на складній епідеміологічній обстановці щодо ВІЛ/СНІДу в Україні. Зараз найбільш несприятливою є ситуація в Одеській, Миколаївській, Дніпропетровській, Донецькій областях та в АР Крим. Серед інфікованих зростає кількість жінок. За 3 останніх роки за кошти держави проліковано лише 137 хворих. Проте постановою Кабінету Міністрів затверджено концепцію і Національну програму лікування хворих на СНІД на 5 років, для реалізації якої буде виділено 92 млн доларів США.