

В процесі здійснення матерями догляду за дітьми, їх годування, пеленання, дозволяє широко застосовувати набуті навички фізичної реабілітації з метою виправлення патологічного положення голови, тулуба, нормалізації м'язового тону. Найбільш доцільною є така послідовність дій:

1) раннє виявлення патології – неправильного положення голови, тулуба, порушення м'язового тону та м'язової сили, зменшення об'єму рухів у шийному відділі хребта, наявність патологічних реакцій;

2) оцінка виявлених порушень;

3) роз'яснення батькам суті виявленої патології та її можливих наслідків для дитини;

4) розробка фахівцями з фізичної реабілітації та лікарями плану реабілітаційних заходів, спрямованих на їх усунення та оптимізацію моторного і психічного розвитку дитини;

5) навчання батьків доцільним прийомам реабілітації (спеціальні положення, масаж, лікувальна гімнастика, тощо);

6) реалізація розроблених заходів з активним залученням батьків у реабілітаційний процес;

7) контроль за правильним виконанням батьками доступних їм елементів фізичної реабілітації;

8) контроль за ефективністю розроблених заходів та їх корекція в процесі реалізації.

Висновок. Таким чином, на нашу думку мати дитини повинна посісти відповідне місце в комплексі заходів, спрямованих на реабілітацію фізичного стану дитини при кривошії. Саме залучення матері до практичної реалізації лікувальних впливів надає реабілітаційній системі завершеності, що здатне значно покращити її ефективність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Концепція Державної програми “Здорова дитина” на 2008-2017 рр. // Здоров'я України. – 2007. – № 17. – с. 17-19.

2. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / под ред. Н. А. Гросс. - М. : Сов. спорт, 2000. – 224 с.

3. Физическая реабилитация : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / под общ. ред. С. Н. Попова. - Изд. 2-е. – Ростов н /Д : Феникс, 2004. – 608 с.

4. Страковская В. Л. Лечебная физкультура в реабилитации больных и детей группы риска первого года жизни / В. Л. Страковская. – Л. : Медицина, 1981. – 160 с.

5. Досвід ранньої фізичної реабілітації новонароджених дітей з перинатальним ураженням нервової системи / Коржинський Ю., Сварник М., Омеляненко О., Голик Р. // Матеріали другої Всеукр. конф. аспірантів “Молода наука України” / - Л., 1998, С. 235-237.

Е.Г. НОВРУЗОВ, С.А. ЕТІБАРЛИ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПРИ МНОЖИННИХ МЕНІНГІОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Зроблено спробу обґрунтувати доцільність поетапних операцій при множинних менінгіомах головного мозку та застосування реабілітаційної терапії у міжопераційному періоді.

Предпринята попытка обосновать целесообразность поэтапных операций при множественных менингиомах головного мозга и применение реабилитационной терапии в межоперационные периоды.

The attempt of substantiation of staging operations reasonability in case of multiple brain meningiomas was made. Also the implementation of rehabilitation therapy during interoperation periods was studied.

Бу магаланин магсади чох сајлы баш бејин менингиомларынын муалличасинда чаррахи мудахиланин мархала методунун магсадаујун олмасындан ибаратдир.

В порожнині мозкового черепа зустрічаються як внутрішньомозгові, так і позамозгові пухлини, в його оболонках, під назвою менінгіома. Буває первинно одинока менінгіома, а іноді первинно з'являються декілько менінгіом. Особливість множинних менінгіом головного мозку (МГМ) не стільки в їх кількості, розмірах, скільки у їх локалізації, що і спонукало пошук нових тактичних і методичних шляхів хірургічного втручання.

Метою даної роботи є оптимізація методів і етапів хірургічного втручання при первинно множинних МГМ.

У літературі є цікаві дані про операції нейрохірургів, раніше здійснювавших послідовні видалення МГМ, з інтервалом у часі. Для прикладу, Н.Сushing и L.Eisenhardt [4] упродовж 14 років провели на хворому п'ять операцій з приводу множинних МГМ. При цьому були видалені позамозгові пухлини в області правої тім'яної долі, обох лобових долей, лівого бічного шлуночка, неврінома лівого УШ-го вестибуло-кохлеарного нерва. Інтервал між третьою і четвертою операцією склав 6-ть років, при задовільному стані хворого. Л.Д.Левін [1] повідомляє, що за п'ять років і шість місяців хворий задовільно переніс п'ять послідовних операцій з видаленням МГМ. І.М.Іргер [2] за три хірургічні втручання видалив вісім МГМ, включаючи менінгіому горбка турецького сідла.

У республіканській нейрохірургічній лікарні в м. Баку, на базі якої знаходиться наша кафедра, в останні 20 років тільки з первинно множинними МГМ було прооперовано 40 хворих. З них 18 жінок і 22 чоловіки, середній вік яких склав 47 років. Всім хворим були проведені етапні операції, з метою тотального або субтотального видалення пухлин. При цьому, вдалося добитися поліпшення стану у 36 хворих (90 %). Стан хворих виписаних з стаціонару після останньої операції був компенсованим, задовільним на протязі всього післяопераційного часу.

Технічні труднощі видалення множинних МГМ, представлених невеликими неоплазмами, як правило нижчі, ніж при видаленні відносно великих солітарних пухлин. З іншого боку, навіть невеликі пухлинні вузли, що залишилися поза зоною втручання в так званих «німих» зонах, можуть зумовити серйозні ускладнення в післяопераційний період.

Тактика хірургічного лікування залежить від локалізації окремих пухлинних вузлів. При однобічному розташуванні неоплазм, особливо в області однієї та суміжних долей головного мозку, перевага віддається одно етапному видаленню новоутворень. Необхідно також підкреслити, що при видаленні множинних пухлин ми застосовуємо ті ж засоби і прийоми, які використовуємо для видалення одиноких пухлин. Вживання широких кістково-пластичних трепанацій у багатьох хворих дозволило провести радикальне хірургічне втручання на декількох пухлинах з мінімальною травмою головного мозку. У випадках з розташуванням пухлин по різні сторони від відмітки (тенноріума) мозочка, або серповидного відростка застосовуються послідовні хірургічні втручання. Розділення операцій на етапи дозволяє компенсувати стан хворого, зменшити хірургічну травму і понизити ризик втручання в цілому. Етапне хірургічне втручання дозволяє навіть у важких, соматично обтяжених хворих різного віку добитися високого рівня соціальної адаптації в післяопераційний період. У таких випадках постає питання, який пухлинний вузол слід видалити в першу чергу. Особливо, проблема виступає на перший план при поєднанні супра- і субтенноріальних пухлин. У цій ситуації, на підставі клінічної картини захворювання, слід виявити симптом-продукуючий пухлинний вузол, тобто домінуючий вузол, який визначає ведучий клінічний симптомокомплекс. Як правило, за даними додаткових методів дослідження, це буває тоді, коли пухлина:

- а) порушує ліквородинаміку, викликаючи оклюзійну гідроцефалію;
- б) здавлює магістральні артерії і вени, в наслідок виникає ішемія і набряк мозку;
- в) велика за розмірами і викликає зміщення шлуночкової системи, компресію базальних цистерн і дислокацію ствольових структур головного мозку.

Загальновідома небезпека зовнішньої декомпресії, невідповідні локалізації основної симптом-продукуючої пухлини, особливо, якщо такою є пухлина в задній черепній ямці. Такі дії можуть бути фатальними для хворого. Виходячи з вищевикладених теоретичних передумов, при даному поєднанні новоутворень, на першому етапі слід видалити пухлину із задньої черепної ямки, що дозволить понизити рівень внутрішньочерепної гіпертензії і усунути можливу причину орального вклинення.

При плануванні лікування хворих з первинно множинними МГМ слід дотримуватися, що пухлинне зростання є системним процесом і жодне хірургічне втручання не може вплинути на нього кардинальним чином, а лише знижує його клінічні прояви. Тому, недоцільно робити широкомасштабні втручання, що калічать хворого і може значно погіршити загальний стан хворого, у зв'язку з чим подальші етапи операцій будуть неможливі.

У літніх людей, обтяжених супутніми соматичними захворюваннями, перевага віддається консервативній тактиці лікування з амбулаторним спостереженням. Взагалі, при поетапному лікуванні хворих з МГМ, при їх задовільному стані, додержуючи оздоровчий режим життя, бажано як у міжопераційному, так і післяопераційному періодах в комплексне лікування застосовувати методи реабілітаційної терапії (дозволенні фізичні вправи, дихальні вправи, прогулянки на свіжому повітрі та ін.).

Висновок. При хірургічному лікуванні хворих з первинно множинними МГМ доцільно застосовувати **етапний** прийом операцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабчина И.С., Кривошеев Ю.П. О лечении центрального нейрофиброматоза //Журнал невропатологии и психиатрии.-1998.-№4.-С. 81-86.
2. Иргер И.М., Парамонов Л.В., Столыпин С.В. О множественных менингиомах. Вопросы нейрохирургии.- 1994.-№2.- С. 11-17.
3. Этибарлы С.А. Диагностика и тактика хирургического лечения множественных опухолей головного мозга //Бюллетень Украинской ассоциации нейрохирургов. Киев.-1998.- №5.- С. 129.
4. Cushing H., Eisenhardt L. Meningiomas: Their Classification, Regional Behaviour, Life History and Surgical End Results. – Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1998.- P.100-132.

**Ю.М. ПАНИШКО, В.І. КОВЦУН,
Р.С.КОЗІЙ, В.В.ТАРАСОВ**

ПАНДЕМІЯ ГРИПУ ЯК ДЗЕРКАЛО УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА ТА МЕДИЦИНИ (огляд преси за листопад 2009 р.)

Стаття присвячена проблемі грипу в Україні.

Статья посвящена проблеме гриппа в Украине.

The article is devoted to the problem of flu in Ukraine.

Про грип відомо давно. В підручниках з інфекційних хвороб закарбована дата “1918 рік”, коли пандемія грипу, т.зв. “іспанка” викосила декілька десятків мільйонів осіб на планеті. Відомі: гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ), – або застуда – поширене вірусне захворювання верхніх дихальних шляхів, яким доросла людина хворіє 2-3 рази на рік. Грип сезонний – гостре інфекційне вірусне захворювання дихальних шляхів. Найчастіше поширюється у вигляді епідемії. “Каліфорнійський” штаб вірусу грипу – нині відомі такі штами підтипу грипу А: H_1N_1 ; H_1N_2 ; H_3N_1 ; H_3N_2 ; H_2N_3 .

В квітні 2009 року прийшли тривожні сигнали з Мексики. В травні 2009 року почалася епідемія грипу в США, Канаді. В червні появилася інформація в ЗМІ про поширення епідемії грипу по земній кулі.

За даними Держкомстату, нинішня епідемія нічим не гірша від тої, яку країна пережила в 2007 році. В 2007 році на цю недугу перехворіло більш ніж 472 тисячі українців, померли від грипу та його ускладнень – 4720 людей. За 9 місяців 2009 р. кількість хворих на грип становить трохи більше 163 тисячі людей, за 9 місяців померло 3822 українці. “Це статистика Держкомстату, і кожен цифру можна перевірити” (Ю.В. Тимошенко).

На 1 грудня 2009 р. грипом перехворіло понад 1,8 млн. людей, понад 110000 осіб було госпіталізовано, 431 громадянин України помер від ускладнень грипу.

Пандемія грипу висвітлила багато проблем нашого суспільного життя, нашої медицини. Грип виявився лакмусом. Він дуже чітко розставив усі крапки над загадковими “і”. Показав, хто є хто, відкрив завісу над тим, у якому насправді лайні ми живемо, і оголив найнесподіваніші сторони нашого буття”. На боротьбу з епідемією було виділено 50 млн. грн. Кошти мали бути спрямовані на закупівлю необхідного обладнання, тестувальних систем для діагностики вірусу, а також необхідних дезінфікуючих засобів [5].

Понад місяць, як у інформаційному просторі держави панує тема грипу – вона не сходить із перших шпальт українських газет, обкладинок журналів та заповнює собою випуски теленовін.

Паніка як наслідок невиваженої інформполітики влади. Коли тільки почалася епідемія в Теорнополі, влада не могла надати достовірних даних і тому утворився інформаційний вакуум, який швидко заповнили чутки. Після того, як інформація дійшла до медіа і новина про грип з локальної перетворилася на глобальну, хлинув потік відомостей - не завжди перевірених, компетентних, зато з присмаком сенсаційності. Ситуація перестала бути підвладною – оскільки контролювати паніку неможливо. Політики не залишилися в стороні. Чутки щодо можливого введення надзвичайного стану і в зв’язку з цим – скасування або відтермінування президентських виборів поширювалися так само, як і повідомлення щодо легеневої чуми. Ситуацію підігрів спікер Верховної Ради Володимир Литвин: «Якщо ця біда (епідемія грипу) набуває масштабів, що потребують введення надзвичайного