



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ЗДОРОВ'Я  
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ  
ТА СПОРТИВНОЇ МЕДИЦИНИ «КІНЕЗІО»**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА КОНФЕРЕНЦІЯ  
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ФІЗИЧНІЙ  
РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ МЕДИЦИНІ»**

20 травня 2022 р., м. Харків

*Збірник наукових праць*

*Випуск 1*

**Харків – 2022**

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ОСІБ З НЕРВОВО-М'ЯЗОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Писанка В.В., Гордієнко О.В.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,  
м. Полтава, Україна,  
[pysankaviktoria@gmail.com](mailto:pysankaviktoria@gmail.com), [ksanagord@ukr.net](mailto:ksanagord@ukr.net)

**Вступ.** Захворювання нервово-м'язового апарату - це хронічні прогресуючі захворювання, при яких відбувається ураження м'язової тканини, периферичних нервів або передніх рогів спинного мозку. Залежно від ураження тих чи інших відділів нервово-м'язового апарату цю групу захворювань ділять на первинні м'язові дистрофії (міопатії) і вторинні аміотрофії (спинальні і невральні).

**Мета.** Охарактеризувати захворювання нервово-м'язового апарату та їх лікування.

**Матеріали та методи.** Науково-методична література, аналіз, систематизація, узагальнення наукових джерел науково-методичної літератури дослідження.

**Результати та їх обговорення.** Прогресуючі м'язові дистрофії (ПМД) – гетерогенна група спадкових захворювань, що характеризуються прогресуючою м'язовою слабкістю та атрофією скелетних м'язів. Актуальність ПМД обумовлена відносно високою поширеністю захворювань (від 0,9 до 32,6 випадків на 100 тис. населення) і важкої інвалідизації хворих. Наукові дослідження в області ПМД тривають вже більше 100 років. Найбільш зручною для практики є класифікація ПМД, запропонована проф. Л.О. Бадалянком (1974). Згідно з цією класифікацією, виділяють чотири основні групи:

- I - первинні (міопатії) з первинним ураженням м'язової тканини;
- II - вторинні (невральні і спинальні аміотрофії), коли патологічний процес в першу чергу вражає периферичні нерви або спінальні мотонейрони;
- III - змішані форми;
- IV - міопатичні синдроми.

В даний час група первинних міопатій стала різноманітнішою: в неї входять не тільки спадкові форми, але і вроджені структурні міопатії; запальні міопатії; метаболічні міопатії.

Міопатії - гетерогенна група захворювань м'язів, що розрізняються по клінічній картині, етіології та патогенезу. Найбільш важкі захворювання цієї групи - спадкові прогресуючі м'язові дистрофії, багато з яких призводять до ранньої інвалідизації та летального результату. До спадкових міопатій також відносяться вроджені (конгенітальні) м'язові дистрофії, структурні, метаболічні

та мітохондріальні міопатії, для більшості з яких типовим є менш важкий перебіг у порівнянні з ПМД. З придбаних міопатій в клінічній практиці частіше спостерігають запальні (поліміозит, дерматоміозит) та ендокринні ураження м'язів. Крім того, до групи первинно-м'язових захворювань також відносять міопатії, пов'язані з патологією іонних каналів (міотонії, нейроміотонії, міоплегії).

Найбільш поширеними є ПМД Дюшенна (0,3-5 випадків на 100 000 населення), ПМД Беккера (2,4 на 100 000) і ПМД Ландузі-Дежеріна (5 на 100 000). Рідше спостерігають кінцівково-поясні форми ПМД (0,1-1,3 на 100 000), ПМД Емері-Дрейфуса (1-2 на 100 000), окулофарінгеальну ПМД, дистальні міопатії (1,3-3,3 на 100 000). При конгенітальних міопатіях перші симптоми з'являються з народження, при ПМД Дюшенна - в 3-5 років. У дитинстві, юності (як правило, до 20 років) починаються ПМД Беккера, більшість форм кінцівково-поясних ПМД, лице-плече-лопаткова ПМД, ПМД Емері-Дрейфуса (іноді їх початок припадає на вік пізніше 20 років); в дорослому віці - окулофарінгеальна ПМД, дистальні ПМД, окремі форми кінцівково-поясних ПМД (1А, 10). ПМД Дюшенна, Беккера, Хзчеплені форми ПМД Емері-Дрейфуса хворіють тільки особи чоловічої статі (за рідкісними винятками). Кінцівково-поясні форми ПМД однаково часто спостерігають як у чоловіків, так і у жінок. ПМД Ландузі-Дежеріна частіше хворіють чоловіки, у жінок зазвичай спостерігають безсимптомні форми.

Патогенетичне лікування міопатій в даний час ще не розроблено. Симптоматичне лікування спрямоване на корекцію метаболізму і мікроциркуляції в нервовій і м'язовій системах за допомогою анаболічних засобів (неробол, ретаболіл), препаратів калію (рибоксин, оротат калію), вітамінів Е, В, С, РР, Д, метіоніну або глутамінової кислоти, фітину, полівітамінних комплексів - есенціале (склад: фосфоліпіди, віт. В1, В2, В6, В12, Е, нікотинамід) парентерально по 5 мл в / м або всередину по 2-3 капсули 3 рази на день (курс лікування до 3 міс., картініна («вітаміну зростання») у вигляді 20% розчину карнітину по 1 десертній ложці 3 рази на день після їжі протягом місяця, мілдронат, препаратів трофотропного дії (солкосерил, альбумін, цитохром та ін.), нейропротекторів (церебролізін, аминалон, енцефабол, глутамінова кислота, цераксон), антихолінестеразних засобів (прозерин, галантамін, нейромідин і ін.). Призначають вазоактивні засоби (пентоксифілін, галідор, кавінтон), актовегін. Доцільно лікування малими дозами інсуліну (одночасно з в / венним вливанням глюкози) за схемою, запропонованою проф. Л.Д. Шаргородський: 4 ОД інсуліну - 5 днів, 8 ОД - 10 днів, 12 ОД - 10 днів, 16 ОД - 5 днів. Отримані дані про збільшення м'язової сили у хворих на міопатію Дюшенна при лікуванні преднізолоном - 0,35-0,75-1,5 мг / кг на добу. Поліпшення з'являється протягом перших 10 днів і досягає максимуму через 3 місяці. В подальшому проводиться

підтримуюча терапія перші 10 днів кожного календарного місяця. Це дозволяє уникнути ускладнень. У комплексній терапії при міопатіях Ерба-Рота і Ландузі-Дежерина призначають бета-адреноблокатори (анаприлін), оскільки вони здатні позитивно впливати на метаболічні процеси скелетних м'язів. При формі Ерба-Рота призначають анаприлін по 20 мг 2-3 рази на день, з поступовим підвищенням дози до 40 мг 4 рази на добу. При формі Ландузі-Дежерина початкова доза анаприліна дещо менше (20-40 мг / сут.), А максимальна - до 60 мг / сут. Курс лікування анаприліном 1-1,5 місяця, в рік проводиться 2-3 курсу. Їжа повинна бути калорійною (м'ясо, риба, сир та ін.) З великим вмістом білків, вітамінів, мікроелементів. Використовують ЛФК, легкий масаж, бальнеолікування, електрофорез (прозерину, Нейромідину®, нікотиновою кислотою), гальванічний комір кальцію по Щербаку чергувати з гальванічним «трусами»), парафінові або грязьові аплікації, соляно-хвойні ванни, ультразвук. При повільному прогресуванні міодістрофічного процесу доцільне застосування ряду ортопедичних операцій: подовження ахіллового сухожилля, розсічення фасцій, пластика суглобів. Особливо важливо виправлення деформації стопи, що заважають ходьбі при збереженні великих м'язів. При цьому застосовуються відрізи (спеціальні ортопедичні пристрої для фіксованого стійкого положення стопи, гомілки і стегна). Як правило, лікування тривале, амбулаторні курси чергують з курсами лікування в стаціонарі. Всі хворі перебувають під диспансерним наглядом невролога із залученням терапевта, кардіолога, ортопеда - травматолога. При міопатичних синдромах застосовується зазначена терапія, але основний акцент робиться на лікування основного захворювання.

**Висновки.** При міопатіях в більшості випадків дуже серйозні наслідки. При синдромі Уолкера-Варбурга, швидкопрогресуючих немалінових міопатії прогноз несприятливий, летальний результат настає протягом перших років життя. При мерозіндефіцитній конгенітальній м'язовій дистрофії, конгенітальній м'язовій дистрофії Фукуями тривалість життя значно більше, хоча при важких формах цих захворювань летальний результат може наступити в дитячому або юнацькому віці (10-20 років). При структурних міопатіях в більшості випадків протягом непрогресуюче.