

головного мозга, составляет непосредственный интерес для нашего исследования. Специфика данной формы заболевания обусловлена биологическими причинами, которые могут диагностироваться с помощью современных методов исследования, ведущим из которых является исследование биоэлектрической активности головного мозга.

Таким образом, целью нашего исследования было изучение активности головного мозга у пациентов с энурезом. Для установления особенностей электрической активности головного мозга детей, страдающих энурезом, нами было проведено собственное исследование, в ходе которого были комплексно обследованы 51 ребенок с диагнозом «неврозоподобный энурез». Все дети были обследованы в амбулаторных либо стационарных условиях в ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины».

Нами были использованы методы исследования: клиничко-анамнестический, электрофизиологический (ЭЭГ), УЗИ мочевого пузыря с определением остаточного объема мочи в мочевом пузыре, лабораторные — общий анализ крови, общий анализ мочи, посев мочи на патогенную флору.

У детей, страдающих энурезом, выявляются разнообразные изменения при ЭЭГ-диагностике. Так, у 79 % пациентов наблюдалась повышенная пароксизмальная активность. Причем у 23 % исследованных детей были выраженные изменения электрической активности головного мозга в виде высоких θ - и δ -волн амплитудой до 300 мкВ (с акцентом в затылочных отведениях), а также отмечались разряды δ -активности высокой амплитуды по всем каналам генерализованного характера при гипервентиляции, что свидетельствует об отставании созревания мозговых структур.

И только у 21 % детей фиксировалась электрическая активность головного мозга без грубых очаговых и пароксизмальных проявлений на ЭЭГ.

Проведенные исследования позволяют сделать такие обобщения:

ЭЭГ-диагностика у больных с энурезом свидетельствует о задержке процессов созревания структур головного мозга у детей

По данным ЭЭГ-исследования у больных с энурезом часто встречаются пароксизмальные проявления в виде разрядов медленных волн высокой амплитуды. Такие случаи требуют особого подхода к терапии, основанного на снижении пароксизмальной активности головного мозга у пациентов.

УДК 616-056.3-084-053.2

Б. В. Михайлов, Н. Г. Міхановська

*Харківська медична Академія післядипломної освіти,
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України» (м. Харків)*

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї ІЗ ДИТИНОЮ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРОЮ НА ЕПІЛЕПСІЮ

За останні роки в Україні залишається високим і з постійною тенденцією до зростання показник розповсюженості патології нервової системи, підвищується рівень дитячої інвалідності, яка обумовлена патологією нервової системи, у тому числі епілепсією. Поруч з цим

поширюється кількість різноманітних психоневрологічних і психосоматичних захворювань, які не досягають рівня інвалідизуючих, але негативно впливають на функціонування дитини і сім'ї в цілому, зумовлюють поширення групи пограничних нервово-психічних розладів у дітей шкільного віку і підлітків. Особливого значення набуває проблема епілепсії, адже наявність нападів є провідним чинником, який спричиняє формування різноманітних вторинних порушень психічної сфери.

Крім того, спостереження за сім'ями, що виховують цих дітей, свідчать про переживання серій критичних станів, зумовлених суб'єктивними і об'єктивними причинами, в тому числі пов'язаних із наявністю діагнозів, непередбачуваністю майбутнього, неуспішністю протієпілептичної терапії, які виглядають як чергування «зльотів» і «падінь». Батьки відчують нервово-психічне і фізичне навантаження, втому, напруження, тривогу та невпевненість відносно майбутнього дитини, тобто порушення часової перспективи. Особистісні вияви і поведінка дитини не відповідають очікуванням батьків і, як наслідок, викликають у них роздратування, грікоту, незадоволення із подальшим порушенням сімейних взаємовідносин, зниженням соціального статусу сім'ї. Батьки намагаються приховати факт наявності епілептичних нападів та порушення розвитку у дитини від друзів та знайомих, відповідно коло внесімейного функціонування звужується. Таким чином, проблеми, що виникають, зачіпають не тільки внутрішньосімейні взаємовідносини, а приводять до змін у її найближчому оточенні. Можна вважати, що саме дитячо-материнські відносини, безпечна, розвиваюча та підтримуюча взаємодія в діаді, які стають підґрунтям для збереження та підтримки широкого кола соціально-психологічного збереження сім'ї, стають площиною для формування напрямків психотерапевтичного втручання та досягнення достатнього комплаєнсу із фахівцями.

У нашому дослідженні із 97 малюків перших 1,5 років життя, які відрізнялися різним ступенем порушення формування психічних функцій, 33 % мали часті, некерівані епілептичні напади та 5,15 % по одному епізоду фебрильних судом. Діти із частими нападами мали ознаки значної затримки та викривлення в усіх сферах психомоторного розвитку (54 спостереження — 1 група): руховій, соціально-емоційній, самообслуговування, формування мови. Малюки із поодинокими судомами (43 дитини — 2 група) розвивалися звичайно, відрізнялися негрубими ознаками вегетативного дисбалансу та емоційною лабільністю із труднощами у формуванні фізіологічних функцій переважно регуляції циклів сон — неспання. Було вивчено емоційні девіації у матерів, що виховували цих дітей. Серед них пригніченість значного ступеня вираженості за загальноклінічним враженням спостерігалася у 24,07 % та 32,56 % матерів дітей обох груп відповідно ($P < 0,001$), тривожність — у 18,60 % та 48,15 % відповідно ($P < 0,001$), депресивна модальність настрою — у 14,81 % та 23,26 % спостережень відповідно ($P < 0,001$), відчуття образи — у 14,81 % та 18,60 % відповідно ($P < 0,01$), відчуття власної провини — у 14,81 % та 18,60 % відповідно ($P < 0,01$).

Вибір ефективної тактики медико-психологічної корекції зумовлювався сполученням наявних психопатологічних розладів, неврологічного дефіциту, емоційних розладів у матерів та особливостей порушень

дитячо-батьківської взаємодії. Адекватними вважалися заходи, спрямовані на формування афективно-позитивного середовища, сенсорну інтеграцію, інформування матерів щодо можливих ризиків для дитини та шляхів їх подолання із створенням безпечного й водночас розвиваючого середовища, гармонізацію дитячо-батьківської взаємодії із традиційним медикаментозним компонентом лікування.

Урахування сімейного контексту, створення найбільш сприятливих умов для забезпечення реалізації усіх ресурсних можливостей дитини за рахунок нормалізації емоційного стану матерів та адекватної протіепілептичної терапії вважалися одними з важливих компонентів усіх етапів допомоги та підтримки дитини і сім'ї. Застосування психотерапевтичних заходів допомоги призвело до отримання позитивних змін у соціально-емоційному стані досліджуваних дітей, сприяло поліпшенню материнського поводження за рахунок нормалізації емоційного стану матерів (у 93,18 % та у 94,74 % випадків ці зміни відбувалися щодо проявів тривоги та пригніченості серед матерів дітей 1 групи за рахунок підвищення рівня конгруентності при взаємодії з дітьми, набуття власної впевненості при отриманні позитивного зворотного відгуку від малюків з покращання емоційно-соціальних властивостей при спілкуванні з ними, у 90,00 % випадків спостерігалася позитивна динаміка щодо відчуття провини у матерів дітей 2 групи), гармонізації відносин у діадах мати — дитина.

УДК: 616.895.8

О. Ф. Мруз

*Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

РОЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ШИЗОФРЕНІЇ

Основним методом терапії шизофренії вважається застосування психотропних препаратів, а психофармакологічний підхід — суттю самої психіатрії. Причому лікування може бути ефективним за умови повної відповідності спектра психотропної активності препарату до психопатологічного синдрому.

В останні десятиліття перед психіатрами постала складна задача інтегрування біологічного та психотерапевтичного методів. Таке поєднання дає можливість забезпечити практичний підхід шляхом комбінування психобіологічних та медико-психологічних заходів в комплексному лікуванні захворювань шизофренічного регістру.

Велике значення стало приділятися питанням адаптації хворих на шизофренію. Стрес-менеджмент дозволяє впливати на їхню здатність протистояти інтрапсихічним, інтерперсональним та психосоціальним стресам, вивільнити пацієнтів з-під впливу стресових чинників, дозволити їм зрозуміти суть психогенезу даного захворювання, змінити ставлення пацієнта до себе, свого оточення та захворювання. Основною метою психотерапії є реконструкція життєвих настанов пацієнта, системи його особистісних відносин та формування його активної соціальної позиції. Така позиція спрямована на реабілітацію пацієнта та запобігання розвитку дефекту особистості, спричиненого шизофренією.

Метою психосоціальної реабілітації є досягнення повноцінного суспільного функціонування пацієнта, подолання нейрокогнітивного дефіциту, попередження повторних загострень і регоспіталізацій, забезпечення якості життя пацієнта та його оточення. Застосування реабілітаційних заходів нормалізує здатність пацієнта до свідомого контролю своєї соціальної поведінки та включення його в суспільну діяльність і спілкування. Індивідуально підібрані реабілітаційні заходи на ініціальних стадіях шизофренії є відображенням якості отриманого лікування. А саме це значною мірою і визначає рівень подальшої життєдіяльності та соціальної адаптації хворого.

До структури реабілітаційного потенціалу хворих на шизофренію входять темп прогресивності захворювання, актуальність психопатологічних переживань, співвідношення позитивних і дефіцитарних симптомів та механізми компенсації порушень на клініко-психопатологічному рівні. Оцінка психологічної складової реабілітаційного потенціалу особистості включає вивчення емоційно-мотиваційного, когнітивного та комунікативного функціонування пацієнта. Отримані дані дозволяють оцінити реальні можливості взаємодії пацієнта із соціумом.

Серед психореабілітаційних заходів використовують психоосвітні програми, індивідуальні та групові форми особистісно орієнтованої психотерапії, когнітивно-поведінкова модифікація, психоаналітична психотерапія, гештальт-терапія, сімейна терапія, тренінги соціальних навичок, які здійснюються в умовах адекватно організованого реабілітаційного середовища.

Отже, комплексне застосування психофармакологічних засобів із психореабілітаційними заходами є однією з актуальних задач сучасної психіатрії, яке потребує динамічного підбору соціореабілітаційних заходів для покращення якості лікування захворювань шизофренічного спектра.

УДК 616.853-073.97-071

**О. М. Надоненко, В. Ю. Мартинюк,
Т. П. Ярмолук, О. А. Майструк**

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

ЕЕГ-ВІДЕОМОНІТОРИНГ: ІКТАЛЬНА ЕЕГ В ДІАГНОСТИЦІ ЕПІЛЕПСІЇ

Відома недостатня інформативність рутинної електроенцефалографії (ЕЕГ), її інтеріктальна неспецифічність в клінічному підтвердженні діагнозу епілепсії й інших пароксизмальних станів. Епілептичні зміни можуть спостерігатися у пацієнтів, що не страждають на епілепсію. Втім, їх відсутність не виключає можливість перебігу захворювання і встановлення діагнозу епілепсії.

Цінність стандартної ЕЕГ може бути більш значимою при проведенні повторних обстежень. Реєстрація ЕЕГ під час сну особливо бажана у дітей перших років життя. Звісно, довготривалий запис, включаючи нічний сон, або реєстрація ЕЕГ після депривації сну дає високий відсоток виявлення епілептиформних змін. Стаціонарний ЕЕГ-відеомоніторинг за можливості реєстрації іктального запису значно підвищує специфічність обстеження в діагностиці епілепсії.