

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 протипілептичної 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.

Проведений аналіз 217 відео-ЕЕГ-досліджень, які були «іктальними», такими що зафіксували пароксизм. Серед обстежених неепілептичні пароксизмальні стани діагностовані у 121 дитини (56 %), документований діагноз епілепсія у 96 дітей (44 %). За оцінкою пароксизмальних порушень сну парасомнії діагностовані у 22 дітей (22 %), епілепсія, пов'язана зі сном, — у 8 дітей (9 %). Серед неепілептичних пароксизмальних станів були зареєстровані дистонічні атаки, поведінкові стереотипії, кивальний спазм, ускладнені афективно-респіраторні пароксизми, апное, пароксизмальні запаморочення, завмирання, генералізовані і локальні міоклонії сну, нічні страхи, пароксизмальні дистонії сну й інші парасомнії. Найбільш складними в діагностиці пароксизмальних станів були випадки у дітей із супутнім органічним ураженням нервової системи, поліморфні припадки, субклінічні їх прояви.

У структурі припадків переважали парціальні прості і складні припадки — у 62 дітей (64,5 %), генералізовані форми склали 35,5 %. При цьому перші парціальні припадки за клінічними ознаками часто були неспецифічні. За характером епілептичних припадків серед обстежених клонічні відмічались у 24 (25 %) дітей, тонічні припадки — 15 (16 %), атонічні — 3 (3 %), тоніко-клонічні припадки — 26 % (27 %), міоклонічні припадки — 6 (6 %), інфантильні спазми — 15 (15 %), вегетативні — 2 (2 %), абсанси були зареєстровані у 9 дітей (9 %).

Характерні епілептиформні зміни ЕЕГ, які відповідали припадкам, спостерігались у 94 % дітей: генералізована мономорфна пік-хвильова активність 3 Гц при типових абсансах, нерегулярна повільна (2—3 Гц) і прискорена (4—6—12 Гц) пік-хвильова активність при парціальних припадках, атипичних абсансах, нестабільна скронева θ -активність (біля 5—7 Гц) при мезіальній скроневої епілепсії, швидка низькоамплітудна гостра активність (*lafa*) з інтеріктальним паттерном гіпаритмії при інфантильних спазмах, екзальтована β -активність, ізольована або поєднана зі спалахами повільних хвиль при вторинно-генералізованих припадках лобно-скроневої локалізації.

У 7 дітей (7 %) іктальна пароксизмальна активність підтвердила діагноз епілепсії при атипичних, абортивних, субклінічних проявах припадків. Наявність типової картини припадків без характерних епілептиформних змін ЕЕГ була у 6 пацієнтів (6 %).

Ускладнювали аналіз іктальної ЕЕГ відсутність пароксизмальної активності при парціальних припадках лобної і скроневої локалізації, низький амплітудний декремент генералізованої активності тонічних припадків, сумнівна локальна преобладаючість іктальної генералізованої активності, виражені рухові артефакти.

За нашим досвідом, використання ЕЕГ-відеомоніторингу, насамперед, може бути ефективним в діагностиці епілепсії у дітей при парціальних і психогенних припадках, нічній епілепсії, неонатальних припадках, в оцінці характеру, типу і частоти, особливо, поліморфних та субклінічних припадків.

Таким чином, наявність клінічних характеристик припадку є достатнім для встановлення діагнозу епілептичної хвороби або епілептичного синдрому. У випадках збігу клінічних та епілептиформних змін ЕЕГ є більше підстав для кінцевого підтвердження

діагнозу епілепсії. Відсутність або неспецифічність епілептиформних іктальних змін ЕЕГ не виключає діагнозу епілепсії. Метод ЕЕГ-відеомоніторингу є цінним не тільки для підтвердження діагнозу епілепсії але і для контролю за ефективністю лікування.

УДК 616.853-053.37-07:616.12-073.97

А. Ф. Нечай

Київська міська дитяча клінічна лікарня № 1 (м. Київ)

РОЛЬ ЕКГ ПРИ ОБСТЕЖЕННІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ЕПІЛЕПСІЄЮ ТА НЕЕПІЛЕПТИЧНИМИ НАПАДАМИ

Електрокардіографія (ЕКГ) є корисною методикою при проведенні диференційної діагностики між епілепсією та неепілептичними пароксизмами у дітей раннього віку. Так, при ціанотичних афект-респіраторних пароксизмах (продовжених експіраторних апное) під час нападу на ЕЕГ епілептиформні зміни відсутні, а на ЕКГ можна зафіксувати початкову тахікардію, за якою настає брадикардія. При блідих синкопе (рефлекторних аноксичних синкопе) запис ЕКГ під час пароксизму дозволяє констатувати асистолію, яка іноді сягає 20 секунд. При проведенні ЕКГ вдається зафіксувати феномен подовженого QT-інтервалу (потенційно летальна кардіальна каналопатія, яка може імітувати епілепсію), який необхідно виключати при наявності у дітей будь-яких синкопальних станів, а також у випадку фармакорезистентності епілепсії.

При обстеженні 142 пацієнтів віком від 1 місяця до 3 років з підозрою на наявність епілепсії у 73 була підтверджена епілептична природа нападів, у 69 — діагностовано неепілептичні пароксизми. У ході комплексного обстеження всім пацієнтам було проведено ЕКГ. У 11 (15,1 ± 4,2 %) хворих з епілепсією виявлено порушення у вигляді ознак гіпертрофії стінок шлуночків, брадиаритмії, порушення процесів реполяризації; при цьому у них виявляли вторинну кардіоміопатію (6 хворих), а також вроджені вади серця, серед яких були аномальні хорди в шлуночках, відкрите овальне вікно, загальний аортальний проток, дефект міжшлуночкової перетинки, недостатність мітрального клапану (5 хворих). У решти порушень проведення електричного збудження у серцевому м'язі виявлено не було.

При ЕКГ-обстеженні хворих з пароксизмами неепілептичного походження порушення були діагностовані у 4 (5,8 ± 2,8 %): у 2 — у вигляді подовження інтервалу PQ відносно ЧСС — обидва вони страждали на рефлекторні аноксичні синкопе (бліді синкопе) та мали комбіновані ознаки клінічного перебігу синкопальних станів (водночас характерних як для ціанотичних, так і для блідих типів синкопе); ще у 2 хворих відмічались порушення процесів реполяризації шлуночків та ознаки неповної блокади лівої ніжки пучку Гіса відповідно — обидва вони страждали на ціанотичні синкопе (продовжані експіраторні апное) і також мали клінічні ознаки як ціанотичних, так і блідих типів синкопе. У зв'язку з можливістю аритмогенної природи синкопе 5 хворим цієї підгрупи був проведений ЕКГ-холтеровський моніторинг, при цьому у 4 випадках жодних відхилень від норми визначено не було, у 1 хворого з рефлекторними аноксичними синкопе (блідими синкопе) відмічались помірно