

И все же наличие казалось бы разных форм эпилепсии и эпилептических приступов: миоклонических, генерализованных, фокальных, олигомоторных, абсансных и при наличии эпилептиформной ЭЭГ (включая ЭЭСС) — все это диктовало поиск новых подходов в терапии (поскольку в клинику подобные дети поступали, имея неоднократную смену ПЭП (от 2 до 6 препаратов), включая рекомендации, полученные за границей после обследования).

Анализ причин рефрактерности эпилепсии показал, что она была разной: от приема недостаточной дозы препарата или его перенасыщения (уточненной нами после определения уровня антиконвульсанта), до некорректного сочетания и др. Ведь само учащение приступа — это еще не факт резистентности эпилепсии! В определенной степени на этот факт дает ответ концентрация (насыщаемость) ПЭП в сыворотке больного. По нашим данным, из 5 препаратов уровень насыщения на седьмые сутки наиболее был высок у кеппры и депакина, далее топирамат, карбамазепин и ламиктал. Но обращает на себя внимание тот факт, что от 13 % до 25 % — зафиксирована низкая концентрация ПЭП у всех препаратов. Следовательно, индивидуальная чувствительность, состояние ферментной системы, особенно функции поджелудочной железы, печени и кишечника важно обследовать до назначения препаратов. А псевдорезистентность и аггравация приступов могут лежать именно в этой плоскости.

При резистентных (труднокурабельных) случаях с наличием эпилептической энцефалопатии особенно I и II типов нами предложена схема терапии:

1. Плазмаферез № 3 до 1—2 л ч/день
2. Экстракорпоральное насыщение эритроцитов АЭП (С. К. Евтушенко, М. А. Москаленко, 2004)
3. Иммуноглобулин (биовен-моно) — полный эквивалент сандоглобулина 5—7 мл/кг в/в (у 40 % повторение через 3—6 мес. — от 3-х до 7 курсов). До введения иммуноглобулина определялась проницаемость ГЭБ и уровень интратекального синтеза IgG, последний у всех больных был высоким
4. Синактен-депо (сулемедрол, дексаметазон) от 2 до 6—8 недель и далее от 3 до 6 мес.
5. Кеппра 40—50 мг/кг (под контролем концентрации препарата в сыворотке крови (лучше 70 % от базисной дозы) + сочетание с депакином (30 мг/кг)
6. L-лизина эсцинат 5,0—10,0 + 50,0 физ. р-ра
7. Никотиновая кислота 0,5 в/м с повышением дозы до 2,0 в/м однократно № 10
8. Кислородная Валкион-терапия.

Применение никотиновой кислоты и ангиопротекторов (актовегин, циннаризин) и антигипоксантов (мексидол, цитофлавин), а также синглетного кислорода — было обусловлено следующими обстоятельствами. У 37,5 % обследованных детей нами найдены признаки, свидетельствующие о наличии у них цереброваскулярной недостаточности в виде существующих различных видов аномалий интра- и прецеребральных сосудов, подтвержденных при МРТ-ангиографии, доплерографии и дуплексном сканировании сосудов. Ведь наличие частых приступов — это практически всегда вторично возникающая гипоксически-ишемическая энцефалопатия, усугубляющая имеющуюся ЭЭ. В то же время кислородная

терапия в виде валкион-терапии была адекватной и потенцировала эффект медикаментозной терапии.

По нашим данным, у 43 % (из числа направленных детей в клинику с резистентной формой эпилепсии) изначально не была распознана конкретная форма эпилепсии, не проведено глубокое обследование и неадекватно (с учетом приступов) назначено лечение. Именно отсутствие уточнения анамнеза заболевания, характера припадков и его связи со временем суток, провоцирующих факторов, фотосенситивности, локомоторных, поведенческих расстройств и других субъективных моментов существенно влияет на современную диагностику эпилептических энцефалопатий.

Чрезвычайно важным является акцентирование внимания детских неврологов и детских психиатров на появление ДЭПов (так называемых «доброкачественных» комплексов), особенно при наличии психоневрологических расстройств у детей, даже при отсутствии эпилептических приступов. Подобный феномен и является предвестником приступов и формирования ЭЭ.

Разработанная классификация эпилептических энцефалопатий у детей по этиологическому признаку во взаимосвязи с клинико-нейрофизиологическими показателями может помочь детскому неврологу в выборе и коррекции медикаментозной терапии и адекватному прогнозированию течения различных форм эпилепсий и эпилептических энцефалопатий у детей, что существенно повлияет на качество жизни ребенка и его социальную адаптацию.

УДК:616.853.-007.6-044.(045)

*Ю. Н. Завалко, В. З. Задорожный,  
Л. Б. Чудакова, А. А. Хижняк*

*КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета»  
(г. Днепропетровск)*

#### **ДИСЛЕКСИЯ И ДИСГРАФИЯ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Дислексия и дисграфия относятся к основным признакам специфических расстройств школьных навыков.

Клинически дислексия проявляется заменой близких по звучанию звуков и по зрительному сходству самих букв, изменением структуры слова в слогах, пропусках согласных и гласных, перестановкой слогов, звуков, прибавлением новых букв и слогов с аграмматизмами. При этом понимание прочитанного неполное или совершенно отсутствует.

Дисграфия проявляется в затруднении отличия графически сходных букв и разграничивании артикуляционно сходных фонем, а также выражается в простых грамматических ошибках. Проведенными нами исследованиями в условиях детского отделения КУ «ДКПБ» ДОС» 46 детей мужского пола, страдающих эпилепсией (локально обусловленной и идиопатической), установлено следующее. Дислексия и дисграфия отмечена у 25 % (так же, как и у детей в контрольной группе с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью) обследованных. Особенности исследования неврологического статуса этой не страдающей эпилепсией группы детей показывают, что дислексия и дисграфия связаны с нарушением высших корковых

функцій с елементами агнозії, недостаточністю фонематического слуха.

Клинико-электроэнцефалографическая верификация и логопедическое сопровождение этой группы детей на фоне лечения основного заболевания эпилепсии в течение месячного срока указывает на резистентность и слабую курабельность проявлений дислексии и дисграфии. Катамнестические данные (от 6 до 12 мес.) подтверждают это, что позволяет предположить причину дислексий и дисграфий при эпилепсии наличием стойких органических изменений с дисфункцией глубинных структур мозга (гипоталамус, ретикулярная формация и лимбическая система) с неполноценной регуляцией психомоторной деятельности.

Данное предположение может быть учтено при выборе согласно протоколам тактики лечения детей с идиопатической и фокальной формами эпилепсии, имеющих специфические расстройства школьных навыков. Последнее дополняет и уточняет решение медицинских комиссий при рассмотрении вопроса обучения по программе в массовой школе и на дому, а также необходимо для объективного решения при назначении социальной помощи этой категории больных детей.

УДК 159.922.76-056.34

*Н. В. Завязкіна, М. В. Устінова*

*Київський національний університет імені Тараса Шевченка  
(м. Київ)*

### **ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОЇ СФЕРИ У ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ**

Проблема взаємозв'язку епілепсії та дитячого церебрального паралічу (ДЦП) залишається достатньо актуальною як для дитячої неврології, так і для дитячої патопсихології. Відомості щодо розповсюдженості епілепсії у дітей з дитячим церебральним паралічем за даними літератури мають неоднозначний характер та вказують на цифри від 11,5 % до 87 %. Спеціальні психологічні дослідження особливостей розвитку інтелектуальних, когнітивних, сенсорних процесів та емоційно-вольових й особистісних проявів при ДЦП та епілепсії потребують подальшого вивчення.

У цьому дослідженні вивчалась проблема комплексної психологічної оцінки порушень пізнавальної діяльності у дітей з ДЦП, хворих на епілепсію, на основі вивчення структурно-функціональних особливостей інтелектуальних процесів.

За основу було взято сучасні уявлення про вищі психічні функції, розроблені нейропсихологічною школою, заснованою Лурія А. Р., та теоретичні положення, розроблені Виготським Л. С., про розвиток вищих психічних функцій, системну мозкову організацію вищих форм психічної діяльності, неоднаковий системний вплив осередкових уражень мозку на вищі психічні функції на різних етапах розвитку.

Для дослідження було обрано методику нейропсихологічного аналізу порушень вищих психічних функцій дітей старшого дошкільного віку, розроблену Глозман Ж. М., Потаніною А. Ю. та Соболевою А. Є.

Експериментальне дослідження проводилось у Дитячому центрі епілепсії (м. Київ) з дітьми у віці від 4 до 9 років. У дослідженні взяла участь 31 дитина: 18 хлопчиків та 13 дівчаток, з них 12 — хворі на епілепсію, 19 — хворі на ДЦП з епілепсією. Контрольна вибірка складала 30 дітей віком 5—6 років.

Для оброблення результатів використовували непараметричні математичні методи дослідження, що було обумовлено невеликою вибіркою та специфікою оціночних шкал. Для оцінки відмінностей між двома малими незалежними вибірками використовували критерій Мана — Уїтні. Це уможливило проведення необхідної обробки даних, показало, що при порівнянні результатів основної та контрольної вибірки всі отримані показники на рівні статистичної значимості ( $p < 0,05$ ) та дозволило зробити такі висновки:

— у дітей з ДЦП в поєднанні з епілепсією були виявлені значні порушення в формуванні статико-моторних та вищих психічних функцій;

— в групі дітей, хворих на ДЦП з епілепсією, на перший план виступає порушення рухів та дій, мовленнєвої активності та мови, яка потребує тонкої артикуляційної моторики та зниження фонетико-фонематичного слуху;

— епілепсія в дитячому віці спричиняє значні порушення мнестичної діяльності, що зумовлено зниженням загальної активності функціонального стану мозку;

— порушення пам'яті у дітей, хворих на епілепсію, проявились у звуженому об'ємі відтворюваних стимулів та парафазіях;

— були виявлені труднощі аналізу та синтезу інформації, зниження рівня узагальнень, імпульсивність рішень, інертність психічних процесів та зниження критичності.

У подальших дослідженнях планується розширення «діагностичного протоколу» та розробка відповідних корекційних програм для дітей з ДЦП з епілепсією.

УДК 616.62-008.222/223-053.2-073.97

*О. Ю. Лукьянцева*

*ГУ «Институт неврологии психиатрии и наркологии  
НАМН Украины» (г. Харьков)*

### **ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ**

Энурез — широко распространенное в детской популяции и достаточно хорошо изученное медицинкой заболевание, относящееся к расстройствам мочеиспускания. Среди детей пятилетнего возраста энурезом страдают до 15 %, десятилетнего — 5 %, к 14 годам он отмечается у 2 % детей. Известно, что ночной энурез более характерен для мальчиков, у них он встречается в 2—4 раза чаще, чем у девочек (Студеникин В. М., 2006).

Традиционным является разделение недержания мочи на ночное и дневное, также выделяют энурез невротический (вызванный психосоциальными причинами) и неврозоподобный (объясняющийся последствиями ранних поражений нервной системы).

Неврозоподобная форма энуреза, в появлении которой ведущую роль играют различные перинатальные или ранние постнатальные органические поражения