

($p = 0,003$), у 8 (72,73 %) — з епілепсією. За ступенем тяжкості фокальні патологічні зміни білої речовини головного мозку розподілені таким чином: 1-й ступінь — у 3 дітей (8,11 %), 2-й — в 11 (29,73 %), 3-й — у 23 (62,16 %) дітей. У 54 дітей (91,53 %) за даними МРТ спостерігалось розширення бокових шлуночків різного ступеня тяжкості: 1-й ступінь — у 1 дитини (1,85 %), 2-й — у 28 (51,85 %), 3-й — у 25 (46,3 %). Вентрикулодилатацію встановлено у 29 (96,67 %) дітей із церебральним паралічем. Розширення бокових шлуночків виявлено в 11 (100 %) дітей з епілептичними нападами. До поширених аномалій білої речовини головного мозку у дітей, які народилися з екстремально низькою масою тіла, відноситься патологія мозолистого тіла. Зменшення передньозаднього діаметра відповідно до віку визначалось у 31 (52,56 %) дитини. Потоншення коліна мозолистого тіла відмічається у 39 (66,1 %), тіла — у 34 (57,63 %), перешийка — у 37 дітей (62,71 %), валика — у 44 (74,58 %). Вірогідно встановлено, що синдром затримки внутрішньоутробного розвитку приводить до зменшення передньозаднього діаметра ($p = 0,02$) і потоншення перешийка мозолистого тіла ($p = 0,05$). Треба відмітити, що, за даними нейросонографії, перивентрикулярна лейкомаляція 1-го ступеня була виявлена у 67,8 % дітей і субependимальні крововиливи — у 45,8 % дітей. **Висновки.** Магнітно-резонансна томографія має більш прогностичну цінність, ніж нейросонографія, і повинна проводитися в ранні терміни після народження.

Клещєрова І.М.

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, м. Київ, Україна

Діагностика материнської позиції по відношенню до дитини з церебральним паралічем як складова частина роботи психолога дитячого реабілітаційного закладу

Першочерговим завданням на початку реабілітаційного курсу дитини з церебральним паралічем є виявлення психологом рівня психічного розвитку дитини, рівня її соціалізації, а також особливостей взаємин у системі «дитина — мати», «дитина — фахівець»: уявлення матері про стан дитини; її ставлення до дитини; стильові та змістовні характеристики взаємодії матері з дитиною; очікування щодо організації та результатів курсу реабілітації; уявлення про основні завдання реабілітації; уявлення про власну роль у реабілітаційному процесі; сформованість комплексу знань, умінь та навичок, необхідних матері для успішного продовження реабілітаційного процесу в домашніх умовах. Основними методами діагностики материнської позиції в практиці психолога медичного реабілітаційного закладу є клінічна бесіда та включене спостереження. Однак це не виключає можливостей використання стандартизованих тестових методик, зокрема запитальників, що досліджують батьків-

ське ставлення та виховання (Запитальник батьківського ставлення Варги — Століна, PARI Шефера — Белла, АСВ Ейдєміллера — Юстицькіса та ін.), тестів депресії (Бека, Зунга, Балашової та ін.), проєктивних методик (батьківський твір, незакінчені речення, кольоровий тест відношень, малюнкові методики). Можливе використання семантичного диференціала для дослідження різних аспектів системи ставлень матері. За потреби нескладно розробити різноманітні анкети, аркуші оцінювання (наприклад, для дослідження очікувань та оцінювання результатів курсу реабілітації), списки об'єктів для ранжування (для дослідження системи цінностей, а також цілей та завдань, що матері ставлять перед собою). Важливу інформацію психолог може отримати від інших фахівців, які тісно взаємодіють з матір'ю в процесі медичної діагностики, лікування та навчання дитини і мають можливість спостерігати її стосунки з дитиною. Уся отримана з різних джерел інформація використовується для прийняття рішення про характер та зміст психологічного супроводу, якого потребує конкретна мати в процесі реабілітаційного курсу.

Коляденко Н.В., Мальцев Д.В.

*Міжрегіональна академія управління персоналом, м. Київ, Україна
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Синдром Ретта як потенційно курабельне захворювання

Особливе місце серед розладів спектра аутизму посідає синдром Ретта, що проявляється втратою вербальної комунікації та порушенням психомоторики з характерними руховими стереотипіями. Проведені нами імунологічні дослідження дозволили встановити, що при синдромі Ретта, як і при ряді інших захворювань спектра аутизму, спостерігається генетично обумовлене порушення фолатного циклу, що спричиняє імунодефіцит. Внаслідок цього збільшується уразливість до герпесвірусів, насамперед вірусу Епштейна — Барр та герпесвірусу 7-го типу, які стають активною ланкою етіопатогенезу захворювання і значною мірою обумовлюють його клінічну картину, призводячи до демієлінізації та порушення нейротрансмісії. Сучасна комплексна антивірусна та імуностимулююча терапія дозволяє досягти відновлення мієлінової оболонки, що прослідковувалося нами в динаміці МРТ-досліджень, зокрема, чотирьох пацієнток віком від 2 до 13 років із синдромом Ретта. Було виявлено, що хворими із синдромом Ретта інформація сприймається та засвоюється, зберігається не лише в короткочасній, але й в довготривалій пам'яті, але відтворити її, отримати зворотний зв'язок дуже складно. Провідним аналізатором у дівчаток із синдромом Ретта є слуховий, також дуже важливим є зоровий контакт. Вдалося виявити наявність у досліджуваних дівчаток із синдромом Ретта розуміння зверненого мовлення, почуття гумору, усвідомлення

та запам'ятовування сюжету книжок і кінофільмів (мультфільмів), розуміння порівнянь та аналогій, переносного змісту висловлювань. З'ясовано, що діти із синдромом Ретта дуже болісно реагують на негативні висловлювання оточуючих, значною мірою усвідомлюють свою неспроможність, що викликає страхи та невпевненість, ще більше занурення у внутрішній світ. На основі зорового контакту, міміки, звуків встановлено систему порозуміння. Вироблені навички втримання ложки та олівця, при роботі «рука в руці» пацієнтки охоче займаються малюванням, в'язанням і дуже радіють результатам своєї праці, особливо позитивній оцінці сторонніх осіб. Для підвищення мотивації до розвиваючих занять, формування цілеспрямованої уваги нами було розроблено ряд іграшок-тренажерів із зображенням очей і звуковими ефектами та доведено їх ефективність. Таким чином, синдром Ретта як особлива форма психоневрологічного розладу пов'язана з генетичним дефіцитом фолатного циклу, є потенційно курабельною хворобою, що дає надію подолання цього інвалідизуючого захворювання, яке раніше вважалося невилковним. Комплексний етіопатогенетичний підхід до лікування в поєднанні з активним, цілеспрямованим і систематичним реабілітаційним соціально-педагогічним втручанням дозволяє значно покращити стан здоров'я та якість життя таких пацієнтів.

Костюкова Д.М.¹, Шунько Є.Є.², Іванова Т.П.¹, Орлова Т.О.¹, Чайковська О.Е.¹, Борисова Л.М.¹

¹Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», м. Київ, Україна

²Національна академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Полісомнографічні предиктори порушення дозрівання мозку у глибоко недоношених дітей

Вступ. Сон передчасно народженої дитини може виступати як маркер розвитку та пластичності мозку, особливо в перші 1000 днів постнатального розвитку передчасно народженої дитини. Доказова база говорить про те, що сон важливий для розвитку нейронів, хоча внесок кожної стадії сну різний. Особливо важливе значення ролі послідовності NREM-сну та REM-сну. Обидві стадії сну також сприяють процесам, що залежать від синаптичного ремодельовання, таких як навчання та пам'ять, вони можуть впливати на періоди підвищеної синаптичної пластичності та розвитку в дозріваючому мозку. Створення ергономічного оточення необхідне для надання гуманізованої медичної допомоги передчасно народженій дитині, де поряд з нею знаходиться родина, яка бере участь в догляді та виходжуванні при наданні високоспеціалізованої медичної допомоги в системі медичних закладів. **Мета дослідження:** визначити предиктори порушення дозрівання мозку у передчасно народжених дітей шляхом аналізу проведених полісомнографій (ПСГ) у відділенні інтенсивно-

го виходжування глибоко недоношених дітей в умовах ергономічного оточення. **Матеріали та методи.** ПСГ (Alice 6 LDE diagnostic sleep system, Philips Respironics) проводилася під час фізіологічного сну протягом 2–4–6 год. Полісомнографічні канали запису: окулограма (REOGA1, LEOGA2), ЕЕГ (F3A2, F4A1, C3A2, C4A1, O1A2, O2A1), електроміограма, ЕКГ, частота серцевих скорочень, потік вдиху (TFlow), DFResp, сатурація (SpO₂), плетизмографія (Pleth), положення тіла у просторі (супінація, пронація, АКТ), запис відео протягом дослідження (AASM standards). При показаннях ПСГ проводилася одночасно з рН-метрією, церебральною оксиметрією за технологією парайнфрачервоної спектроскопії (NIRS). Показання до проведення ПСГ у передчасно народжених дітей: пароксизмальні стани, що виникають повторно під час сну; апное, що супроводжуються десатурацією, ціанозом, порушенням серцевого ритму (тахі-, брадикардією); діти з перинатальним ураженням головного мозку, внутрішньошлуночковими крововиливами, перивентрикулярною лейкомаляцією; порушення серцевого ритму (синдром Вольфа — Паркінсона — Вайта, пароксизмальні тахікардії); пароксизмальні тахіпноє; вроджені вади розвитку головного мозку, вроджені вади серця, бронхолегеневої системи (ларинго-, трахео-, бронхомаляція); діти з хромосомною патологією; діти з вродженими порушеннями метаболізму; вроджений стридор, тимомегалія та інші захворювання, що супроводжуються обструктивним апное; епізоди, що загрожують життю; група передчасно народжених дітей з вираженою морфофункціональною незрілістю, затримкою внутрішньоутробного розвитку; діти з підозрою або на етапах лікування гастроєзофагеального рефлюксу. **Результати.** В групу спостереження були відібрані передчасно народжені діти, яким за показаннями проводилася полісомнографія у відділенні глибоко недоношених дітей. Гестаційний вік дітей — 25–37 тижнів (середній гестаційний вік — 28–29 тижнів). На час проведення першої ПСГ коригований вік дітей становив 32–44 тижні (середній коригований вік — 36–37 тижнів). Відповідно до протоколу (Polysomnographie-Report Infant Sleep) проводився аналіз гіпнограм з оцінкою формування стадій сну, відповідності структури та морфології сну віку дитини; диференціальна діагностика епілептичних та неепілептичних станів; визначались кількість та тривалість снозалежних дихальних розладів (SBAS) — обструктивних, змішаних і центральних апное, гіпнопноє; апное/гіпнопноє індекс, індекс пробудження, порушення серцевого ритму. За отриманими даними розробляли індивідуалізовану програму розвиваючого догляду та оцінки розвитку, визначення тактики лікування з корекцією терапії, контролем ПСГ в динаміці. Додатково проводилося анкетування батьків щодо ризику синдрому раптової дитячої смерті та профілактика синдрому. **Висновки.** ПСГ в складі комплексного нейромоніторингу є високоспецифічною технологією, яка у передчасно народжених дітей дозволяє виділити полісомнографічні предиктори порушення дозрівання нервової системи, що розподіляються за групами: