Найнижчими показники депресії і тривоги були в осіб молодого віку, найстарша вікова група мала субклінічний рівень депресії. Щодо етіології Е, то найвищі рівні тривоги і депресії були у хворих з розсіяним склерозом, що, очевидно, зумовлено подвійним тягарем для стану здоров'я пацієнтів внаслідок поєднання інвалідизуючих захворювань. Значний рівень депресії (без суттєвих тривожних розладів) відзначений у хворих із судинною Е та із мезіальним темпоральним склерозом. Рівень депресії був значним у осіб, які захворіли в дитинстві і мали більшу тривалість захворювання.

Показник тривожності статистично достовірно був вищим у жінок, а за показником депресії статевих відмінностей не виявлено.

У пацієнтів з високим рівнем тривожності і депресії також спостерігались розлади пам'яті та дисфорії. Хворі, у яких переважали тривожні порушення, демонстрували емоційну лабільність, фобічні та іпохондричні розлади, а пацієнти з депресією — байдужість.

«Госпітальна шкала тривоги і депресії» виявилась валідною для скринінгу депресивних і тривожних розладів у хворих на Е і може на амбулаторному прийомі лікаря-невролога допомагати швидкій і достовірній діагностиці непсихотичних психічних розладів з метою їх своєчасного лікування.

УДК: 616.853-053.2-08

Мартинюк В. Ю.*, Коноплянко Т. В.*, Свистільник В. О.,* Євтушенко С. К.**, Омельяненко А. А.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ), Донецький національний медичний університет імені М. Горького (м. Донецьк)***

ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ, ЕПІЛЕПТИЧНИХ СИНДРОМІВ У ДІТЕЙ

Епілепсії — гетерогенна група захворювань, які характеризуються повторними, спонтанними припадками. Епілептичний припадок є основним симптомом епілепсії і клінічним проявом гіперсинхронних розрядів в нейронах головного мозку. Терапія епілепсій розпочинається за умови достовірності встановленого діагнозу і призначається в залежності від форми епілепсії. Лікування епілепсій складається з таких напрямків:

I. Призначення антиепілептичних препаратів (АЕП);

II. Адитивна і альтернативна терапія.

III. Нейрохірургічна корекція;

IV. Соціально-психологічна реабілітація пацієнта та сім'ї хворої дитини.

I. Базова антиепілептична терапія: призначення АЕП у вікових добових дозах. У дитячому віці лікування епілепсії і епілептичних синдромів (ЕС) необхідно розпочинати з монотерапії, враховуючи селективність дії АЕП. Призначення комбінованої протиепілептичної терапії доцільно при неефективності АЕП в монотерапії. При резистентних формах епілепсії призначають раціональну поліфармакотерапію. Відміну АЕП проводять при відсутності припадків протягом як мінімум 2 роки при генералізованих ідіопатичних формах епілепсії; при симптоматичних формах епілепсій та ЕС — при відсутності припадків протягом 5 років.

II. Адитивна та альтернативна терапія. Препарати адитивної та альтернативної дії призначають у випадках недостатньої ефективності АЕП. До них належать: кетогенна дієта, стероїди, імуноглобуліни, нейрометаболіти, вітаміни (піридоксальфосфат), фітотерапія, ароматерапія, гомеопатичне лікування, голкорефлексотерапія, методи біологічного зворотного зв'язку та інші. Резистентні до консервативної терапії форми епілепсій у дітей підлягають консультації у нейрохірурга та генетика.

III. Нейрохірургічне лікування. Критерії показань до хірургічного лікування епілепсії у дітей:

• наявність морфологічного субстрату при симптоматичній епілепсії;

• частота епілептичних припадків більше, ніж двічі на місяць, що дезадаптує хворого і становить умови для когнітивних розладів;

• істинна резистентність припадків до адекватної антиепілептичної терапії з використанням послідовно або в комбінації не менше чотирьох АЕП.

IV. Соціально-психологічна реабілітація. Соціально-педагогічні аспекти адаптації хворої дитини до життя в сім'ї та суспільстві (підвищення якості життя), до яких належать методичні прийоми удосконалення недостатніх функціональних систем: розвиток сенсорних відчуттів; рання соціалізація через навчання та реалізацію навичок самообслуговування та мотивації рухів. Освіта: підбір індивідуальних програм навчання, інклюзивне, інтегративне навчання; варіабельність форм та програм залежно від можливостей дитини; профорієнтація з попередньою психологічною підготовкою сім'ї та підлітка до певних професійних обмежень; просвітницька робота в дитячих закладах та школах з питань особливостей навчання та поведінки дітей з епілептичними припадками. Соціальна адаптація: створення системи відносин з дитиною в сім'ї як з рівноцінним партнером, зміни стереотипу життя дитини з розширенням її світогляду, спрямованість на позитивну психосоціальну адаптацію; налагодження контактів з дітьми; створення міжвідомчих програм навчання та соціальної реабілітації; психологічно-педагогічні консультації для батьків з питань навчання та соціалізації їх дитини; фінансова підтримка сім'ї.

Важливою обставиною є рекомендації, спрямовані на визначення єдиної налаштованості з боку лікаря, пацієнта та батьків хворої дитини щодо необхідності дотримання основних принципів лікування, включаючи тривалість прийому АЕП.

УДК: 616.8-053.2-036.82+364.048.6 (477)

В. Ю. Мартинюк, О. А. Майструк, В. М. Здвижкова, Р. В. Богуш

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

ДОСВІД 15-РІЧНОЇ РОБОТИ УКРАЇНСЬКОГО МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ МОЗ УКРАЇНИ

Протягом 1996—2011 року в Центрі проведено 159 курсів реабілітації, на яких проліковано 8738 дітей з усіх регіонів України.

Використовували такі методики медичної реабілітації: Бобат-терапія, Войта-терапія, лікувальна фізкультура (лікувальна гімнастика, лікувальний масаж, формування патерну ходи на тредбані, вестибулярне тренування, механотерапія, лікування положенням), мануальна терапія, рефлексотерапія, методика інтегральної пропріоцептивної нейром'язової кінезотерапії та скальппунктури, метод динамічної пропріоцептивної корекції з використанням рефлекторно-навантажувального пристрою «Гравітон» за методом К. Семенової, фізіотерапевтичні методики (магнітолазерна терапія, біомеханічна стимуляція м'язів, теплолікування), гідрокінезотерапія, консервативна нейроортопедична допомога (етапне гіпсування, рефлексуючі блокади м'язової спастики — антиботуліновим токсином, ортезування), сенсорна інтеграція, технічні та допоміжні засоби.

Соціально-педагогічна реабілітація включала: психологічну корекцію, психопатологічну корекцію, соціально-психологічну корекцію, логопедичну корекцію, соціальну терапію, Монтесорі-терапію, тифлопедагогіку та ін.

На курсі лікування для кожної дитини розроблялась індивідуальна програма реабілітації, яка включала одну із основних медичних методик або комбінацію декількох та соціально-педагогічну реабілітацію (Бобат-терапія — масаж — ЛФК — корекція вигодовування — тифлопедагогіка — сенсорна стимуляція — корекційна та психотерапевтична робота з батьками дитини; Войта-терапія — Бобат-терапія — орофаціальний масаж (Castillo-Morales) — корекційна та психотерапевтична робота з батьками); рефлексотерапія — масаж — ЛФК — мануальна терапія — механотерапія — сенсорна інтеграція — холдинг-терапія — диференційований логопедичний масаж та артикуляційна гімнастика та ін.). Комбінація методик проводилася з урахуванням віку дитини, фізичного та психологічного розвитку, конкретних завдань.

Діти з церебральним паралічем складали більшість — 68 %; з руховими та психомовленнєвими порушеннями, внаслідок перенесеної патології нервової системи в пре-, перинатальному періоді — 15 %; вроджені вади розвитку нервової системи, деформації та хромосомні аномалії — 6,4 %; монопарез кінцівки, як наслідок пологової травми периферичної нервової системи (акушерській параліч) — 4 %; мінімальна мозкова дисфункція — 2 %; наслідки перенесених постнатальних гострих порушень мозкового кровообігу — 1 %; наслідки запальних хвороб ЦНС — 0,9 %; розлади психологічного розвитку загального характеру та розумова відсталість легкого та помірного ступеня — 1,8 %; спадково — дегенеративні хвороби нервової системи — 0,7 %; гідроцефалія — 0,2 %.

Для оцінки ефективності реабілітації використовували анонімне анкетування батьків пацієнтів, Войта-діагностику для дітей першого року, модифіковану шкалу Ashworth для оцінки