

дитячого населення України поширеності тяжких інвалідизуючих станів, що проявляються порушеннями психічного розвитку, розладами мовлення, поведінки і комунікативних функцій, які часто поєднуються з затримкою статокінетичного та психомовленнєвого розвитку. Низький рівень діагностики ранніх симптомів захворювання, висока частота помилкового діагнозу, як позитивного, так і негативного, недооцінка порушень когнітивної сфери, інтелекту, мовлення і поведінки, недооцінка клінічних і нейрофізіологічних діагностичних критеріїв часто призводять до розвитку тяжкої інвалідизації, що робить дану проблему дуже актуальною. Пошук правильного діагнозу та своєчасне лікування виявленої патології є запорукою досягнення оптимальних результатів якості життя дитини. **Мета дослідження:** оцінка порівняльної клінічної, лабораторної та електронейроміографічної характеристики синдрому дифузної м'язової гіпотонії з затримкою статокінетичного та психомовленнєвого розвитку у дітей раннього віку. **Матеріали та методи.** Нами було проведено обстеження 82 та лікування 66 дітей із затримкою статокінетичного розвитку на фоні м'язової гіпотонії віком від 6 міс. до 4 років, серед яких 37 дівчаток, 45 хлопчиків. Основні скарги батьків більшості дітей — млявість, неактивність протягом дня та пізній початок ходьби. У всіх пацієнтів відмічалось зниження м'язового тону, зі зниженою або збереженою м'язовою силою; сухожильні рефлексії в переважній більшості були збережені, тільки у 9 дітей відсутні; патологічні рефлексії були присутні в 2 дітей. Для верифікації клінічного діагнозу використовувалися дані неврологічного огляду, електронейроміографії (ЕНМГ), МРТ, ЕЕГ, біохімічного аналізу крові. Для оцінки сили м'язів у дітей використовувалася спеціальна шкала за п'ятибальною системою. Усім пацієнтам проводилося біохімічне дослідження крові, у тому числі визначення рівня креатинфосфокінази крові (КФК). Також усім дітям була проведена електронейроміографія (стимуляційна та голкова). МРТ головного мозку проводилася в окремих випадках, у разі виражених розбіжностей клініки та за наявності макроцефалії. Молекулярно-генетичні дослідження пацієнтів — для підтвердження спінальної м'язової атрофії, хвороби Дюшена та для виключення хвороб накопичення. **Результати.** У 4 (4,9 %) дітей була виявлена (за даними молекулярно-генетичного дослідження) рідкісна форма делеції 7-го та 8-го екзонів гена SMN2 в гомозиготному стані. У всіх пацієнтів відмічалось зниження (відносно до норми) амплітуди моторних відповідей по малоогомільковим порціям з обох сторін (що вважається фізіологічною нормою, за рахунок менш розвиненої м'язової маси екстензорних груп). Швидкість проведення збудження переважно була в межах нормальних величин. У 38 (46 %) дітей за даними рентгенографії відмічалася дисплазія кульшових суглобів, МРТ-ознаки змішаної компенсованої гідроцефалії були виявлені у 15 (18,3 %) дітей. У 5 (6,9 %) дітей ЕМГ-патерн був змінений за міопатичним та у 4 (4,9 %) дітей за нейрональним типом, причому відсутність сухожилкових рефлексів відмічалася лише серед пацієнтів даної групи. **Висновки.** У дітей раннього віку з затримкою статокінетичного розвитку

частим симптомом є знижений м'язовий тонус зі збереженими сухожильними рефлексями, що часто призводить до ігнорування даної симптоматики лікарями. Слід пам'ятати, що навіть при збережених сухожильних рефлексях вищеописана група дітей повинна детально обстежуватися з метою пошуку та встановлення конкретного діагнозу. В кожному окремому випадку індивідуально вирішується тактика подальшого ведення дитини, що може полягати у початку лікувальних заходів у разі виявлення або при подальшому динамічному спостереженні.

Кирилова Л.Г.<sup>1</sup>, Мартиненко Я.А.<sup>2</sup>, Горб А.Л.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ТОВ «Медичний центр фізичної терапії та медицини болю ІННОВО», м. Львів, Україна

<sup>3</sup>КЗ «Херсонська клінічна обласна дитяча лікарня», м. Херсон, Україна

## МР-томографічні критерії ураження головного мозку дітей, які народились з екстремально низькою масою тіла

**Вступ.** Останнім часом значення магнітно-резонансної томографії у прогнозуванні розвитку головного мозку у передчасно народжених дітей постійно зростає і розширюється. Найбільшу інформативність та клінічну цінність мають стандартна МРТ та дифузно-тензорна томографія. **Мета:** вивчення МР-томографічних критеріїв ураження головного мозку у дітей, які народились з екстремально низькою масою тіла. **Матеріали та методи.** Загальна кількість дітей, які були включені у дослідження, — 59. Критерії включення: маса тіла при народженні 500–999 г. Усім дітям проведено магнітно-резонансну томографію на МР-томографі Siemens Magnetom Essenza 1,5 Т. Виконувалось стандартне обстеження головного мозку у аксіальних, сагітальних і коронарних площинах (зображення зважені за T1- і T2-протонною щільністю, T2-FLAIR), товщина зрізу становила 3 мм. Середній вік проведення магнітно-резонансної томографії становить  $30,00 \pm 20,56$  місяця. Оцінювались структурні зміни при проведенні МРТ головного мозку залежно від даних нейросонографії та клінічного стану дитини. **Результати.** За даними МРТ головного мозку у 13 (22,03 %) дітей були виявлені кістозні ураження білої речовини головного мозку. Усі кістозні пошкодження клінічно супроводжувались формуванням церебрального паралічу. Серед дітей з епілептичними нападами кістозні пошкодження були встановлені у 5 (45,45 %) ( $p = 0,04$ ). За ступенем тяжкості кістозні ушкодження білої речовини головного мозку розподілені таким чином: 1-й ступінь — у 2 дітей (15,38 %); 2-й — у 6 (46,16 %), 3-й — у 3 (23,08 %), 4-й ступінь — у 2 (15,38 %) дітей. Фокальні патологічні зміни сигналу білої речовини головного мозку за даними МРТ визначались частіше. У 37 (62,71 %) дітей були виявлені дані патологічні зміни структури білої речовини головного мозку. Фокальні зміни білої речовини були встановлені у 27 дітей з церебральним паралічем

( $p = 0,003$ ), 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 Ейдеміллера — 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