

декларативності по відношенню до неї. Підкреслювалося, що недотримання "правил гри" може викликати в дитини прояви соціальної дезадаптації, негативізму, немотивованої агресії, часом – жорстокості. Потреба в постійному самоствердженні в таких випадках приводить до соціально – небезпечних вчинків, оскільки ця група є потенційною категорією важких підлітків.

Для досягнення бажаної виховної мети пропонувався варіант так званої "контрольованої самостійності", а також заняття індивідуальними видами спорту, в яких такі діти переважно досягають непоганих результатів.

Вразливі та емоційні діти другої групи важко переносять сімейні негаразди, тимчасову або постійну відсутність батьків (розлучення, заробітчанство, т.і.).

Їх нерішучість, настороженість та закомплексованість в умовах патогенного впливу оточуючого середовища складають основу для розвитку неврозоподібного синдрому із патологічним розвитком особи. Такі діти через свою довірливість легко потрапляють під вплив декласованих елементів суспільства, вони є "потенційними жертвами соціуму". Особливістю дитячо-батьківських відносин в цьому випадку є зміцнення в дитини віри в себе, виховання міцних морально-етичних принципів, в тому числі – і на власних прикладах. Рекомендувалися командні види спорту, які адаптують дитину до соціальних вікових взаємин.

Всім батькам дана порада частіше проводити час з дитиною у формі відпочинку та заняття сімейними видами спорту – туризмом та міні гольфом, який зараз набуває такої популярності на теренах України.

Щодо дітей третьої групи – враховуючи "доманіфестний" преморбідний характер наших знахідок, - батькам та дітям надана відповідна кваліфікована спеціалізована медична допомога.

Підводячи підсумки проведеної роботи, - можна пропонувати метод КМ як скрінінгову методику в комплексі із нейропсихологічними та клінічними засобами обстеження для діагностики не тільки ранніх форм психопатологічних розладів в дітей, але й в визначенні схильності до них в достатньо ранньому віці. Враховуючи повну нешкідливість метода, зручність та легку відтворюваність результатів, доступність – можна пропонувати методику до широкого застосування в медицині та педагогіці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Карлов В.А. Детская эпилептология как инструмент познания развивающегося мозга //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 2002; 102: 5: 4-5.
2. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс – диагностики. "Лурия-90". М 1991.
3. Трубников В.И., Уварова Л.Г., Орлова В.А. Генетический анализ ЭЭГ покоя у больных шизофренией и их родственников. Генетика 1993; 29: 9.
4. Уварова Л.Г., Алфимова М.В., Савватеева Н.Ю. Нейроморфологические и психологические корреляты электрической активности мозга у больных шизофренией и их родственников. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2002; 102: 12: 35-40.

Т.Ф. ПОТАБЕНКО

ЧИ МОЖЛИВА СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА РАННІХ МОЗКОВИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ?

За допомогою комп'ютерної електроенцефалографії у дітей можна достатньо точно визначити рівень функціональної зрілості кори. В статті наводяться приклади комп'ютерної діагностики та фотосенситивності в таких дітей.

С помощью компьютерной ЭЭГ у детей можно достаточно точно определять уровень функциональной зрелости коры. В статье приводятся примеры компьютерной диагностики и фотосенситивности у таких детей.

Computer encephalography can be used for a rather accurate identification of the level of functional maturity of cortex/ The article presents examples of computer diagnostics and photosensitivity in such children.

Поява комп'ютерних технологій змінила наш світ, в тому числі, - світ медичних знань. Комп'ютерна електроенцефалографія, або картування мозку (КМ), розширила можливості не тільки ранньої діагностики та лікування багатьох неврологічних та психічних захворювань, але й наблизило нас до розуміння фізіологічної норми.

Методологія КМ дозволяє об'єктивізувати трактування стану біоелектричної активності мозку, максимально позбутися довільної оцінки отриманих даних. Спектральний аналіз ЕЕГ на даний час дає можливість не тільки визначити доклінічні стадії розвитку нейропсихологічної патології, але й зробити орієнтовний катамнестичний прогноз розвитку здорового індивідуума в достатньо ранньому віці (5-6 років).

На превеликий жаль, стрімкий ріст можливостей медичних наук не корелює із збільшенням інформованості населення, особливо у віддалених районах. За більш як 15-річний стаж роботи із комп'ютерними програмами картування мозку ми переконалися, що не тільки батьки, але й часом – медики, педагоги, вихователі – не освідомленні про те, що інструментальними, нешкідливими методами можна із достатнім ступенем ймовірності оцінити нейрофізіологічну зрілість дитини. Досвідчений нейрофізіолог може не тільки визначити відставання рівня зрілості кори головного мозку від належного із точністю до 0.5 року, але й охарактеризувати готовність дитини до навчання.

За останні 5 років нами обстежено 384 дитини із різними формами поведінкових та мовленнєвих порушень. В 148 випадках йшлося про логопедичні проблеми, які достатньо швидко були скореговані спільною працею дитячих невропатологів та логопедів. 134 дитини мали прояви мінімальної мозкової дисфункції. В 87 дітей була констатована нейрон-функціональна незрілість кори. Артизм виявлений у 15 чоловік.

З загальної кількості обстежених – 25% мали порушення сну у вигляді сноходження та сноговоріння, 16% - енурез та енкопрез. У 22% в анамнезі – спостерігалися епілептичні прояви у вигляді фібрильних судом, поліморфних парціальних епі – пароксизмів, абсансів, т.п. В переважній більшості дітей неврологічна картина була зумовлена перинатальною патологією, черепно – мозковими травмами раннього віку, перенесеними нейроінфекціями.

З 97 дітей із проявами функціональної незрілості кори батьки вперше довідалися про наявність проблеми в 76% випадків. В віці від 3 до 5 років ВПЕРШЕ нами обстежені 43 дитини, 18 – в віці від 5 до 6 років. Таке пізнє звернення батьків за обстеженням пояснюється, перш за все, - край низькою їх обізнаністю щодо можливостей діагностики, низьким культурним рівнем населення, легковажністю молодшої сім'ї, відсутністю кваліфікованої медичної допомоги за місцем проживання.

За словами рідних, досить часто в прогностичному плані щодо таких дітей з боку медиків робилися втішні висновки – “ваша дитина виговориться”, “дитина виходиться”, “переросте”.

Необ'єктивна оцінка батьками стану дитини пояснювалась також наявністю в неї частково збережених соціальних функцій. (З пояснень – “все розуміє, тільки не говорить”, “танцює під музику”, “вміє включати телевізор та переключати програми”). Характерним, на наш погляд, є той факт, що переважна більшість дітей із вираженим інтелектуальним відставанням з усіх телепередач надавала перевагу перегляду рекламних блоків. Цей факт є не стільки цікавим, скільки тривожним, оскільки примушує замислитися над рівнем і змістом телепередач та їх впливом на дітей із збереженим інтелектуальним потенціалом.

В своїх обстеженнях ми визначали не тільки нейрофізіологічний вік дитини, але й реакцію незрілого мозку на світлову та звукову стимуляцію.

Для визначення ступеню фотоаудіосенситивності нами використовувались функціональні проби із комбінованою фотоаудіостимуляцією в усіх 384 випадках.

Проби проводились згідно загальноприйнятого протоколу – в умовах затемненої кімнати, із безперервною подачею звукових та світлових стимулів частотою від 2 до 10 ГЦ на протязі 48 секунд. Фотосенситивність виявлена нами від час проб в 48 випадках; в 12 – на низькій частоті і в 36 – на високій. Патологічна реакція на фотоаудіостимуляцію полягала в патологічному засвоєнні поданої частоти, в 4 випадках – із фотопароксизмальною відповіддю, причому в 1 – супроводжувалась парціальними міоклоніями у вигляді кивальних рухів, в 1 – адверсивним поворотом голови. В одному випадку зареєстрований електроенцефалографічний випадок тривалої – до 15 с. – 3,5 ГЦ епілептичної активності з клінічним проявом у вигляді класичного абсансу. В 1 дівчинки проба із фотоаудіостимуляцією не викликала електроенцефалографічної відповіді, натомість при спостереженні дитини за монітором комп'ютера на екрані виник типовий короткочасний первинно – генералізованої епілептичної активності, при наявності тригерного вогнища в базальних відділах лобної кори, що дало нам змогу констатувати наявність в дитини телесенситивності.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК. Протягом тривалого періоду часу (близько 7 років) – нами спостерігалась дитина, на період звернення – п'ятирічний хлопчик із обтяженим акушерським анамнезом, фібрильними судомами в віці до 3 років, клінікою мінімальної мозкової дисфункції. Батьків турбували поведінкові розлади в дитини – дефіцит уваги, неспокійний сон, емоційність та невірноваженість. За скеруванням лікуючого лікаря було проведено картування мозку. За даними спектрального аналізу, - виявлене невелике (до року) відставання зрілості кори від належного, значна гіперпродукція повільно частотних діапазонів дифузно, згладжена міжзональна диференціація електрогенезу. Візуально – на фоні дуфузно – дизритмічного патерну ЕЕГ зареєстровані окремі

спалахи недиференційованої пароксизмальної активності тривалістю від 1,5 до 5 с. Поліморфного характеру. Проведення комбінованої фотоаудиостимуляції вже на 3-й с., викликало появу епізоду первинно – генералізованої епілептичної активності в режимі 3,5 ГЦ тривалістю близько 5 с. На пропозицію належного лікування батьки відповіли відмовою в силу їх власних переконань. Вони перш за все взяли за нормалізацію режиму дня дитини, харчування та багатьох оздоровчих засобів. Було обмежене спілкування хлопчика із комп'ютером, до мінімуму скорочений перегляд телевізійних передач. В харчуванні переважала вітамінізована овочева дієта, суворо дотримувался режим дня.

Контрольна ЕЕГ через 3 місяці не показала покращення стану біоелектричної активності, хоча клінічно – пароксизмальних розладів свідомості в хлопчика батьками не зафіксовано. Після чергової розмови – повністю виключений контакт дитини з комп'ютером, заборонений перегляд будь-яких телепередач. Контроль КМ кожні наступні 3-6 місяців показав поступову нормалізацію показників структури електрогенезу. На даний час хлопець має 14 років, в цілому адаптований до обставин, інтелектуально збережений, стан біоелектричної активності при черговому обстеженні відповідає віковій нормі. В наведеному прикладі очевидна дія двох факторів – нормалізація способу життя та закономірного вікового вдосконалення електрогенезу.

Підводячи підсумки поведеної роботи, ми виділяємо наступні аспекти:

1. КМ – важливий діагностичний метод, який дозволяє своєчасно визначити рівень розвитку дитини та запобігти помилок в діагностиці важких неврологічних та психологічних розладів.

2. За допомогою КМ можна виявити ступінь ушкоджуючого впливу телевізійних та комп'ютерних систем на незрілий мозок дитини.

3. Вимагає особливої уваги педагогів, медиків та вихователів рівень культурної освіти населення, а також – зміст телевізійних передач, якість та кількість рекламної продукції.

I. M. PSHAK

РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЧОЛОВІКІВ ЗРІЛОГО ВІКУ

У статті описано значення здорового способу життя для людини, подано характеристики його складових. Вказується на чинники, які негативно впливають на спосіб життя чоловіків зрілого віку, а також місце рухової активності чоловіків впродовж робочого дня.

В статтє описано значеніе здорового образа жизни для человека, охарактеризовано его составные. Указываются на факторы, которые отрицательно влияют на образ жизни мужчин зрелого возраста, а также место двигательной активности мужчин на протяжении рабочего дня.

The article is devoted to the problem oh healthy way of life, give a character of his components. The indicate on the factor, which negative influence on the way of life a man and also place of motor activity a man during a working day.

На даному етапі розвитку цивілізації все гостріше постає проблема виховання здорового способу життя, збереження і зміцнення здоров'я людей. Стан здоров'я населення сучасної України має тенденцію до погіршення.

Різко зросла захворюваність, у тому числі, на гіпертонію – у три рази, стенокардію – у 2,4 рази, інфаркт міокарду – на 30%. Близько 70% дорослого населення мають низький та нижче середнього рівні фізичного здоров'я. За останні роки спостерігається тенденція до зниження середньої тривалості життя чоловіків і жінок, яка сьогодні на 10-15 років нижча, ніж у США, Японії, Франції та інших економічно розвинутих країнах. Здоров'я людей погіршується через вплив ряду негативних чинників: важкий стан економіки, зниження матеріального достатку, безробіття, шкідливі звички та ін.

Попри всю важливість для здоров'я людини спадковості, економічних умов її проживання, своєчасності, рівня та повноти надання медичної допомоги, у сукупності вони можуть забезпечити в середньому лише до 50% її здоров'я. Решту забезпечує виключно дотримання вимог здорового способу життя.

Здоровий спосіб життя сучасної людини включає відповідне харчування, психопрофілактику, фітопрофілактику, рухові і фізичні вправи, різні оздоровчі системи. На думку В.І. Ковальчука [3]; А.В. Магльованого [4], основу підтримання і зміцнення здоров'я складають раціональне харчування та рухова активність.