

УДК 616.89 – 008.454 – 073.7

В.Г. Деркач¹, С.П. Сагалаєв²,
В.Д. Шевчук², С.В. Погірляк²¹ Буковинська державна медична академія, м. Чернівці² Чернівецька обласна клінічна психіатрична лікарняКЛІНІКО–ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ
ПАРАЛЕЛІ У ХВОРИХ НА РІЗНІ СТУПЕНІ
РОЗУМОВОЇ ВІДСТАЛОСТІ**Ключові слова:** розумова відсталість, хворі, електроенцефалографія, психічний статус.**Резюме.** На підставі проведеного дослідження встановлено зв'язок між клінічними й електроенцефалографічними даними в хворих на легкий і помірний ступені розумової відсталості.**Вступ**

За матеріалами ВООЗ в останнє десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення числа дітей з відхиленнями в розумовому та фізичному розвитку в зв'язку з посиленням негативного впливу чинників зовнішнього середовища, професійних травм і погіршенням медичної допомоги. Незважаючи на це, науково-дослідні роботи, спрямовані на вивчення стану психічного здоров'я дитячого населення, за останні 5 років практично не проводилися, тому пошук в цьому напрямку є пріоритетним [1, 2].

Розумова відсталість (РВ) – це група різних за етіологією і патогенезом станів, що внаслідок несприятливих впливів у внутрішньоутробний період чи в ранньому дитинстві (частіше до 3 років) призводять до недорозвинення психіки з переважною недостатністю інтелекту й затрудняють (частково чи повністю) соціальне функціонування [4]. Розрізняють чотири ступені РВ: легкий, помірний, тяжкий та глибокий.

Незважаючи на численні профілактичні заходи щодо попередження виникнення і формування РВ, поширення останньої залишається досить високим. Особливо це стосується регіонів з несприятливими екологічними умовами існування, до яких відноситься Чернівецька область. Так, якщо по Україні в 2001 році рівень поширення РВ становив 60,8 на 10 осіб дитячого населення, то в Чернівецькій області – 69,6. Окрім того, має місце чітка тенденція до зростання в області як рівня захворюваності (1995 р. – 8,4; 1996 р. – 9,3; 1997 р. – 11,8; 1998 р. – 14,8; 1999 р. – 15,2 випадків на 10 осіб дитячого населення), так і рівня поширення (1995 р. – 72; 1996 р. – 69,8; 1997 р. – 76; 1998 р. – 79,6; 1999 р. – 85,7 випадків на 10 000 дитячого населення) цієї патології.

Тому питання ранньої діагностики патології, встановлення чітких клінічних і параклінічних змін при різних її ступенях залишаються актуальними.

Одним із параклінічних методів дослідження, з допомогою якого можна оцінити функціональний

стан головного мозку, залишається електроенцефалографія (ЕЕГ). Зміни ЕЕГ за різних форм РВ у літературі відтворено досить детально [3], але конкретні ЕЕГ дані при окремих її ступенях описано не зовсім чітко.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Встановити зв'язок між клінічними та ЕЕГ даними у хворих на легкий і помірний ступені РВ.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Обстежено 55 хворих, віком 6–15 років: хлопчиків – 38, дівчаток – 17. За рівнем РВ їх поділили на 2 групи: з легким ступенем (35 осіб) і з помірною РВ (20 осіб). У кожній із груп окремо виділили підгрупу з анамнестичними даними за перенесене органічне ураження головного мозку. ЕЕГ дослідження проводили біполярним методом, у спокої і при проведенні функціональних навантажень з використанням приладу ЕЕГ–8Х (Угорщина). Аналізували загальноприйняті показники ЕЕГ.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У хворих на легкий ступінь РВ з відсутністю в анамнезі даних за органічне ураження головного мозку в неврологічному статусі спостерігалася різниця у величині очних щілин, асиметрія носогубних складок, девіація язика.

При проведенні ехоенцефалоскопії (ЕхоЕС) зміщення серединних структур у них не виявлено, ширина 3-го шлуночка була в межах 5–6 мм. На реоенцефалограмах (РЕГ) реєструвалася лабільність тонуусу артерій великого і середнього калібру.

У психічному статусі спостерігалися порушення пам'яті (зниження запам'ятовування), мислення (інертне, конкретне, предметно-образне), інтелекту (нерозуміння переносного значення прислів'їв), емоцій (емоційна лабільність, схильність до афективних спалахів), волі (підвищена рухливість, непосидючість) та уваги (нестій-

ка, підвищене відволікання). Рівень інтелектуального коефіцієнту (IQ) визначався в межах 60–68.

Частота α -ритму на ЕЕГ складала 8–12 коливань/с, α -індекс – 50–90, регіонарні відмінності були згладжені, але з'являлися під час проведення гіпервентиляції (ГВ), амплітуда α -ритму збільшувалась при ГВ, реєструвалися пароксизми гіперсинхронних α -хвиль у задніх або усіх відведеннях, амплітудою до 60 мкВ і трансцеребральні розряди θ -хвиль, амплітудою до 70 мкВ, з акцентом в одній із півкуль.

У групі хворих з легким ступенем РВ і ознаками органічного ураження головного мозку, в анамнезі відзначено спадкову обтяженість, під час пологів вони перенесли черепно-мозкову травму (ЧМТ) або народилися “в асфіксії”, у подальшому в них спостерігались судомні напади, сноходіння, енурез, ЧМТ.

У неврологічному статусі таких хворих було виявлено східну косоокість, слабкість конвергенції, легкий птоз, асиметрію носо-губних складок, девіацію язика, анізорефлексію з рук і ніг, тремор повік, вегетативні розлади (гіпергідроз долонь, стійкий червоний дермографізм), хиткість у позі Ромберга.

При проведенні ЕхоЕС зміщення серединних структур не виявлялося, ширина 3-го шлуночка становила 5–7 мм. На очному дні спостерігалось розширення вен сітківки, а при проведенні РЕГ – явища дистонії з ознаками ангіоспазму, лабільність тонуусу судин.

Психічний статус: порушення пам'яті (зниження процесів запам'ятовування та відтворення), мислення (поверхнєве, інертне, конкретно-образне, рівень узагальнень знижений на вербальному і невербальному рівнях), інтелекту (аналітико-комбінаторні можливості знижені, коло інтересів обмежене, нерозуміння переносного значення прислів'їв), емоцій (емоційна лабільність, дратівливість), волі (нерішучість, розгубленість) та уваги (переважає пасивна увага, важке переключення активної уваги, низька продуктивність її). Рівень IQ визначався в межах 50–57.

Частота α -ритму у таких хворих складала 9–12 коливань/с, α -індекс – 40–70, регіонарні відмінності були згладжені з відсутністю реакції коркових структур на функціональні навантаження, реєструвалися виражені зміни активності верхньо-стовбурових структур за ірритативним типом. За наявності в анамнезі хворих судомних нападів, на ЕЕГ спостерігалися часті трансцеребральні розряди високоамплітудних (до 100 мкВ) θ - δ -хвиль з вогнищевими порушеннями в одній із півкуль.

При помірному ступені РВ з відсутністю в анамнезі даних за органічне ураження головного

мозку в неврологічному статусі хворих було виявлено слабкість конвергенції, асиметрію носо-губних складок, анізорефлексію з рук і ніг.

При проведенні ЕхоЕС зміщення серединних структур не виявлялося, ширина 3-го шлуночка складала 6–7 мм. На РЕГ реєструвалися ознаки підвищення тонуусу судин середнього і великого калібру.

У психічному статусі: виражене порушення процесів запам'ятовування та відтворення, мислення торпідне, деталізоване, судження примітивні, інтелектуальні функції обмежені, запас знань та уявлень досить низький, емоційна незрілість, підвищена дратівливість. Рівень IQ визначався в межах 45–49.

Частота α -ритму у таких хворих складала 8–11 коливань/с, α -індекс – 50–80, регіонарні відмінності були згладжені, амплітуда α -ритму збільшувалась при ГВ, реєструвалися трансцеребральні розряди білатерально-синхронних θ -хвиль, амплітудою до 85 мкВ.

У хворих з помірним ступенем РВ, у яких мало місце органічне ураження головного мозку, в анамнезі виявлено енурез, судомні напади, сноходіння, а окремі із них перші слова почали вимовляти лише у трирічному віці.

У неврологічному статусі: мікроцефальний череп, обмеження рухів очних яблук в різні боці, слабкість конвергенції, асиметрія носо-губних складок, девіація язика, анізорефлексія з рук і ніг, позитивні симптоми орального автоматизму, патологічні рефлекси Бабінського і Штрюмпеля, виражені вегетативні розлади, хиткість у позі Ромберга.

Ширина 3-го шлуночка при проведенні ЕхоЕС складала 7–8 мм. На очному дні спостерігалось розширення вен сітківки або явища венозного застою, а при проведенні РЕГ – підвищення тонуусу судин різного калібру, ознаки утруднення венозного відтоку з порожнини черепа.

Психічний статус: різке зниження загального темпу психічної діяльності, швидке виснаження психічних процесів, різко послаблене запам'ятовування, знижений об'єм мнестичних функцій, мислення конкретне, малорухливе, сповільнене, судження надто примітивні, абстрагування відсутнє, мова бідна, з порушенням модуляції та вимови звуків, запас знань низький – не можуть виконувати арифметичні дії в межах 10, різко знижений рівень конструктивного праксису, емоційна лабільність, безпричинний сміх, плаксивість, бездіяльність, агресивність, розгалюваність. Рівень IQ визначався в межах 42–47.

Частота α -ритму у таких хворих складала 8–10 коливань/с, α -індекс – 40–60, регіонарні

відмінності й реакція коркових структур на функціональні навантаження не виявлялися, реєструвалася вогнищева патологія у вигляді високоамплітудних повільних хвиль в одній або декількох ділянках головного мозку і часті трансцеребральні розряди високоамплітудних білатерально-синхронних θ - δ -хвиль, амплітудою до 110 мкВ.

Таким чином, результати проведеного дослідження показали наявність певних кореляцій між вираженістю клініко-психопатологічних змін і показників ЕЕГ у хворих на легкий і помірний ступені РВ.

Висновки

1. При легкому ступені РВ на ЕЕГ у хворих збережена реактивність церебральних структур на функціональні навантаження, але реєструються зміни активності кіркових і серединних структур ірритативного характеру. За наявності в анамнезі даних за органічне ураження головного мозку на ЕЕГ хворих спостерігаються ознаки різкого зниження функціональної реактивності церебральних структур і суттєві зміни активності мезо-діенцефальних структур за пароксизмальним тишем з вогнищевими порушеннями в одній із півкуль.

2. При помірному ступені РВ на ЕЕГ реєструються ознаки зниження функціональної реактивності церебральних структур і зміни активності серединних структур. За наявності в анамнезі даних за органічне ураження головного мозку на

ЕЕГ хворих не відзначено реакції церебральних структур на функціональні навантаження і спостерігаються виражені зміни активності мезо-діенцефальних структур; має місце чітка вогнищева патологія.

Література. 1. *Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні: Зб. наук. праць.* – Харків: УНДКІЕНІ МОЗ України, 1999. – 236 с. 2. *Гончаренко С.А., Манилова Л.М.* Комплексная диагностика интеллектуального развития учащихся 7–11 классов // *Практ. психол. та соц. робота.* – 1998. – №4. – С.24–28. 3. *Лукашевич И.П.* Исследования нейрофизиологических механизмов задержки психического развития у детей. Структурный анализ ЭЭГ // *Физиология человека.* – 1998. – Т.24, №1. – С.16–20. 4. *Психіатрія /* Напресенко О.К., Влох І.Й., Голубков О.З. / За ред. проф. Напресенка О.К. – К.: Здоров'я, 2001. – С.536–558.

КЛИНИКО-ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ СТУПЕНЯМИ УМСТВЕННОГО ОТСТАВАНИЯ

В.Г. Деркач, С.П. Сагалаев, В.Д. Шевчук, С.В. Погирляк

Резюме. На основании проведенного исследования установлена связь между клиническими и электроэнцефалографическими данными у больных с легкой и умеренной степенью умственного отставания.

Ключевые слова: умственная отсталость, большие, электроэнцефалография, психический статус.

CLINICOELECTROENCEPHALOGRAPHIC PARALLELS IN PATIENTS WITH DIFFERENT STAGES OF MENTAL RETARDATION

V.G. Derkach, S.P. Sagalaiev, V.D. Shevchuk, S.V. Pogirlyak

Abstract. On the basis of a research it was ascertained that there existed a correlation between clinical and electroencephalographic data in patients with the mild and medium degrees of mental retardation.

Key words: mental retardation, patients, electroencephalography, psychic status.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. – 2002. – Vol.1, №1. – P.59–61.

Надійшла до редакції 22.04.2002