

ДЕЯКІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЗАКРИТУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ

Л. С. Мілевська-Вовчук, С. І. Шкробот, В. В. Вовчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
ННІ медсестринства*

Стаття розкриває зміни певних нейропсихологічних функціональних систем на тлі перенесеної закритої черпно-мозкової травми, визначає їх зв'язок із клінічною формою отриманої травми, тривалістю післятравматичного періоду, віком та статтю пацієнтів, наявністю у них супутньої патології тощо.

SOME NEUROPSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY

L. S. Milevska-Vovchuk, S. I. Shkrobot, V. V. Vovchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing*

The article describes changes of certain neuropsychological functional systems on the background of closed craniocerebral injury, defines its connection with clinical form of trauma, duration of after traumatic period, patient's age and sex, presence of concomitant diseases and so on.

Вступ. Проблема вивчення патології черепно-мозкової травми (ЧМТ) залишається незмінно актуальною для клінічної медицини вже протягом кількох останніх десятиліть (Пашинян Г. А. с соавт., 1993; Adams I. H., 1983; lafek B. W. et al., 1989). ЧМТ складає 30–40 % у загальній структурі травматизму, а серед поєднаних травм на її частку припадає близько 80 % (Васин Н. Я. с соавт., 1986), що визначає актуальність її вивчення представниками різних медичних дисциплін (Ромоданов А. П., 1989; Лихтерман Л. Б., 1988; Пашинян Г. А. с соавт., 1993; Adams I. H., 1983; lafek B. W. et al., 1989). Досить обґрунтованим звучить твердження Попова В.Л. (1988) про те, що велика частота та висока інвалідизація внаслідок травм голови підкреслює безсумнівну медико-соціальну значущість черепно-мозкової травми.

Таким чином, актуальність даної проблеми підтверджує доцільність подальшого її вивчення та залучення усіх ланок медичного персоналу

до лікувально-діагностичного процесу з метою його оптимізації.

Основна частина. Мета роботи – дослідити особливості пам'яті, втомлюваності, уваги та стан емоційно-вольової сфери у пацієнтів, що перенесли закриту ЧМТ.

Нами обстежено 30 осіб віком від 18 до 58 років. Згідно з рекомендаціями ВООЗ усі пацієнти були розділені на вікові групи: молодий вік (до 29 років) – 26,7 %; середній вік (30–44 роки) – 40 %; зрілий вік (45–59 років) – 33,3 %. За гендерною ознакою хворих поділили на дві групи: 5 (16,7 %) жінок та 25 (83,3 %) чоловіків. Обстежувані пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічних відділеннях Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні.

Струс головного мозку перенесли 6 (20 %) пацієнтів; забій – 21 (70 %) (з них – 9 (30 %) – легкого, 7 (23,3 %) – середнього, а 5 (16,7 %) тяжкого ступеня); 3 (10 %) мали стиснення головного мозку.

Виробничу травму («промислову» та сільсько-господарську) отримали 6 (20 %) обстежуваних, а невиробничу – 24 (80 %) пацієнти основної групи (з них 12 (40 %) побутового характеру, 8 (26,7 %) внаслідок ДТП, 4 (13,3 %) вуличного типу).

Післятравматичний період до 2 років мав місце у 9 (30 %) осіб, від 2 до 5 років – у 14 (46,7 %) хворих та понад 5 років – у 7 (23,3 %) обстежуваних.

У 23 (76,7 %) обстежуваних нами осіб було виявлено наявність супутньої патології, а саме – патологію органів шлунково-кишкового тракту (30 %), сечовидільної системи (13,3 %), органів дихання (23,3 %), зору (10 %).

Лікарем-психіатром у обстежуваних діагностовано наступні відхилення: астеничний синдром – у 13,3 % осіб, астено-невротичний – у 23,3 %, астено-депресивний – у 13,3 %, психоорганічний – у 10 %, зниження пам'яті – у 20 %, інтелектуальні та мнестичні порушення – у 20 % осіб відповідно.

Дані комп'ютерно-томографічного (КТ) обстеження показали, що у 3 пацієнтів (10 %) КТ була без відхилень, у 2 (6,7 %) хворих відмічалася ізольоване розширення IV шлуночка, у 7 (23,3 %) – виявлено ознаки розширення шлуночкової системи, у 6 (20 %) – розширення субарахноїдальних просторів великих півкуль мозку, у 4 обстежуваних (13,3 %) спостерігалися гіподенсивні посттравматичні вогнища у скроневій, лобно-скроневій та скронево-тім'яній частках, у 3 (10 %) осіб виявлено кіркову та підкіркову атрофії мозку.

ЕЕГ-дослідження виявило у 4 (16 %) обстежуваних локальні зміни, що корелювали у клініці з пароксизмальними змінами та синдромом рухових порушень, у 14 (56 %) хворих – порушення основної кіркової ритміки, характерні для вираженого астеничного синдрому, у 7 (28 %) пацієнтів – кірково-підкіркові порушення, які відповідають клінічним синдромам лікворної гіпертензії та вегето-судинної дистонії.

Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб.

Обстежуваним хворим з метою оцінки стану нейропсихологічних функціональних систем проведено тест 10 слів Лурія та оцінку емоційного фону за шкалою Бека.

Отримані дані оброблено методом варіаційної статистики за допомогою прикладної програми SPSS, 13.0.

Ретельний аналіз результатів дослідження пам'яті, втомлюваності та уваги виявив залежність емоційно-вольової сфери осіб, що перенесли закриту ЧМТ, від клінічної форми травми. Так, 50 % осіб, що перенесли струс головного мозку, не мали порушень з боку пам'яті, втомлюваності та уваги. У пацієнтів, що мали забій головного мозку, домінували такі розлади: при забої легкого ступеня – зниження пам'яті та виражена втомлюваність (77,8 %); при забої середнього ступеня – емоційна в'ялість та відсутність зацікавленості (42,8 %); при забої тяжкого ступеня – нестійкість уваги (40 %) та емоційна в'ялість і відсутність зацікавленості (40 %). Стиснення головного мозку, як правило, супроводжувалося емоційною в'ялістю та відсутністю зацікавленості (66,7 %).

Залежно від віку нами було встановлено такі розлади емоційно-вольової сфери: у молодих пацієнтів, віком до 29 років, домінувало зниження пам'яті та виражена втомлюваність (62,5 %); у пацієнтів середнього віку (30–44 роки) переважала емоційна в'ялість та відсутність зацікавленості (50 %); у осіб зрілого віку (45–59 років) – емоційна нестійкість (40 %).

Емоційна нестійкість домінувала, як правило, у жінок, що перенесли закриту ЧМТ (60 %). У чоловіків найчастіше зустрічалася зниження пам'яті та виражена втомлюваність (36 %).

Тривалість післятравматичного періоду також впливала на тип емоційних розладів. У період до 2 років переважала емоційна нестійкість (44,5 %); від 2 до 5 років – зниження пам'яті та виражена втомлюваність (57,1 %); після 5 років – зустрічалася з однаковою частотою емоційна в'ялість та відсутність зацікавленості (42,8 %) і зниження пам'яті та виражена втомлюваність (42,8 %).

У групі хворих, що мали супутню патологію, найвиразніші зміни з боку пам'яті та уваги виявлено у пацієнтів з патологією шлунково-кишкового тракту та сечовидільної системи.

При диференціюванні типу емоційних розладів залежно від клінічної форми отриманої травми встановлено, що струс та забій головного мозку легкого ступеня переважно супроводжувалися м'якою депресією (66,7 та 55,6 % відповідно); забій головного мозку середнього і тяжкого ступеня – помірною депресією (42,8 % та 60 % відповідно); стиснення головного мозку – вираженою депресією (66,7 %).

Помірна депресія переважно зустрічалася у віковій групі до 29 років (50 %), у групі 30–44

роки – домінувала м'яка депресія (50 %), у зрілих осіб (45– 59 років) здебільшого емоційні порушення були відсутніми (50 %).

Виражена депресія частіше діагностувалася у жінок (40 %), для чоловіків була більш характерною м'яка депресія (44 %).

Емоційні розлади різної інтенсивності переважно зустрічалися у осіб, що перенесли ЧМТ протягом останніх 5 років: домінувала м'яка депресія (44,5 % осіб із тривалістю після травматичного періоду до 2 років; 42,9 % пацієнтів із терміном після травми 2–5 років). У більшості (42,8 %) обстежуваних з тривалістю післятравматичного періоду понад 5 років були відсутні порушення емоційно-вольової сфери.

У групі хворих, що мали супутню патологію, найбільш виражені зміни емоційно-вольової сфери виявлено у пацієнтів з патологією шлунко-кишкового тракту та сечовидільної системи.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновки, що стан пам'яті та уваги осіб, що перенесли закриту ЧМТ, залежить від клінічної форми отриманої травми: із ускладненням форми закритої ЧМТ зростає кількість осіб, що характеризуються емоційною в'ялістю, відсутністю заці-

кавленості та нестійкістю уваги. Розлади пам'яті та уваги поглиблюються з віком. У жінок серед різних порушень переважає нестійкість уваги, у чоловіків домінує емоційна в'ялість та відсутність зацікавленості. Тип порушень пам'яті та уваги залежить і від тривалості післятравматичного періоду: так, протягом перших 2 років після травми найчастіше зустрічається нестійкість уваги, через 2-5 років – переважно спостерігається зниження пам'яті та підвищена втомлюваність, після 5 років – домінує емоційна в'ялість, відсутність зацікавленості, зниження пам'яті та уваги, зростає втомлюваність.

Результати проведених досліджень показали, що емоційне тло осіб, що перенесли закриту ЧМТ, залежить від клінічної форми отриманої травми, при чому ускладнення травми, як правило, супроводжується поглибленням емоційних розладів. Порушення емоційної сфери більш характерні для осіб молодого та середнього віку, переважно жіночої статі та більш виражені одразу після травми (період до 2 років).

ЛІТЕРАТУРА

1. Авербах Я. К. О некоторых особенностях течения психических расстройств на отдаленном этапе ЧМТ / Я. К. Авербах // Актуальные вопросы психиатрии. – М., 1981. – С.12.

2. Акбарова Н. И. Нейропсихологическое исследование нарушений памяти при тяжелой закрытой ЧМТ / Н. И. Акбарова // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1971. – № 6. – С. 812–816.

3. Акбарова Н. И. Нейропсихологический анализ мнестических нарушений при закрытой ЧМТ: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. / Н. И. Акбарова. – М., 1971.

4. Доброхотова Т. А. Прогноз восстановления психической деятельности больных с ЧМТ : клиническое руководство по ЧМТ / Т. А. Доброхотова, О. С. Зайцев, С. В. Ураков ; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – М. : Антидор, 2002. – Т.3. – Глава 29.1. – С. 463-498.

5. Arciniegas D.B. Neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury / D. B. Arciniegas, J. Topkoff, J. M. Silver // Current treatment options in neurology. – 2000. – Vol.2 – N2. – P. 169–186.