

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАКРИТОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

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

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

У статті викладено особливості змін когнітивних функцій у хворих, що перенесли закриту черепно-мозкову травму та вплив різних чинників на стан когнітивної сфери у даного контингенту населення.

THE PECULIARITIES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY

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

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

The article describes the peculiarities of cognitive impairment in patients with closed craniocerebral injury and influence of different factors on such impairment.

Вступ. Травматизм у сучасних умовах є важливою соціально-економічною проблемою через невпинну урбанізацію та механізацію життя. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) за частотою, соціальною значимістю та наслідками займає почесне місце у зрізі нозологічних форм, що спричиняють загибель та стійку втрату працездатності пацієнтів, і, відповідно, зниження трудових ресурсів держави. Протягом останнього часу частота поширеності хворих з ЧМТ в Україні зростає і на сьогодні становить 4–4,2 на 100 тис. населення.

Одним з головних чинників, що визначають дезадаптацію потерпілих внаслідок важкої черепно-мозкової травми (ЧМТ), є порушення когнітивної сфери, які унеможливають у багатьох випадках повноцінну професійну діяльність, соціальне життя тощо.

Таким чином, актуальність і значущість даної проблеми підтверджує доцільність подальшого вивчення і дослідження різних її аспектів для розробки науково обґрунтованих заходів, що сприяли б оптимізації лікувально-діагностичного процесу.

Основна частина. Мета роботи – дослідити особливості когнітивних розладів у пацієнтів, що

перенесли закриту ЧМТ. Під спостереженням перебували 30 пацієнтів віком від 18 до 58 років. Усі пацієнти були розділені на вікові групи (згідно з рекомендаціями ВООЗ): молодий вік – до 29 років (26,7 %), середній вік – від 30 до 44 років (40 %), зрілий вік – від 45 до 59 років (33,3 %). Серед обстежуваних було 5 (16,7 %) жінок та 25 (83,3 %) чоловіків. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічних відділеннях Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні.

Серед обстежуваних пацієнтів 6 (20 %) перенесли струс головного мозку, 21 (70 %) – забій (з них – 9 (30 %) – легкого, 7 (23,3 %) – середнього, а 5 (16,7 %) тяжкого ступеню) та 3 (10 %) осіб 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).

Тривалість періоду після травми становила до 2 років у 9 (30 %) осіб, від 2 до 5 років – у 14 (46,7 %) хворих та понад 5 років – у 7 (23,3 %) обстежуваних.

Серед усіх обстежуваних хворих у 23 осіб (76,7 %) виявлено наявність супутньої патології, а

саме – патологія з боку органів шлунково-кишкового тракту (30 %), сечовидільної системи (13,3 %), органів дихання (23,3 %), зору (10 %).

Усі хворі були проконсультовані лікарем-психіатром: астенічний синдром виявлено 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.

Усім обстежуваним було проведено комп'ютерно-томографічне (КТ) обстеження. Результати даного обстеження виявили, що у 3 пацієнтів (10 %) КТ була без відхилень, у 2 (6,7 %) хворих відмічалася ізольоване розширення IV шлуночка, у 7 (23,3 %) – наявні 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 атрофію мозку.

До контрольної групи увійшли 10 практично здорових осіб.

Усім хворим з метою оцінки когнітивних функцій проведено один з найпростіших та найінформативніших тестів – тест малювання годинника, який допомагає диференціювати деменцію лобного типу, альцгеймерівську деменцію та деменцію з переважним ураженням підкіркових структур.

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

Аналіз результатів проведення тесту малювання годинника показав, що 9 (30 %) осіб мали труднощі під час самостійного виконання завдання, проте легко виставили заданий час на вже готовому циферблаті, що свідчить про наявність у них лобної деменції; 18 (60 %) пацієнтів не лише не впоралися із поставленим завданням, але й допускали помилки при виставленні часу на готовому циферблаті, що свідчить про наявність деменції альцгеймерівського типу; 3 (10 %) обстежуваних швидко виконали дане завдання.

Серед осіб, які перенесли струс головного мозку, у 1 (16,7 %) пацієнта було порушене самостійне малювання, проте збереглася здатність розташувати стрілки на вже намальованому циферблаті, що підтверджує наявність в останнього лобної деменції; у 2 (33,3 %) осіб виникали труд-

нощі в обох випадках: і при самостійному малюванні, і при розміщенні стрілок на вже намальованому циферблаті, що свідчить про деменцію альцгеймерівського типу. Швидко і вірно впоралися із даним завданням 3 (50 %) обстежуваних, що вказує на відсутність у них когнітивних порушень.

Пацієнти, що перенесли забій головного мозку, виконали тест малювання годинника наступним чином: 1 (11,1 %) особа із забоем легкого ступеня не впоралася лише із самостійним малюванням; 8 (88,9 %) хворих із даним типом травми мали труднощі при розташуванні стрілок на вже готовому циферблаті; при забої середнього ступеня – у 2 (28,6 %) хворих спостерігалася невірне розташування цифр на циферблаті, у 5 (71,4 %) – стрілки на вже намальованому циферблаті вказували час невірно; при забої тяжкого ступеня – у 3 (60 %) обстежуваних заданий час на готовому циферблаті був просто обведений колом, у 2 (40 %) – цифри на циферблаті були розміщені проти годинникової стрілки. Отримані результати свідчать про наявність лобної деменції у тих осіб, що не впоралися лише із самостійним малюванням, але були спроможні чітко виставити заданий час на вже готовому циферблаті. Альцгеймерівська деменція має місце у тих пацієнтів, які не впоралися навіть із завданням відтворити час на вже готовому циферблаті.

Серед осіб, які перенесли стиснення головного мозку, 2 (66,7 %) – впоралися із завданням розташувати стрілки на вже намальованому циферблаті; 1 (33,3 %) – не лише не впорався із самостійним завданням, але й не був спроможним відобразити заданий час на зображеному циферблаті, що підтверджує наявність у нього деменції альцгеймерівського типу (рис.1).

Залежно від тривалості післятравматичного періоду у ході дослідження нами було виявлено наступні типи когнітивних порушень: у групі, що перенесли закриту ЧМТ у період до 2 років, лобну деменцію діагностовано у 2 (22,2 %) осіб, деменцію альцгеймерівського типу – у 5 (55,6 %) обстежуваних відповідно. Відсутність когнітивних порушень спостерігалася у 2 (22,2 %) пацієнтів.

Серед хворих, тривалість післятравматичного періоду яких становив від 2 до 5 років, у 3 (21,4 %) осіб виявлено лобну деменцію; у 10 (71,4 %) – деменцію альцгеймерівського типу. Відсутність когнітивних порушень спостерігалася у 1 (7,2 %) пацієнта.

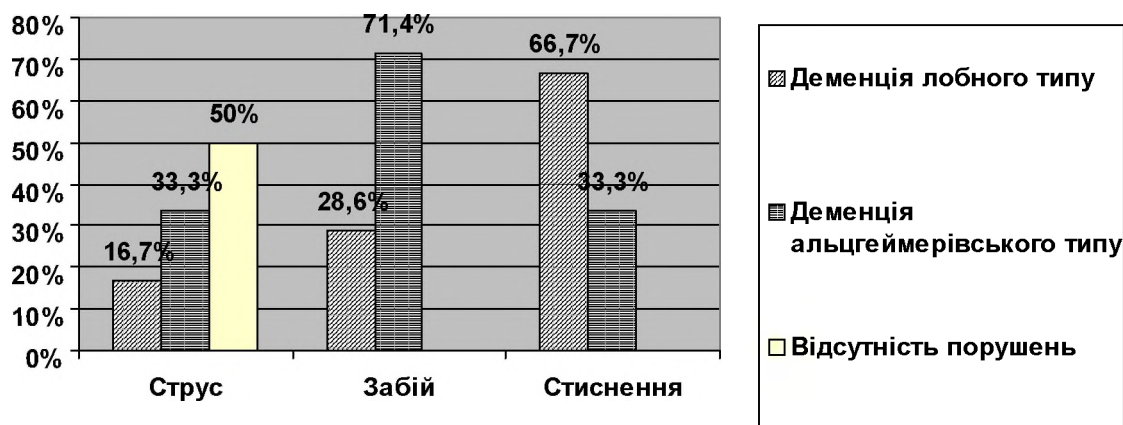


Рис. 1. Тип когнітивних порушень залежно від клінічної форми отриманої травми.

У групі хворих, з тривалістю післятравматичного періоду понад 5 років, спостерігалася лобна деменція – у 4 (57,1 %); деменція альцгейме-

рівського типу – у 3 (42,9 %) обстежуваних відповідно (рис. 2).

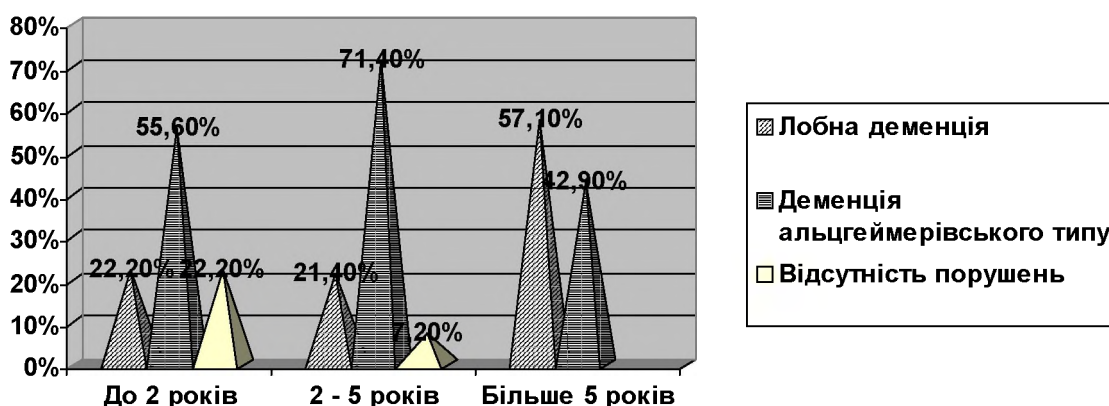


Рис. 2. Тип когнітивних порушень залежно від тривалості післятравматичного періоду.

Висновки. Таким чином, ретельний аналіз результатів проведених досліджень дозволяє зробити висновок про те, що глибина когнітивних порушень залежить від клінічної форми отриманої ЧМТ (лобна деменція домінувала у осіб, що перенесли стиснення головного мозку, а деменція альцгеймерівського типу – у пацієнтів із за-

боєм головного мозку). Поглиблення когнітивних розладів у пацієнтів, що перенесли закриту ЧМТ, корелює також із зростанням тривалості післятравматичного періоду. Отримані результати мають важливе значення для вчасного проведення адекватних методів корекції та повинні враховуватися у ході проведення лікувально-трудової та судово-психіатричної експертизи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Доброхотова Т. А. Прогноз восстановления психической деятельности больных с ЧМТ / Т. А. Доброхотова, О. С. Зайцев, С. В. Ураков ; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова //

Клиническое руководство по ЧМТ. – М. : Антидор, 2002. – Т. 3, Глава 29.1. – С. 463–498.

2. Maas A. I. R. Current recommendation for neurotrauma / A. I. R. Maas // Current Opinion in Critical Care. – 2000. – P. 281–292.