

УДК 616.831-001.3-037

ДЕЯКІ КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАСЛІДКІВ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

©С.І. Шкробот, З.В. Салій, О.Ю. Бударна

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

РЕЗЮМЕ. З метою встановлення клінічних особливостей легкої черепно-мозкової травми провели комплексне (клініко-параклінічне) обстеження 55 хворих – 38 хворих з струсом головного мозку та 17 – з забоєм головного мозку легкого ступеня. Провідними клінічними синдромами у хворих з легкою ЧМТ були вегетативно-дистонічний, астеничний, церебрально-вогнищевий та судомний. Відсоток хворих з вегетативно-дистонічним та астеничним синдромами був більшим за умови перенесеного струсу головного мозку, з церебрально-вогнищевим та судомним – за умови забою головного мозку легкого ступеня. У хворих з забоєм головного мозку легкого ступеня вдвічі частіше, ніж при струсі, виникали переважно прогресуючі наслідки травми.
КЛЮЧОВІ СЛОВА: легка черепно-мозкова травма, наслідки.

Вступ. Актуальність у клінічному та соціально-умовленні значення наслідків черепно-мозкової травми (ЧМТ) обумовлена як їх частотою, так і тяжкістю клінічних проявів. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні осіб з гострою ЧМТ, фіксується збільшення числа наслідків травматичних уражень головного мозку, не завжди адекватних тяжкості перебігу гострого періоду [3]. Дослідження останнього десятиліття спростували уявлення про легку ЧМТ як патологію, що не залишає по собі відтермінованих розладів. Катамнестично доведено, що у 50–60 % пацієнтів різного віку через декілька років після травми виявляють різноманітні порушення, деколи й інвалідизуючі [4, 5].

Згідно з класифікацією до легкої ЧМТ належать струс та забій головного мозку легкого ступеня [1]. У формуванні клінічної картини віддаленого періоду легкої черепно-мозкової травми ведучу роль відіграють вегетативно-судинні, ліквородинамічні, імунні механізми [2].

Мета дослідження – аналіз клініко-параклінічних особливостей наслідків легкої ЧМТ для уточнення напрямків диференційованого лікування.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилися 55 хворих, середній вік ($30,04 \pm 1,87$), жінок було 12, чоловіків – 43. У всіх пацієнтів діагноз було підтверджено відповідною документацією гострого періоду травми, згідно з якою було сформовано дві групи: перша – 38 хворих – перенесли струс головного мозку, друга – 17 хворих – забій легкого ступеня. Слід зазначити, що частка даної патології склала 33 % від усіх пацієнтів з наслідками ЧМТ, які знаходилися на лікуванні у неврологічному відділенні ТОККПНЛ. В дослідженні використовували загальноклінічні, нейрофізіологічні, нейровізуалізаційні методи.

Результати й обговорення. Струс головного мозку перенесли 38 хворих, середній вік –

(25,65±1,34) років, жінки становили 10,5 %, чоловіки – 89,5 %. Травма була зумовлена ДТП у 2-х випадках (5,2 %), падінням з висоти – у 5 (13,1 %), нещасним випадком: на виробництві – у 1 (2,6 %), під час військової служби – в 1 (2,6 %), у побуті – у 29 (76,3 %). В гострому періоді ЧМТ поєднувалася із забоем нирок (2,6 %), переломом ключиці (5,2 %), переломом нижньої щелепи (2,6 %), спинальною травмою (2,6 %).

Середній термін, що минув з моменту травми, склав 42 тижні (3,5 роки): менше року – у 14 хворих (40 %), від 1 до 2-х років – у 11 (28,9 %), більше двох років – 13 (34,2 %) (при цьому у трьох хворих цей термін сягнув 12, 22 та 30 років). Окрім лікування, метою у 86,8 % випадків було вирішення експертних питань, щодо придатності до служби у лавах Української армії – 50 %, працездатності – 36,8 %.

Домінуючою скаргою був біль голови: періодичний – (6), частий (2), постійний з пароксизмальним посиленням (29): без видимої причини (24), при хвилюванні (24), розумовому навантаженні (20), зміні атмосферного тиску (12). У переважній більшості пацієнтів біль мав дифузний характер, рідше (9) – лобно-скроневої локалізації та за типом гемікранії (3). За час перебування у стаціонарі у трьох пацієнтів були зафіксовані кризи: вегетативні (переважно симпатико-адреналового спрямування (5,2 %), лікворно-гіпертензійний (2,6 %).

Запаморочення при зміні положення тіла, фізичному навантаженні періодично турбували 14 пацієнтів (36,8 %). Розгорнуті судомні напади частотою від 1 до 4 на рік виникли через 2 роки після травми в одного хворого (2,6 %), протягом першого року – у двох хворих (5,2 %). Синкопальні стани, що повторювалися, були причиною госпіталізації трьох пацієнтів (7,8 %).

Загальна слабкість, нездатність зосередитися, зниження пам'яті на біжучі події, погіршення засвоєння прочитаного стали причиною дратівливості, заниженої самооцінки, порушень сну, пригніченості у 20 пацієнтів, які навчалися у коледжах та вишах.

Наведені вище скарги поєднувалися із змінами у неврологічному статусі у вигляді: позитивних рефлексів орального автоматизму (15), анізорефлексії (20), симптому Штрюмпеля (20), зниження черевних рефлексів (29), асиметрії носо-губних складок (21), болючості тригемінальних точок (21), ністагму (4), слабкості конвергенції (11), симптому Керніга (15), гіпакузії (6), амбліопії (4), гіпосмії (2), тремору кистей витягнутих рук (9), нестійкості в позі Ромберга (5).

Наслідки забою головного мозку легкого ступеня були причиною госпіталізації 17 хворих, середнього віку (39,7±1,2) років. Гострий період

захворювання поєднувався з субарахноїдальним крововиливом у двох пацієнтів (11,7 %), забоем спинного мозку – в одного (5,8 %), політравмою – у трьох (17,6 %). Серед причин ЧМТ домінували побутова – у 58,8 % та ДТП – у 29,4 % випадків.

З моменту гострої травми минуло в середньому 118 міс. (9,8 роки): до трьох років у п'яти хворих (29,4 %), більше трьох – у дванадцяти (70,6 %). У зв'язку з прогресуванням захворювання, приєднанням нової симптоматики, що знайшло підтвердження і параклінічно, у трьох хворих було діагностовано арахноїдит, в одного – енцефалопатію.

На відміну від попередньої групи, на біль голови скаржилися лише 12 пацієнтів (70,5 %), у двох із них спостерігалися кризи, за типом лікворно-гіпертензійних. Однак більшою була частка хворих з судомними нападами (41,1 %), синкопальними станами (11,7 %), розладами зору (11,7 %) й слуху (17,6 %) (унаслідок травми), слабкістю у кінцівках (35,3 %).

Прояви астенії: загальна слабкість, втомлюваність, дратівливість, сонливість турбували лише 41,1 % пацієнтів, проти 52,0 % – при струсі.

За провідним клінічним синдромом розподіл був таким:

- церебрально-вогнищевий синдром (40,5 % – при струсі головного мозку, проти 66,4 % – при забої легкого ступеня);
- судомний (7,8 %, проти 41,1 %);
- лікворо-динамічний (7,8 %, проти 17,6 %);
- вегетативно-дистонічний (42,1 %, проти 11,7 %);
- прояви нейроендокринного та психо-органічного синдромів були зафіксовані лише у пацієнтів, котрі мали в анамнезі забій головного мозку легкого ступеня (5,8 %).

Порівнюючи особливості перебігу наслідків ЧМТ, слід зазначити, що у пацієнтів, які перенесли забій легкого ступеня, переважно прогресуючі розлади (епілептичні напади, нейроендокринний синдром, синдром ВСД, гідроцефалія з порушенням гемодинаміки) зафіксовані у 88,2 % випадків. За умови перенесеного струсу головного мозку такі наслідки зустрічалися рідше – у 36,8 %.

Аналізуючи дані додаткових методів дослідження, ми виявили наступне: у 63,1 % хворих зі струсом головного мозку в анамнезі, на ЕКГ реєстрували відхилення у вигляді: синусової нормоаритмії у 11 (28,9 %), гіпоксії міокарда – 8 (21 %), тахікардії – у 2 (5,2 %) тощо. При забої головного мозку легкого ступеня відсоток таких хворих становив 23,5 % (брадикардія (1), аритмія (1), порушення провідності (1), зниження відновних процесів (1)), і це зважаючи на той факт, що пацієнти цієї групи були, в середньому, на 14 років старшими від пацієнтів першої групи.

При доплерографічному дослідженні судин головного мозку у 41,6 % пацієнтів першої групи та у 22,2 % пацієнтів другої групи відхилень виявлено не було. Однак ангіоспазм хребцевих артерій у першій групі зафіксовано у 54 % хворих, проти 22,2 % – у другій. Зворотним було співвідношення хворих обох груп, у яких діагностували утруднений венозний відтік: 4,1 %, проти 44,5 %.

Таким чином, зміни на ЕКГ та УЗДГ лише підтверджують клінічно встановлене переважаюче синдрому вегетативної дисфункції за умови перенесеного струсу головного мозку.

Функціональний стан мозку за даними ЕЕГ теж мав деякі відмінності в обох групах. ЕЕГ в межах фізіологічної норми була лише у 5,2 % хворих першої групи, тоді як у другій – у жодного. Судомна готовність з високим порогом збудливості нейронів зафіксована у 17,6 % пацієнтів – другої групи, проти 7,9 % – у першій.

У 34,2 % у хворих з наслідками струсу головного мозку виявлено зміни на комп'ютерній томограмі і стосувалися вони лише стану шлуночкової системи (звужені шлуночки – у 15,7 %, поширені – у 18,5 %). У групі із забоем головного мозку легкого ступеня в анамнезі кількість таких пацієнтів була майже вдвічі більшою (64,7 %), а зміни різноманітнішими: підпаутинні кісти візуалізувалися у 29,4 %, поширені бокові шлуночки та борозни конвексу – у 29,4 %, різко звужені шлуночки – у 5,8 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. К вопросу о диагностике сотрясения головного мозга / О.Н. Воскресенская, С.В. Терещенко, И.И. Шоломов, Н.Н. Соловых // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 2. – С. 50–53.

2. Мироненко Т.В. Лівородинамічні зміни при наслідках ЛЧМТ // Вісник наукових досліджень. – 1999. – № 2. – С. 102–103.

3. Можливості використання комплексної класифікації наслідків черепно-мозкової травми в прак-

Таким чином, проведений аналіз підтвердив, що незважаючи на легкий характер ЧМТ та значний період з моменту її виникнення, у хворих діагностували різноманітні відхилення клініко-параклінічних параметрів.

Висновки. 1. Провідними клінічними синдромами у хворих з легкою ЧМТ були вегетативно-дистонічний, астенічний, церебрально-вогнищевий та судомний. Відсоток хворих з вегетативно-дистонічним та астенічним синдромами був більшим за умови перенесеного струсу головного мозку, з церебрально-вогнищевим та судомним – за умови забою головного мозку легкого ступеня.

2. У хворих з забоем головного мозку легкого ступеня вдвічі частіше, ніж при струсі, виникали переважно прогресуючі наслідки травми.

3. Результати нейрофізіологічного та нейровізуалізаційного дослідження (зміни лікворо- та гемодинаміки, електричної активності та структури мозку) дозволяють об'єктивізувати клінічні функціональні й органічні розлади.

4. При визначенні напрямків лікування слід враховувати ведучі клініко-параклінічні зміни.

Перспективи подальших досліджень. У перспективі планується оптимізувати лікувальні програми для хворих з наслідками легкої черепно-мозгової травми з урахуванням ведучих клініко-параклінічних змін.

тиці медико-соціальної експертизи / Л.Ю. Науменко, Е.В. Лоїк, В.А. Голік, Т.М. Лукьянченко. – www.rusnauka.com

4. Одинак М.М., Коваленко А.П. Бетасерк в лечении последствий черепно-мозговой травмы и сосудистых поражений головного мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, № 7. – С. 55–57.

5. Ромоданов А.П. О прогрессирующем течении черепно-мозговой травмы // Журнал нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 1986. – № 6. – С. 40–43.

CLINICAL PECULIARITIES OF LIGHT CRANIAL TRAUMA CONSEQUENCES

S.I. Shkrobot, Z.V. Saliy, O.Yu. Budarna

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

SUMMARY. In order to establish clinical peculiarities of light cranial trauma 55 patients were examined. 38 of them had concussion of the brain, 17 of them suffered from light brain contusion. The main clinical syndromes in patients with light cranial trauma were autonomic-dystonic, asthenic, cerebral-focal, seizures. The percentage of patients with autonomic-dystonic and asthenic syndromes was higher in case of concussion of the brain, the percentage of patients with cerebral-focal and seizures was higher at light brain contusion. The patients with light brain contusion suffered from progressive trauma consequences twice frequent compared with patients with concussion of the brain.

KEY WORDS: light cranial trauma, consequences.