

УДК: 572.7:616.322-002.3

В.Е. Казаков МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГЗ «Ауганский государственный медицинский университет»

Казаков В.Е. Морфологические и клинические соотношения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы // Украинський морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 4. – С. 27-30.

Локализация морфологических изменений наряду с другими факторами имеет определенное значение в формировании клинической картины последствий черепно-мозговой травмы. Так, при отсутствии морфологических изменений отмечается посткоммоционный синдром. При наличии морфологических изменений в префронтальной зоне - органическое расстройство личности с асоциальными тенденциями, в височной - аффективные расстройства, в височно-теменной и височно-базальной - шизофреноподобные, в лобно-базальной - мориоподобные.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, морфология, клиника.

Казаков В.Є. Морфологічні та клінічні співвідношення у віддаленому періоді черепно-мозгової травми // Український морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 4. – С. 27-30.

Локалізація морфологічних змін поряд з іншими факторами має певне значення у формуванні клінічної картини наслідків черепно-мозгової травми. Так, за відсутності морфологічних змін відзначається посткоммоційний синдром. При наявності морфологічних змін у префронтальній зоні - органічне розлад особистості з асоціальними тенденціями, в скроневій - афективні розлади, в скронево-тім'яної і скронево-базальної - шизофреноподібні, в лобно-базальної - мориоподібні.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, морфологія, клініка.

Kazakov V.E. Morphological and clinical correlation in the late period of craniocerebral trauma // Український морфологічний альманах. – 2013. – Том 11, № 4. – С. 27-30.

Localization of morphological changes along with other factors has a certain importance in the formation of the clinical picture of craniocerebral injury. Thus, in the absence of morphological changes observed postkommotionny syndrome. In the presence of morphological changes in the prefrontal area - organic personality disorder with antisocial tendencies in the temporal - affective disorders in temporoparietal and temporo-basal - schizophreniform in fronto-basal - morioform.

Key words: brain injury, morphology, clinic.

Одним из главных факторов, которые определяют нарушения адаптации лиц, пострадавших после черепно-мозговой травмы (ЧМТ) являются психические нарушения, не позволяющие больным вернуться к прежней трудовой и социальной деятельности [1-3]. В настоящее время расширена возможность исследовать психопатологию черепно-мозговых травм с применением новых современных технологий [4]. Прогнозы черепно-мозговой травмы зависят от многих факторов, в первую очередь от клинического состояния больного, иммунологического состояния организма в момент травмы [5-6], биохимических особенностей метаболизма [7], а также от локализации травматического очага [8-9].

Целью данной работы является выявление взаимозависимости между клинической картиной отдаленных последствий ЧМТ и локализации морфологического очага.

Материалы и методы. Нами проведено лонгитудинальное клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследование 105 праворуких больных в возрасте от 21 до

52 лет, страдающих травматическими расстройствами

У всех больных детально изучался неврологический статус. Использовались инструментальные методы исследования (МРТ, КТ, ЭЭГ, РЭГ) для определения локализации поражения мозговых структур.

Статистическая обработка фактического материала проводилась на персональном компьютере Pentium при помощи программы Excel-2007 и включала оценку достоверностей погрешностей при помощи t-критерия Стьюдента.

Диагноз выставлялся соответственно критериям МКБ-X.

Все исследуемые перенесли ЧМТ, которые были представлены в следующем соотношении - 83,9% (88 чел.) перенесли сотрясение головного мозга, 6,7% (7 чел.) - легкий ушиб мозга, 4,7% (5 чел.) - ушиб мозга средней тяжести, 4,7% (5 чел.) - тяжелый ушиб. Сдавления мозга у пациентов не наблюдалось.

Результаты и обсуждение. При изучении клинической картины психозов у пациентов,

перенесших ЧМТ, виявлялись наступні варіанти расстройств: органічний галюциноз F 06.0 (11%); органічне бредове (шизофреноподібне) расстройство F 06.2 (32%); органічні (афективні) расстройства настроєння F 06.3 (12%); органічне тривожне расстройство F 06.4 (0.5%); органічне диссоціативне расстройство F 06.5 (0.5%); органічне расстройство личности F 07.0 (5.3%); посткоммоціонний синдром F 07.2 (33%); органічний амнестический синдром не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами F 04 (5.7%).

У 56 пацієнтів (53,3%), перенесших ЧМТ, не виявлено четкої локалізації очага. Неврологічні клінічні проявлення, відповідні розсіяній мікросимптоматикі, дизритмії на енцефалограмі, відсутності очаговості на КТ в 87% випадків відповідали посткоммоціонному синдрому. Посткоммоціонний синдром обмежується різними астеничскими проявленнями: ізолювано-астеничскими, астено-емоціональними і астено-вегетативними. Психопатологічно у хворих відмічалось декілька варіантів астєнії. При цьому основні проявлення «сквозної астєнії» були представлені явленнями астєнії з істощаємостью, астєнії з преобладанням подразжительної слабості і астєнії з преобладанням апатії. Астєніческий синдром являється сквозним, також тому, що він відмічається і в гострому, і в перехідному, і в віддаленому періоді ЧМТ. Проявлення травматическої астєнії являються основою, на яку надстраиваються і інші психопатологічские синдроми. В віддаленому періоді ЧМТ у пацієнтів преобладает адинаміческий компонент астєніческого синдрома – любое, даже незначительное, умственное или физическое усилие становится для хворих непосильним і мучительним. В період обострення хворі стараються лежати в постелі в затемненому кімнаті, уникати розмов, перегляду телепередач, читання книг. Пацієнтів утомляє все – як ні парадоксально, але вони устають навіть «лежати і нічого не робити». Дотримання норм гігієни, прийняття їжі кається їм непосильним трудом. Часто їх турбують сверлячі, розпираючі головні болі, а також «плутанина мислей». Вскоро приєднуються різноманітні і стійкі порушення сну, виникає істощаємость, тугоподвижность і прилипчивість уваги. Приєднуються вазовегетативні расстройства, а саме перепади АД, лабільність пульсу, гіпергідроз, гра вазомоторів і др. Через короткий проміжок часу починає наростати подразжительнось, у пацієнтів виникає гіперестезія ко всім подразжителям. Хворі скаржаться, що

чувствуют себя так, «словно з них содрали кожу». Їх раниють навіть дрібні життєві неприємності, які представляються їм непереодолимим перешкодою. Хворих мучають найменші шуми, доходячі з зовнішнього середовища, наприклад «краплі води в протікаючому крані рівносильні грохоту молота, б'ючого по наковалю». Випадкові прикосновєння в натовпі подібні фізическій болю. Пацієнтам трудно жити в колективі. На звичайні прохби або запитання вони реагують вибухами гніву. Їх поведінка руйнівна, накази суперечливі, а злоба неадекватна ситуації. Афективні вибухи сменяються усталістю, опустошеністю, а іноді і сльозами. Відмінною особливістю афекта являється тугоподвижность і ригідність. В 28% випадків астєнія сменяється апатією – виникає відсутність інтересу ко всім оточуючому – «все надіело, все докучает». Сон не приносить відпочинку – увіно хворі встають напруженими, вже уставшими. У таких хворих зазвичай звертають увагу на їх вялість. Апатія може бути тимчасовим проявленнем і в далішньому смениться астєнією, а може зберігатись в теченні багатьох років. На базі гіперстєніческої форми астєнії, протікаючої з подразжительнось і емоціональними вибухами, виникають тривожні стани. Апатическая форма астєнії з вялістю в увіночне час і очікуванням неприємностей от наступившего дня може стати базою для депресивних епізодів.

З теченням часу змінювалось і мислення даних хворих, виникали зазвичай не притаманні їм вязкість, інертність, тугоподвижность, застрягаємость на деталях, в речі все частіше починають зустрічатись переірації, наростає посттравматический психоорганіческий синдром.

У 10 (9,5%) пацієнтів з виявленням очага в префронтальному регіоні лобної доли відмічалось органічне расстройство личности, яке проявлялось подразжительнось, злобою, агресією, періодически сменяемой шутливістю, необґрунтованим веселієм, ейфорією. Іменно ця категорія хворих могла здійснювати антисоціальні акти. У них спостігалась вязкість, застрєвання, інертність асоціацій, ускладнювача викладення матеріалу, виражена відволікаємость. Ця група пацієнтів займає незначительний удільний вага в загальній масі хворих з органічскими расстройствами личности. Найбільша частина клініческої картини пацієнтів з органічскими расстройствами личности, не маючих четкої локалізації морфологіческого субстрату проявляється достаточеско компенсованими емоціонально-вольними расстройствами ко експлозивному, дистіми-

ческому типу и истероформному вариантам. Сложные переплетения вышеуказанных проявлений дополняются астеническими и вегетативными расстройствами с выраженной истощаемостью, заключающейся не только в снижении трудоспособности, но и истощаемости аффективного накала, в результате чего эксплозивные вспышки со злобно-разрушительным компонентом заканчиваются грубым раскаянием вплоть до плаксивости и самообвинения. Однако, несмотря на значительную распространенность в общей структуре расстройств личности пациентов, не представляющих ни малейшей угрозы обществу, социально адаптированных, характеризующихся позитивно членами семьи и трудового коллектива, данная группа входит в шифр F07.0 наряду с синдромом лобной доли, синдромом последствий лоботомии, состоянием после лейкотомии, затрудняя как статистический анализ, так и социальную квантификацию органических расстройств личности в целом. По нашему мнению, рубрику F07.0 целесообразно разделить, выделив по крайней мере 2 подгруппы, учитывающие прогнозы социального функционирования.

У пациентов с преобладанием поражения височной области (23 пациентов - 21,9%) отмечалось несоответствующее реальности хорошее физическое самочувствие, которое периодически сменялось дистимией с ипохондричностью, фиксацией на соматических проявлениях, сопровождающейся вегетативным дисбалансом. Во время этих состояний, несмотря на отдых и лечение, интенсивность головных болей и вегетативного дисбаланса не только не уменьшалась, но становилась все более выраженной. В дальнейшем, вышеуказанные дистимии вновь сменялись гипоманиями. Они были кратковременными, сопровождались суетливостью, хвастливостью, агрессией, употреблением пациентами психоактивных веществ и совершением противоправных поступков. Циклотимоподобные проявления на ранних этапах заболевания носили стертый характер, выявлялись с трудом, затем становились все более очерченными и в дальнейшем служили почвой для формирования фазной (аффективной) психопатологии травматического генеза. Патологические расстройства достигали уровня, нарушающего социальную адаптацию.

У 11 пациентов (10,5%) с шизоформными расстройствами преобладала очаговость в височно-теменной и височно-базальной области. Эти пациенты были в преморбиде замкнуты, избегали откровенных разговоров, даже с родителями, малоконтактны, у них имело место сочетание эмоциональной холодности и утонченной чувствительности, настороженно-

сти и легковерия, застенчивости и бестактности. При достаточно развитых интеллектуальных способностях, у них отмечался недостаток интуиции. При равнодушии и пренебрежении к так называемой «толпе», наблюдалась вычурность в одежде, подражание поведению и одежде кумирам, преимущественно музыкантам или спортсменам. Они словно подсознательно пытались обратить на себя внимание так ненавистных им окружающих. Несмотря на их осторожность и попытки избежать любого физически опасного происшествия, их неуклюжесть, неловкость и негармоничность моторики приводили к ЧМТ Шизоформным проявлениям предшествовал сиптомокомплекс с переплетением астенической, вегетативной и циклотимоподобной симптоматики. Затем в этот сложный комплекс включались отдельные истинные, преимущественно слуховые галлюцинации, через некоторое время уступающие место слуховому псевдогаллюцинозу и сочетающиеся с бредовыми идеями преследования, отношения, ревности. В 74% случаев данные расстройства хронифицировались и проявлялись частыми обострениями. При этом в 41% случаев в общую симптоматику включались эпизоды помраченного сознания, длящиеся от нескольких часов до 2-3 дней с яркостью и богатством психотических переживаний, полной или частичной конградной амнезией. В состоянии ремиссии в подостром периоде больные оставались не только социально адаптированными, но даже гиперсоциализированными.

Клиническая иллюстрация.

Больная N, 42 лет. За 6 лет до возникновения продуктивной психопатологии перенесла ЧМТ, после которой ее беспокоили головные боли, усиливающиеся при изменении погодных условий. Невропатологом подтвержден диагноз сотрясения головного мозга. Поступила в стационар в связи с тем, что была возбуждена, начала высказывать бредовые идеи, касающиеся «подмены» дочери и внука, пыталась разыскать своих «настоящих» родных. Обвиняла свою мать в том, что она хочет забрать ее квартиру, утверждала, что мать ворует у нее вещи. Якобы мать сделала копию ключей и в её отсутствие бродит по квартире. После проведенного лечения появилась критика к прежним высказываниям, помирилась с родными, восстановилась на работе. В настоящее время услужливая, вежливая, общительная, помогает дочери воспитывать ее маленького сына. Однако стала жаловаться на рассеянность и забывчивость.

У 5 пациентов (4,8%) с патологическим очагом в лобно-базальной области наблюдалась выраженная эйфория с дурашливостью, расторможенностью и конфабуляторными расстройствами. У этих больных очень быстро нарастали когнитивные расстройства, достигающие мориоподобной симптоматики.

Использованные нами патопсихологические и инструментальные методы диагностики позволили объективизировать диагностические суждения.

Выводы: Локализация морфологических изменений наряду с другими факторами имеет определенное значение в формировании клинической картины последствий ЧМТ. Так, при отсутствии морфологических изменений отмечается посткоммоционный синдром. При наличии морфологических изменений в префронтальной зоне - органическое расстройство личности с асоциальными тенденциями, в височной - аффективные расстройства, в височно-теменной и височно-базальной - шизофреноподобные, в лобно-базальной - мориоподобные.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О.С. Зайцев - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 336 с.
2. Доброхотова Т.А., Зайцев О.С. Психические нарушения при черепно-мозговой травме /Руководство по психиатрии: в 2-х т. // Под ред. А.С. Тиганова. - т. 2. - М.: Медицина 1999. - С. 156-191.
3. Arciniegas D.B. Neuropsychiatry: an introductory approach / D.B. Arciniegas, T.P. Beresford // Cambridge University Press. - 2001. - 438 p.
4. Амчеславский В.Г. Интенсивная терапия вторичных повреждений головного мозга в остром периоде ЧМТ (диагностика, мониторинг, алгоритмы терапии): Автореф. дис. ...докт. мед. наук. - М., 2002. - 57 с.
5. Нганкам А. Иммунологические маркеры тяжести и прогноза черепно-мозговой травмы / А. Нганкам, Н.В. Казанцева, М.М. Герасимова // Журн. неврол. и психиатр.. - 2011. - №7. - С. 61-65
6. Акимов Г.А. Аутоиммунные процессы в катамнезе травматической болезни головного мозга / Г.А. Акимов, Р.К. Шалерей, В.И. Головкин // Журн. неврол. и психиатр.. - 1978. - №3. - С. 370-375
7. Арушанян Э.Б. Защитное влияние мелатонина на поведенческие и морфологические расстройства, вызываемые черепно-мозговой травмой у крыс в разное время суток / Э.Б. Арушанян, С.С. Наумов, В.А. Пономарева // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2009, №5. - С.18-21.
8. Neuropsychological deficits in symptomatic minor head injury patients after concussion and mild concussion / Leininger B.E., Gramling S.E., Farrell A. D. e tal. // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. - 1990. - Vol. 30, №53. - P. 293-296.
9. Haller P. Das chronische organische psychosyndrom / P. Haller, A. Dress, H. Muller et al. // Med. Welt. - 1979. - Vol. 30, №3. - P.109-113

Надійшла 14.09.2013 р.

Рецензент: доц. Л.І. Чистолінова