

## Протекция когнитивных функций в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы

Клигуненко Е. Н., Емельянова Е. А.

Днепропетровская государственная  
медицинская академия,

КУ «Городская клиническая больница №2»,  
г. Кривой Рог, 50056, пл. 30-летия Победы, 2,  
8 0562 27-17-85, 8 0564 65-15-84,  
e-mail krb2kev@mail.ru

**Цель работы.** Изучить влияние комбинированной цитопротекторной терапии в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы (ОТЧМТ) на полноту последующего восстановления когнитивных функций.

**Материалы и методы.** Мы наблюдали 140 больных, средний возраст — 39,1 лет. Критериями включения больных были: уровень сознания, время от момента травмы, возраст, наличие открытой ТЧМТ. Оценивалась длительность нахождения в коме, восстановление когнитивных функций и восстановление трудоспособности. В зависимости от особенностей цитопротекторной терапии, больные были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли пострадавшие с ТЧМТ, которым проводилась стандартная интенсивная терапия с использованием ноотропов (пирацетам по схеме: от 12г до 4,6г в сутки). Больные 2 группы получали ноотропы в той же дозе и перфторан в дозе 1,5—2 мл/кг в сутки. Третья группа больных — в комплексе интенсивной терапии получала цитиколин от 2г в сутки по схеме (Сомазина) и Перфторан в дозе 1,5—2 мл/кг в сутки. У больных при поступлении, на 1, 3, 5, 7, 28—30 сутки и через 6 месяцев после травмы оценивали расстройств сознания, амнезию, уровни Когнитивных Функций, состояния мышечного тонуса и мышечной силы в паретичных конечностях (Шкала Спастичности Ашфорт и 6-балльная Шкала Оценки Мышечной Силы) нарушения речи, а также Шкала Исходов ЧМТ.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ показал, что в первой группе летальность составила 40,9%. Длительность коматозного периода составила в среднем 10 суток. Восстановление мышления, памяти, речи происходило к 28 суткам. Через 6 месяцев возврата к трудовой деятельности не имел не один больной. Во 2 группе летальность — 28,6%. Длительность коматозного периода составила в среднем 8 суток. Восстановление мышления, памяти, речи происходило к 20 суткам. Возврат к трудовой деятельности был у 12% больных. В 3 группе летальность составила 26,3%. Длительность коматозного периода составила в среднем 7 суток. Восстановление мышления, памяти, речи происходило к 14 суткам. Возврат к трудовой деятельности был у 56% больных. Таким образом, комбинация цитиколина с перфтораном сокращает общую летальность на 14,6%, продолжительность комы на 2—3 суток, ускоряет восстановление мышления, памяти, речи против контроля на 14 суток, полную социально-трудовую реадaptация увеличивается на 56%.

**Выводы.** Комбинация цитиколина с Перфтораном, начатая в первые 6—12 часов после ТЧМТ сокращает длительность коматозного периода, повышает качество восстановления когнитивных функций, что улучшает уровень социальной адаптации пострадавших.

## Влияние чрезликворной электростимуляции ствола мозга на качество жизни больных с посттравматическим вегетативным состоянием

Климаш А. В.

РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,  
Санкт-Петербург, Россия  
(директор института проф. В. П. Берснеев),  
тел. (812) 497-22-35, e-mail: klimash@list.ru

**Цель исследования.** Оценить влияние чрезликворной электростимуляции ствола мозга (ЧЛЭС) на качество жизни больных с посттравматическим вегетативным состоянием (ПВС).

**Материалы и методы.** Объектом исследования были 7 больных, в возрасте от 16 до 50 лет, перенесших тяжелую ЧМТ с угнетением сознания до комы II.

Всем пациентам была проведена ЧЛЭС по методике, разработанной в РНХИ им. проф. А. Л. Поленова (патент RU 2262365 С2 МПК7 А 61 N 1/05. Способ лечения тяжелой черепно-мозговой травмы. — № 2003119277). Все обследованные на момент первого сеанса стимуляции находились в ПВС. Электростимуляцию проводили трехкратно, ежедневно, длительностью до 10 месяцев. Продолжительность сеанса ЧЛЭС составила 10—15 мин. Параметры электрического тока подбирали индивидуально, по разработанной методике (Решение о выдаче патента на изобретение № 2006113759/11(014952) от 21.04.06). Восстановление психоневрологических функций оценивали по Loewenstein Communication Scale (LCS).

**Результаты.** Во время электростимуляции у всех больных клинически определяли реакцию пробуждения (РП). Непосредственно после проведения ЧЛЭС в ритмике ЭЭГ у всех больных отмечена реакция десинхронизации (РД) — смещение частотного диапазона колебаний в более быструю сторону.

С целью предотвращения избыточной стимуляции электрофизиологический мониторинг был дополнен исследованием акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП). Для стимуляции использовали только те параметры электрических импульсов, которые помимо РП и РД вызывали укорочение латентности пиков и межпиковых интервалов.

На фоне проведения ЧЛЭС у двух пациентов отмечено восстановление психоневрологических функций до 93 и 81 балла по LCS при исходных 21 и 24 баллах. У двух других больных констатировано восстановление психоневрологических функций до 58 и 54 баллов по LCS при исходных 19 и 31 баллах. У оставшихся трех пострадавших восстановление психоневрологических функций было до 23, 27 и 24 баллов по LCS при исходных 11, 17 и 22 баллах.

**Заключение.** ЧЛЭС способствует восстановлению психо-неврологических функций у больных с ПВС, тем самым улучшает качество их жизни. Полученные нами данные клинического и электро — физиологического обследований свидетельствуют об активации ретикулярной формации ствола мозга при данном методе электростимуляции