

safety, which manifests itself by no serious side effects and risk of overdose. At the same time, it should be remembered that the treatment should primarily consists in eliminating causal factors, as only in this case, the a full recovery is possible.

УДК [616/714/716+616.83]-001-071

Донник Т. А.

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ДО ТА ПІСЛЯ ПРОГРАМОВАНОЇ СЕНСОРНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ

Медичний центр "Інтермед", м. Харків

В статті вивчено динаміку нейропсихологічних показників у хворих з наслідками закритої черепно-мозкової травми до та після програмованої сенсорної депривації. Виявлено, що у хворих з перенесеною легкою черепно-мозковою травмою мають місце когнітивні розлади, порушення психоемоційного стану. Скоріше за все, ці порушення обумовлені дизрегуляцією структур головного мозку, що виникають у віддаленому періоді церебральної травми. Програмована сенсорна депривація нормалізує у більшості випадків ці порушення та призводить до покращення нейропсихологічних показників у даної групи хворих.

Ключові слова: програмована сенсорна депривація, наслідки легкої черепно-мозкової травми, нейропсихологічні показники.

Вступ

Актуальною проблемою неврології сьогодення є церебральна травма. Легка черепно-мозкова травма складає 75-90% в структурі всіх травм головного мозку і, на жаль, частота її збільшується з кожним роком.

Дана патологія є однією із причин порушення здоров'я та інвалідності населення розвинутих країн. Проблема нейротравми із сугубо медичної перетворилася в даний час на соціально-економічну [1].

Відомо, що у віддаленому періоді легка черепно-мозкова травма призводить до порушення когнітивних функцій [2], а це, в свою чергу, призводить до дезадаптації в соціумі.

У зв'язку з цим, в останній час все більше уваги привертається до когнітивних порушень, що мають місце у віддаленому періоді черепно-мозкової травми та деколи носять прогресивний характер.

Враховуючи поліпрагмазію при терапії когнітивних порушень у хворих з віддаленими наслідками легкої черепно-мозкової травми, в пошуках оптимізації лікування даних пацієнтів ми застосували метод програмованої сенсорної депривації, яка за нашими попередніми даними покращує ці показники.

Мета дослідження

Обґрунтувати ефективність програмованої сенсорної депривації у хворих з наслідками легкої черепно-мозкової травми з когнітивними розладами.

Матеріали та методи

Обстежено 85 хворих (із них 30 жінок та 55 чоловіків) з діагнозом «Віддалені наслідки легкої черепно-мозкової травми, віком від 25 до 40 років». Давність травми склала від 2 до 5 років. Курс лікування програмованою сенсорною де-

привацією складав 10-15 сеансів через день.

Детальне нейропсихологічне обстеження проводили з використанням наступних експериментально-психологічних методик: проби запам'ятовування 10 слів, коректурної проби, методу «САН», шкали депресії Гамільтона, шкали Спілбергера. Також оцінювалися такі когнітивні сфери як увага, концентрація, пам'ять.

Вивчення порушень пам'яті (короткочасної та довготривалої) проводили за допомогою проби запам'ятовування 10 слів (А. Р. Лурія, 1962). Враховували показник короткочасної пам'яті (кількість слів, відтворених після першого зачитування) та довготривалої пам'яті (загальна кількість слів, які запам'ятав обстежений через 1 годину).

Для виявлення стійкості уваги та здатності до її концентрації ми використовували коректурну пробу [3]. Обстеження проводили за допомогою спеціальних бланків з рядом літер, які були розташовані у випадковому порядку. Обстежуваний повинен був, продивляючись літери, закреслити усі літери А, В, К та буквосполучення ВИ. Роботу виконували протягом 5 хвилин, відмічаючи в тесті вертикальною лінією кожну хвилину. Враховується час виконання завдання і кількість зроблених помилок (пропущені букви, закреслені букви, які не задані експериментом).

Метод «САН» - самооцінка самопочуття, активності та настрою (в модифікації В. А. Доскіна, Н. А. Лаврентьєвой, 1973) базується на принципі семантичного диференціалу та полягає в тому, що обстеженого просять співвіднести свій стан з рядом ознак, представлених у вигляді полярних протилежностей, між котрими розміщена семи-членна шкала. Отримані бали підсумовуються згідно з ключами в три категорії (самопочуття, активність, настрої) і підраховується кількість балів по кожній із них. Отримані результати за кожною категорією діляться на 10. Середній бал

шкали дорівнює 4. Якщо сума балів перевищує 4, то це говорить про задовільний стан пацієнта, нижче 4 балів – незадовільний. Сума балів в діапазоні 5,0-5,5 свідчить про нормальний стан обстеженого.

Для виявлення депресії використовували шкалу Гамільтона. Оцінку параметрів за шкалою Гамільтона оцінювали за сумою балів: 7-16 балів – легка депресія; 7-27 балів – депресія середньої важкості; вище 27 балів- важка депресія.

Ступінь вираження афективно-тривожних розладів оцінювали за шкалою Спілбергера. Пропонували хворому уважно прочитати кожне приведенне речення та закреслити цифру в графі справа, в залежності від того, як він відчував себе в даний момент часу. При інтерпретації показників використовували наступні оцінки: до 30 балів - низька; 31- 44 бали – помірна; 45 та вище – висока.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними нейропсихологічних тестів у 85 (100-1)% хворих були виявлені ті чи інші когнітивні порушення. В основному ці порушення були легкого ступеню. В першу чергу у хворих з віддаленими наслідками легкої черепно-мозкової травми страждає пам'ять та увага.

При аналізі отриманих даних за допомогою методики запам'ятовування 10 слів отримані дані свідчать про те, що у даної групи обстежених страждає як короткочасна, так і довготривала пам'ять. Також у 60% хворих були виявлені дефекти селективності, тобто хворі при відтворенні слів називали «зайві» слова, які не були представлені для запам'ятовування, що говорить не лише про зниження пам'яті, а й про порушення уваги та здатність до її концентрації. Результати оцінки тесту запам'ятовування 10 слів представлені на рис. 1.

Крива запам'ятовування

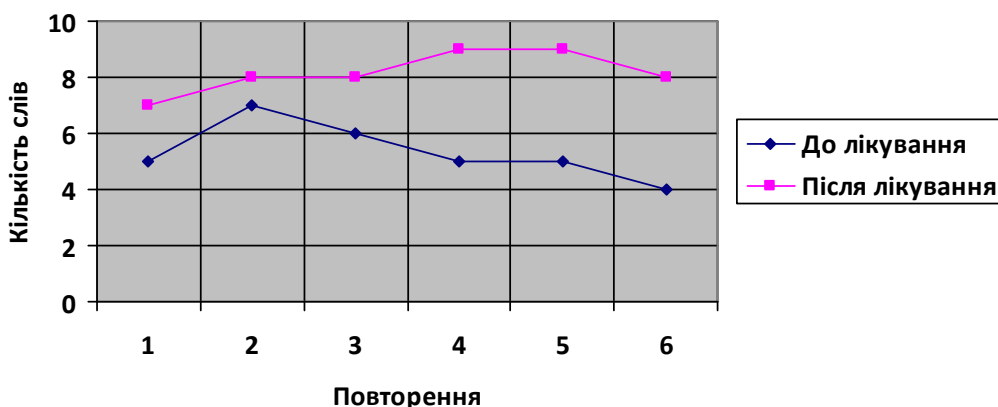


Рис. 1. Крива запам'ятовування 10 слів у хворих з віддаленими наслідками легкої черепно-мозкової травми до та після лікування.

За результатами методики «коректурної проби» у хворих відмічалось зниження швидкості виконання даного завдання, що вказує на виснаження рівня розумової діяльності. Також 38(45±6)% хворих припускалися таких помилок, як пропуск літер, замість однієї літери закреслювали іншу, що свідчить про зниження концентрації уваги.

Динаміку відображення результатів коректурної проби ми відобразили в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1 у обстежених до ліку-

вання була кількість переглянутих рядків менша, а кількість помилок більша, що свідчить про підвищену втомлюваність та виснаження психічних процесів. Після проведеного курсу терапії спостерігалось збільшення кількості переглянутих рядків за одиниця часу та поліпшення результатів (менша кількість припустимих помилок), тобто у хворих підвищувався коефіцієнт концентрації та стійкості уваги, що говорить про високу впрацьованість після проведеної терапії.

Таблиця 1.

Динаміка відображення результатів коректурної проби у хворих з віддаленими наслідками легкої черепно-мозкової травми до та після програмованої сенсорної депривації.

Показник	Результати до лікування	Результати після лікування
Кількість переглянутих рядків за 5 хвилин	25	33
Кількість правильно викреслених знаків	50	71
Кількість помилок	25	15
Коефіцієнт концентрації	25	72,6
Коефіцієнт стійкості	6,25	8,25
Коефіцієнт чіткості	58,1	82,6

Як свідчать отримані дані (таблиця 2), спостерігається регрес симптоматики, відмічалася виражене суб'єктивне покращення самопочуття. Так, в ході лікування середній бал самооцінки

самопочуття підвищився з 4,0 балів до 5,6 балів, активності – з 3,8 балів до 6,7 балів, настрою з 4,46 балів до 5,8 балів.

Таблиця 2.
Динаміка показників тесту «САН» у хворих з наслідками легкої черепно-мозкової травми до та після лікування.

Тест «САН» (середній бал)					
До лікування			Після лікування		
С	А	Н	С	А	Н
4,0±0,5	3,8±0,5	4,4±0,5	5,6±0,4*	6,7±0,8*	5,8±0,7*

Примітка: * $p < 0,01-0,05$

Таблиця 3.
Показники депресії за шкалою Гамільтона

Ступінь депресії	до лікування (n=85)	після лікування (n=85)
Легка депресія	35(41±5)%	10(12±4)%
Помірна депресія	5(6±3)%	1(1±1)%

За результатами аналізу отриманих даних за шкалою Гамільтона у 35(41±5)% хворих відмічалася легка депресія, у 5(6±3)% – помірна депресія. Після проведеної терапії помірна депресія спостерігалася лише у 1(1±1)% особи, легка депресія відмічалася у 10(12±4)% чоловік (таблиця 3).

За шкалою Спілберґера у 60(70±5)% обстежених виявлена легка тривожність, у 19(22±5)% хворих відмічалася помірна тривожність та у 5(6±3)% - висока. Внутрішня напруженість в більшості випадків була обумовлена тривалими

психоемоційним перенапруженням, що пов'язано з соціально-економічними негараздами у нашій країні. Одержані дані після курсу лікування свідчать про значне зниження тривоги у даної групи пацієнтів, що скоріш за все обумовлено впливом програмованої сенсорної депривації на лімбічну систему мозку, сенсорні таламічні ядра, базолатеральні та мигдалеподібні тіла, гіпокамп, гіпоталамус, які частіше всього пошкоджуються при черепно-мозковій травмі [4].

Динаміка показників тривоги за шкалою Спілберґера представлена в таблиці 4.

Таблиця 4.
Показники тривоги за шкалою Спілберґера

Вираженість тривожності	до лікування (n=85)	після лікування (n=85)
Низька тривожність	60(70±5)	30(35±5) *
Помірна тривожність	19(22±5)	10(12±4)
Висока тривожність	5(6±3)	3(4±2)

Примітка: * $p < 0,01$

Як видно з таблиці 4 у хворих в основному спостерігалася низька тривожність 60(70±5)% ($p < 0,001$), яка характеризувалася порушенням сну, відчуттям втомленості, загальним недомананням, у 19(22±5)% обстежених мала місце помірна тривожність у вигляді підвищеної дратівливості, непереносимості тих або інших видів діяльності, нездатності до тривалого нервово-психічного напруження, відсутністю впевненості у собі. У 5(6±3)% хворих мало місце постійне відчуття внутрішньої напруженості та хвилювання, плаксивість. Проведене нами лікування хворих з віддаленими наслідками легкої черепно-мозкової травми програмованою сенсорною депривацією показало ефективність даного методу: зменшилася кількість хворих з низькою тривожністю до 30(35±5)%, ($p < 0,01$), покращився психоемоційний стан хворих, що позитивно впливає на пристосування до обставин життя в нинішній складний економічний час.

Висновки

У хворих з віддаленими наслідками легкої закритої черепно-мозкової травми відмічається

зниження когнітивних функцій (насамперед пам'яті та уваги), підвищене виснаження та повільність психічних процесів, незібраність при виконанні всіх проведених нейропсихологічних тестів.

Після проведення курсу лікування програмованої сенсорної депривації у більшості хворих покращився психоемоційний стан та підвищилася розумова діяльність, що вказує на здатність методу програмованої сенсорної депривації впливати на функціональні порушення, що мають місце у віддаленому періоді легкої черепно-мозкової травми.

Література

1. Коршняк В. О. Реабілітація хворих з віддаленими наслідками закритих черепно-мозкових травм / В. О. Коршняк, Б. А. Насібуллін, О. В. Коршняк. – Харків: ВД «Інжек», 2014. – 160 с.
2. Тайцлин В. И. Закрытая черепно-мозговая травма и ее последствия / В. И. Тайцлин // Международный медицинский журнал. – 2002 - № 1-2. - С. 58-63.
3. Блейхер В.М. Практическая патопсихология. Руководство для врачей и медицинских психологов. / В.М. Блейхер, М.В. Крук, С.Н. Боков – Ростов: Феникс, 1996. – 445 с.
4. Вегетативные расстройства. Под ред. А.М. Вейна. – М., Мед. Информ. Агентство. – 2000. – 752 с.

Реферат

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ДО И ПОСЛЕ ПРОГРАММИРОВАННОЙ СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Донник Т. А.

Ключевые слова: программированная сенсорная депривация, последствия легкой черепно-мозговой травмы, нейропсихологические показатели.

В статье изучена динамика нейропсихологических показателей у больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы до и после программированной сенсорной депривации. Выявлено, что у больных с перенесенной легкой черепно-мозговой травмой имеют место когнитивные нарушения, нарушения психоэмоционального состояния. Скорее всего, эти изменения обусловлены дизрегуляцией структур головного мозга, которые возникают в отдаленном периоде церебральной травмы. Программированная сенсорная депривация нормализует в большинстве случаев эти нарушения, что приводит к улучшению нейропсихологических показателей в данной группе больных.

Summary

NEUROPSYCHOLOGICAL INDICES IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF MILD CRANIOCEREBRAL INJURY PRIOR AND AFTER PROGRAMMED SENSORY DEPRIVATION

Donnyk T.A.

Key words: programmed sensory deprivation, consequences of mild craniocerebral injury, neuropsychological indices.

This research is devoted to the study of the dynamics of neuropsychological performance in patients with consequences of closed craniocerebral injury prior- and after programmed sensory deprivation. It has been found out that patients with mild craniocerebral injuries are diagnosed to have cognitive disorders and emotional disturbances. More likely, these disorders are caused by dysregulation of brain structures that develop in the late period of cerebral trauma. Programmed sensory deprivation normalized these disturbances and results in improved neuropsychological performance in this group of patients in most cases.

УДК: 616-002.592-091.036-“312”

Загаба Л.М., Ліскіна І.В., Кузовкова С.Д., Мельник О.О.

СУЧАСНІ КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТУБЕРКУЛЬОМ ЛЕГЕНЬ

ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ, Україна

У статті представлені клініко-анатомічні особливості туберкульом легень в сучасних умовах. Метою дослідження було з'ясування низки основних клініко-анатомічних та морфологічних ознак туберкульом легень за резекційним матеріалом. Групу дослідження склали 98 випадків туберкульом легень за резекційним матеріалом. Проаналізовані дані історій хвороби, лабораторні показники та результати гістологічного дослідження кожного випадку. У всіх пацієнтів проводили мікробіологічне дослідження мокротиння та/або операційного матеріалу щодо виявлення МБТ. Визначені основні типи оперативних втручань серед даного контингенту хворих. За результатами гістологічного дослідження уточнені анатомічні типи туберкульом та характер специфічного запального процесу, залучення у специфічний запальний процес внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Встановлено, що на час хірургічного лікування, як правило, має місце одностороннє ураження легень, його поширеність складає від сегменту до частки легені (95,9%). Основні типи оперативних втручань у хворих з туберкульомами легень: сегментектомія, полісегментарна резекція та лобектомія, разом 68,4% випадків. Достовірно частіше діагностували саме гомогенні солітарні туберкульоми (54,1%). На момент оперативного втручання в 48,0% випадків при гістологічному дослідженні визначався помірний ступінь активності специфічного запалення, що відповідає фазі стабілізації захворювання. В 21,4% випадків встановлено прогресування специфічного запалення за морфологічними ознаками. Тільки в 24,5% випадків при мікробіологічному дослідженні мокротиння та/або операційного матеріалу виявлені МБТ, причому серед них частка мультирезистентних штамів МБТ або штамів з розширеною резистентністю склали 50,0%.

Ключові слова: туберкульоми легень, клініко-анатомічні показники, морфологічний ступінь активності.

Дана робота виконана в межах НДР «Дослідити місцеві імуноморфологічні реакції легеневої тканини хворих при хронічному туберкульозному запаленні» (№ державної реєстрації 0116U000187).

Питання щодо клініко-морфологічних особливостей такої форми-фази легеневого туберкульозу, як туберкульома дотепер не втратило свого значення. Туберкульома – це об'ємне казеозно-некротичне утворення більш ніж 12 мм в діаметрі, яке обмежене від прилеглої легеневої тканини

капсулою [7,15]. Як правило, туберкульома формується в результаті інволюції інфільтративного або вогнищевого туберкульозу із бронхо-лобулярного інфільтрату, округлого інфільтрату або інфільтрату Ассмана-Редекера, який з часом інкапсулюється [17,19]. Формування туберку-