

УДК 616.892-02:616.831-001

В. Е. Казаков
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Под нашим наблюдением находилось 437 больных, перенесших ЧМТ (основная группа). Данная группа состояла из 69% мужчин и 31% женщин. Давность заболевания от 1 года до 15 лет. Исследуемые в 39% случаев перенесли ушиб, в 61% случаев – сотрясение головного мозга. У 178 чел. (41%) в течение болезни сформировались когнитивные нарушения (психоорганический синдром). Контрольная группа была представлена больными, перенесшими черепно-мозговую травму, не приведшую к отдаленным психотическим последствиям (72 человека).

У пациентов основной группы наиболее часто встречалась травматическая астения (церебрастения), которая проявлялась раздражительностью, истощаемостью, нарушением внимания, нарушением запоминания, диссомниями, головными болями, метеозависимостью. В 27% случаев отмечалась травматическая апатия, проявлявшаяся сочетанием повышенной истощаемости с вялостью, заторможенностью, снижением активности. Интересы пациентов ограничивались заботами о собственном здоровье и необходимых условиях существования. У больных нарушалась память. В отдаленном периоде ЧМТ у исследуемых пациентов частым симптомом являлась выраженная астения, проявлявшаяся истощаемостью, снижением работоспособности, а также хронической головной болью. Эта симптоматика могла привести к значительному нарушению трудоспособности и даже стать причиной инвалидности. Хроническую головную боль рассматривали как часть посткоммоционного синдрома, включающего помимо повышенной утомляемости, нарушения концентрации внимания, снижения работоспособности, диссомнию, головокружение, раздражительность, тревожность, депрессию и вегетативные расстройства.

У больных на этапе отдаленного периода ЧМТ достоверно чаще, чем у лиц, не имеющих психотических последствий после перенесенной ЧМТ, отмечались затруднения засыпания, частые пробуждения, поверхностный сон. Инсомнии, обусловленные ЧМТ были представлены нарушениями всех составляющих процесса сна, а именно – у больных отмечались нарушения засыпания, сон был поверхностным, пробуждения – ранними.

У больных отмечались яркие красочные сновидения, ночные ужасы и кошмары, сновидения устрашающего характера, панические атаки, а также синдром «беспокойных ног», неприятные сновидения и просоночные галлюцинации. У больных с когнитивными расстройствами во время сна нередко наблюдались храп, апноэ, снохождение, встречались просоночные галлюцинации.

Следует отметить, что не только нарушения сна, но и особенности суточной секреции мелатонина, а также нарушения температурной кривой могут свидетельствовать о механизмах течения адаптационных процессов у больных с ЧМТ. Как оказалось, с течением посттравматического процесса не только изменялся уровень секреции, но и возникал аномальный синтез.

Прослеживается определенная закономерность в формировании когнитивных нарушений на этапе отдаленных последствий ЧМТ. Вначале возникает церебрастеническая симптоматика, сочетающаяся с нарушением суточных биоритмов, такими как уплощение температурной кривой, расстройства сна, отклонения в концентрации мелатонина в крови (понижение или повышение). В дальнейшем более резко нарастает изменение концентрации МТ, что сопровождается нарушением ритма секреции, появляются психические, в том числе когнитивные нарушения.