

Когнітивні розлади у хворих у віддалений період закритої черепно-мозкової травми, що зазнали впливу чинників радіоекологічної катастрофи

М.М. МАТЯШ

/Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ/

Резюме

Когнитивные изменения у больных в отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы, которые испытали влияние факторов радиоэкологической катастрофы

М.Н. Матяш

В статье проанализированы особенности когнитивных изменений у больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы.

Ключевые слова: отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы, больные, когнитивные расстройства

Summary

Risk of Dementia at Patients in the Remote Period of the Closed Craniocerebral Trauma that Tested Influence of Factors of Radioecological Catastrophe

M.N. Mathyash

The paper is an introduction to a series of publications of the risk of dementia at patients with the remote consequences of the closed craniocerebral trauma.

Key words: remote consequences of the closed craniocerebral trauma, patients

Основні клінічні ознаки віддалених наслідків закритої черепно-мозкової травми (ВНЗЧМТ) настільки ж різноманітні, як різноманітні варіанти ураження головного мозку судинного генезу [1, 3]. Проте серед них можна виділити два основних види порушень, що нерідко лежать в основі інвалідації пацієнтів, – це рухові і когнітивні розлади [2].

Статистичні дані свідчать, що черепно-мозкова травма призводить до серйозних наслідків: смерть настає в 10–12% випадків, інвалідність – у 19%, зниження працездатності – в 50%. Ця проблема в найближчому майбутньому залишиться актуальною внаслідок щорічного 2% приросту нейротравми.

Проблема наслідків черепно-мозкової травми пов'язується рядом авторів з прогресуючими посттравматичними змінами, що розвиваються відразу ж після травми. Суть їх полягає в порушенні механізмів саморегуляції метаболізму нервової тканини.

Метою роботи було з'ясувати особливості когнітивних розладів у хворих з ВНЗЧМТ.

Матеріали та методи дослідження

З метою вивчити особливості прояву когнітивних розладів у хворих з ВНЗЧМТ при розвитку 2-ї стадії деменції обстежено 147 пацієнтів (86 чоловіків і 61 жінку) у віці від 42 до 53 років (середній вік – 47,2 року). Хворі були поділені на 2 групи, які за віком статистично не відрізнялися: першу групу склали хворі з ВНЗЧМТ і ліквородисциркуляторними синдромом; другу групу – хворі з ВНЗЧМТ та вегетативно-судинними і церебростенічними синдромами, що переважали в клінічній картині хвороби, крім основного дослідженого в роботі когнітивного порушення. Усім хворим проводилося клініко-неврологічне обстеження (реоенцефалографія, електроенцефалографія, ехо-енцефалографія, магнітно-резонансна

томографія, аналіз варіабельності серцевого ритму і добове моніторування артеріального тиску). Зібрана інформація була оброблена за допомогою спеціальної комп'ютерної програми. Статистичне опрацювання матеріалу проводилося класичним методом варіаційної статистики.

Результати та їх обговорення

Умовно у клінічній практиці можна виділити три стадії розвитку деменції. Друга стадія деменції у хворих з ВНЗЧМТ, що вивчалася автором, характеризується поглибленням когнітивних порушень, значним зниженням працездатності. Нерідко на цій стадії розвивається легка підкіркова або псевдобульбарна симптоматика [1, 4]. В даному дослідженні порушення пам'яті у обстежених хворих були модально-неспецифічні: страждала слухомовна, зорова і рухова пам'ять. В обох групах порушена пам'ять про найближче минуле і пам'ять на віддалені події, однак в другій групі ці зміни були більшими (69,1% – в 1-й групі, 92,4% – в 2-й групі). Відзначається однакове зниження вибірності відтворення (65,2% і 67,1% відповідно). Серед інших когнітивних порушень при деменції дуже часті розлади просторової орієнтації. Вони виявляються, зокрема, неможливістю перемалювати складні геометричні фігури. У побуті порушення просторових уявлень заважають вільному пересуванню пацієнта містом, керуванню автомобілем. Просторова агнозія призводить до втрати спроможності довідуватися про час, орієнтуватися по географічній карті. Це спостерігалось у 59,2% випадках – в 1-й групі і 79,7% – в 2-й групі. Мислення хворих із деменцією стає більш предметним при розвитку 2-ї стадії. Порушується спроможність до абстрагування й узагальнення, хворі не можуть складно пояснити значення абстрактних понять (17,4% – в 1-й групі, 39,1% – в 2-й групі). Характерний прояв інтелектуальних розладів –

порушення виконання арифметичних операцій, що рано звертає на себе увагу утрудненням при здійсненні покупок, висновку комерційних справ тощо. Хворі мають часті мовні розлади – відчувують труднощі при доборі потрібного слова, не можуть правильно назвати предмети, у розмові не використовують іменники, нерідко страждає розуміння слів при читанні і розмові (27,1% – в 1-й групі, 59,1% – в 2-й групі). По мірі прогресування деменції хворі обох груп не можуть говорити повними реченнями, розпадаються логіко-граматичні конструкції. Агнозія на особи – дуже частий, а іноді – один із найбільш ранніх симптомів деменції, причому в 1-й групі – спостерігається у 11,3%, в 2-й групі – у 17,4% хворих. Рідше виникає предметна агнозія або слухова агнозія (2,7% – в 1-й групі, 9,1% – в 2-й групі). Когнітивні порушення при деменції мають прогресуючий характер. На розгорнутих стадіях настає дезорієнтація в часі і місці, а у тяжких випадках – у власній особистості. Фінал прогресуючої деменції – повна психічна ареактивність, але цей аналіз не був метою даного дослідження.

Висновки

Деменція у пацієнтів з ВНЗЧМТ у осіб, що зазнали впливу чинників радіоекологічної катастрофи, має прогресуючий характер і залежить також від наявності інших провідних неврологічних синдромів – лікворо-дисциркуляторного, вегетативно-судинного, церебростенічного. Часте сполучення цих синдромів утрудняє диференціальний діагноз цих станів. Ступінь психологічних порушень при ВНЗЧМТ в цілому відповідає ступеню вираженості рухових розладів і, що важливо, показує відносну цілість коркових функцій – зорового гнозису, праксису, мовлення, письма, читання, що може знайти своє пояснення в переважному ураженні глибинних, а не коркових структур мозку.

Для хворих з ВНЗЧМТ більш властиві зміни вищих коркових функцій, пов'язані з ураженням визначених відділів кори і підлягаючої білої речовини, зумовлених дисциркуляцією у тих або інших судинних басейнах. Тому при ВНЗЧМТ спостерігаються явища моторної, сенсорної або амнестичної афазії, апрактогностичні розлади, порушення читання і письма. Таким чином, поданий опис клінічних проявів ВНЗЧМТ дозволяє зробити певні висновки щодо сучасного стану даної проблеми і допомогти у проведенні диференціальної діагностики і виборі терапевтичних можливостей.

Література

1. Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О.С. Зайцев. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 335 с.
2. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Матяш М.М. Принципи визначення видів обмеження життєдіяльності при наслідках черепно-мозкових травм. Науково-методичний посібник для лікарів-неврологів МСЕК та лікувально-профілактичних закладів. – Дніпропетровськ, 2005. – 19 с.
3. Клинические особенности формирования и возможности терапии посттравматических когнитивных расстройств / И.В. Литвиненко, А.Ю. Емелин, С.В. Воробьев, В.Ю. Лобзин // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №12. – С. 60–66.
4. Напреенко А.К. Особенности клинических проявлений психических расстройств неспихотического уровня пациентов, перенесших черепно-мозговую травму / А.К. Напреенко, Н.А. Максименко // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – №2. – С. 92–95.
5. Ткаченко О.В. Клініко-нейровізуальні особливості у хворих з віддаленими наслідками закритої черепно-мозкової травми / О.В. Ткаченко, О.С. Корольова // Укр. неврол. журн. – 2009. – №1. – С. 35–38.