

*correct diagnosis establishment up to surgery. Clinical course in this case before surgery beared a strong resemblance to tumorous intestinal obstruction. Intraoperative detection of two gastro and enterolithes, one of them fair-sized, permits to carry out adequate surgery. Cholecystectomy performing was delayed in the first case and conducted later after 4.5 months. Uncomplicated postsurgical course have taken place. Control examination after 3 month and later finded out amelioration.*

**Key words:** *Buvere's syndrome, intestinal obstruction, nonopaque gallstones.*

УДК 616-001

**ЛЕГКІ ТА ПОМІРНІ КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПОРАНЕНИХ АТО:  
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ Й  
ЛІКУВАННЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ  
О.В. Пастушенко, О.В. Тхоревський, О.І. Жовтоношко  
Українська військово-медична академія**

**Резюме.** *У статті представлені дані проведеного дослідження 30 пацієнтів з вогнепальним пошкодженням, яким на етапах медичної евакуації та спеціалізованого лікування проведена рання діагностика та комбіноване лікування когнітивних розладів. Когнітивні порушення (КП) являють собою мультидисциплінарну проблему, у розв'язок якої залучені не тільки неврологи й психіатри, але й реаніматологи та хірурги, що стабілізують вітальні функції на етапах медичної евакуації. У цьому зв'язку саме лікар першого контакту стає основною фігурою у виявленні у поранених КП і проведення заходів щодо її профілактики. Показана ефективність та безпечність проведеного лікування.*

**Ключові слова:** *етапи медичної евакуації, легкі та помірні когнітивні порушення, діагностика, лікування, ноотропна комбінована терапія.*

**Актуальність.** Когнітивні функції – КФ (лат. cognitio – пізнання) – вищі мозкові функції: пам'ять, увага, психомоторна координація, мова, гнозис, праксис, рахунок, мислення, орієнтація, планування й контроль вищої психічної діяльності. За допомогою КФ здійснюється процес раціонального пізнання миру й забезпечується цілеспрямована взаємодія з ним: сприйняття, обробка й аналіз інформації; її запам'ятовування й зберігання; обмін інформацією, побудова й здійснення програми дій. Відповідно, під когнітивними порушеннями (КП) розуміється зниження пам'яті, розумової працездатності й інших КП у порівнянні з вихідним рівнем (індивідуальною нормою) [1].

Враховуючи високо ушкоджуючу дію сучасних вогнепальних поранень, приділяють великої увагу медико-психологічній й психіатричній допомозі пораненим, які підверглись стресовому впливу. У цих випадках виявляється системний характер динаміки біологічних і індивідуально-типологічних механізмів у формуванні психофізіологічних порушень невротичного рівня.

Облік усього комплексу рятувальних, соціальних і медичних заходів дає можливість схематично виділити три періоди розвитку ситуацій, при яких викликають різні психогенні порушення.

Перший – гострий період – характеризується раптово виниклою погрозою власного життя й загибелі товаришів по службі. Він триває від початку впливу до організації евакуації (хвилини, години). Потужний екстремальний вплив торкається в цей момент в основному життєвих інстинктів (самозбереження) і призводить до розвитку неспецифічних, психогенних реакцій, основу яких становить страх різної інтенсивності. У цей час спостерігаються переважно психогенні реакції психотичного й не психотичного рівня. Особливе місце в цей період займають психічні розлади. У таких випадках потрібно кваліфікований диференційно-діагностичний аналіз, спрямований на виявлення причинно-наслідкового зв'язку психічних порушень як безпосередньо із психогенними, так і з отриманими ушкодженнями (черепно-мозкова травма, інтоксикація внаслідок опіку й ін.).

У другому періоді, що протікає при евакуації, по образному вислову, починається “нормальне життя в екстремальних умовах”. У цей час у формуванні станів дезадаптації й психічних розладів значно більше значення мають особливості особи поранених, а також усвідомлення ними не тільки життєвонебезпечної ситуації, але й нових стресових впливів, таких як транспортування, відчуття болю в поранених ділянках. Важливим елементом пролонгованого стресу в цей період є очікування повторних операцій. Психоемоційна напруга, характерне для початку другого періоду, переміняється до його кінця, як правило, підвищеною стомлюваністю й “демобілізацією” з астенодепресивними проявами.

У третьому періоді, що починається для поранених після їхньої евакуації, у багатьох відбувається складна емоційна й когнітивна переробка ситуації, оцінка власних переживань і відчуттів, своєрідна “калькуляція” втрат. При цьому набувають актуальності також психогенні фактори, що травмують, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, проживанням у зруйнованому районі або місці евакуації. Стаючи хронічними, ці фактори сприяють формуванню стійких психогенних розладів. Поряд з невротичними реакціями, що зберігаються неспецифічними, і станами в цей період починають переважати тривалі патохарактерологічні зміни, посттравматичні й соціально-стресові розлади. Соматогенні психічні порушення при цьому можуть носити

різноманітний “подгострий” характер. У цих випадках спостерігається як “соматизація” багатьох невротичних розладів, так і певною мірою протилежні цьому процесу “невротизація” і “психопатизація”, пов’язані з усвідомленням наявних травматичних ушкоджень і соматичних захворювань, а також з реальними труднощами життя потерпілих.

Найбільше часто спостережувані психогенні розлади можна об’єднати в 4 групи – непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани й реактивні психози.

Проблеми когнітивних розладів (КР) споконвічно розглядалися в рамках понять «слабоумство» і «деменція», що представляють найбільш виражені, важкі КР, що супроводжуються вираженою дезадаптацією у повсякденному житті. Однак можливі втручання на цій стадії КР практично неефективні, тому в цей час поряд з важкими порушеннями виділяються попередні їм – легкі (ЛКР) і помірні КР (ПКР) [2].

При ЛКР пацієнти усвідомлюють зниження когнітивних здібностей у порівнянні з вихідним рівнем і виражають занепокоєння із цього приводу, однак показники діагностичних психометричних шкал залишаються в межах середньостатистичної вікової норми або відхиляються незначно. ЛКР не викликають утруднень у повсякденнім житті, навіть у найбільш складних її формах; не обертають на себе уваги навколишніх і знаходять своє відбиття лише у відчуттях поранених і його можливих скаргах [2, 3].

ПКР являють собою моно- або поліфункціональні КР, що виходять за рамки вікової норми, але не обмежуючі самостійності й незалежності пацієнта, що й не призводять до дезадаптації в повсякденному житті. ПКР не тільки відбиваються в скаргах пораненого, але й уже обертають на себе увагу навколишніх і можуть перешкоджати найбільш складним формам інтелектуальної активності [2-4].

КР в осіб, що страждають хронічним алкоголізмом, виявляються в 50-70% випадків, в 10% випадків вони носять виражений характер, що досягає ступені деменції [4-6]. Вважається, що деменція, пов’язана з алкоголізмом, становить від 5 до 10% усіх випадків деменції, особливо в осіб молодого віку [4]. Алкоголь і його метаболіт ацетальдегід мають нейротоксичну дію, вражаючи нервові клітки [7]. Хронічна алкогольна інтоксикація викликає функціональні й морфологічні порушення практично у всіх системах і структурах головного мозку [8]. Лобові частки є особливо чутливими до алкоголю й найбільшою мірою втрачають у масі за рахунок як сірої, так і білої речовини. Оскільки при алкоголізмі саме лобові частки більшою мірою піддані ушкодженню, то найбільше часто спостерігається порушення виконавчих функцій (здатність до абстрагування й плануванню, перемикання між різними когнітивними процесами, швидкість когнітивних процесів і т.і.) [5].

Холинергичні ядра переднього мозку, в які залучені багато важливі фізіологічні функції, також чутливі до дії алкоголю. Атрофія й загибель нейронів виявлені в мамілярних тілах гіпоталамуса й середньолінійній області таламуса, хронічна алкогольна інтоксикація призводить до ушкодження гіпокампа [12].

Причиною виникнення КП в осіб, що зловживають алкоголем, крім токсичної дії алкоголю й енцефалопатії Вернике-Корсакова (в основі якої лежить дефіцит тіаміну) можуть бути інші дефіцитарні розлади. Також може відзначатися дефіцит вітаміну В12, обумовлений декількома можливими причинами: наявністю хронічного гастриту, дефіцитом фолатів через порушення усмоктування, неповноцінним харчуванням, патологією підшлункової залози й безпосередньою несприятливою дією алкоголю на усмоктування вітаміну В12 у кишечнику. Головну роль у патогенезі алкогольної енцефалопатії Гайє-Вернике й корсаківського психозу відіграє дефіцит вітаміну В1, що розвивається внаслідок недостатності харчування, зменшення абсорбції в травному тракті, а також порушення його утилізації в клітці [6].

Відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороби 10-го перегляду для постановки діагнозу помірних КП необхідна наявність скарг пацієнта на підвищену стомлюваність при виконанні розумової роботи, зниження пам'яті, уваги або здатності до навчання, які не досягають ступеня деменції, мають в основі органічну природу й не пов'язані з делірієм.

Медико-соціальне значення КП поряд з їхньою високою поширеністю визначається їхніми наслідками: зниженням працездатності й обмеженням суспільних трудових ресурсів; зниженням побутової й соціальної адаптації; меншою ефективністю профілактичних і лікувальних заходів, що супроводжують захворювань і захворювань, що сприяють розвитку КП; зниженням якості й тривалості життя; значимими матеріальними витратами для пораненого і його родини, а також суспільства в цілому.

КП, таким чином, являють собою мультидисциплінарну проблему, у розв'язок якої залучені не тільки неврологи й психіатри, але й реаніматологи, що стабілізують вітальні функції на етапах медичної евакуації. У цьому зв'язку саме лікар першого контакту стає основною фігурою у виявленні в поранених КП і проведення заходів щодо її профілактики.

Тому метою нашої роботи була рання діагностика, профілактика й комплексне лікування ранніх проявів когнітивних розладів.

Для реалізації нашої мети на етапах евакуації й спеціалізованої допомоги в госпітальній ланці ми приділяли велике значення ранній діагностиці КП, особливо у поранених з факторами ризику (ФР) порушень вищих мозкових функцій. Порушення КФ тісно пов'язане з віком хворих і асоціюється з різними захворюваннями. Особливо часто порушення КФ зустрічаються при черепно-

мозковій травмі [1], депресії [3], цукровому діабеті [2], артеріальної гіпертензії, гіпотензії, хронічній алкогольній й нікотинній інтоксикації. Було проаналізоване лікування й спостереження більш 30 поранених, різних локалізацій з раннім виявленням когнітивних розладів.

По отриманих результатах було відзначено, що нормалізація артеріального тиску й підтримки середнього артеріального тиску на рівні не менше 65 мм.рт.ст, а в гіпертоніків 75-80 мм. рт. ст. було одним з найбільш ефективних напрямків профілактики розвитку й прогресування КП у поранених на етапі медичної евакуації.

Скарги хворого, і/або його родичів, або найближчого оточення (останнє переважне, оскільки самооцінка пацієнтом стану своїх КФ не завжди об'єктивна) на зниження пам'яті або зменшення розумової працездатності було підставою для проведення нейропсихологічного обстеження.

На етапі медичної евакуації обстеження було обмежено простими скринінговими шкалами, такими як «Коротка шкала оцінки психічного статусу» – КШОПС (Mini-Mental State Examination – MMSE), тест малювання годинника, Монреальська когнітивна шкала [3,4]. Отримані результати дозволяють рекомендувати КШОПС і тест малювання годинника для широкого застосування в практичній діяльності не тільки неврологів, але й лікарів інших спеціальностей [4].

На етапі спеціалізованої допомоги для уточнення діагнозу часто було потрібно динамічне спостереження за хворим і повторні клініко-психологічні обстеження з використанням клінічних шкал, які містять опис найбільш типових когнітивних, поведінкових і функціональних симптомів, – «Клінічна рейтингова шкала деменції» й «Загальна шкала порушень». При необхідності проводилося поглиблене клінічне й інструментальне обстеження поранених з метою виявлення причин порушень: початкових ознак нейродегенеративного процесу, судинної мозкової недостатності, інших неврологічних захворювань.

Зміни КФ при соматичній патології, що приєднуються, насамперед при серцево-судинній і дихальній недостатності, призводила до погіршення психологічного статусу, якості життя й суттєво погіршували результати терапії, вторинній профілактиці й у підсумку – прогнозу захворювання й життя цих поранених.

Саме тому виявлення й наступне лікування порушень КФ стають істотним компонентом вторинної профілактики в поранених цих груп [2]. У цьому зв'язку в цих поранених до комплексної інтенсивної терапії ми підключали групу ефективних лікарських препаратів з ноотропними й нейропротекторними властивостями.

У цю фармакологічну групу входили: 1. Похідні вітамінів групи В (Піритинол (Енцефабол), Сульбутіамін (енеріон) для корекції психо-

емоційного стану, посилюючи процеси гальмування, за рахунок концентрації уваги підвищував розумову працездатність, зменшуючи патологічний потяг з антиастенічними властивостями. 2. Препарати амінокислот (вітчизняний препарат “Семак”) який містить сім амінокислот, що входять у молекулу адренкортикотропного гормону, який не володіє гормональної активністю, з ноотропною та адаптогенною дією на ЦНС або Кортексин - поліпептид, одержуваний шляхом екстракції з кори головного мозку телят або свиней, який є субстратами для структурних компонентів клітин мозку. 3. Похідні бурштинової кислоти. Етілметілгідроксіпірідіпа сукцинат (“Мексидол”) - антиоксидантний засіб, ноотроп широкої дії, денний транквілізатор, підвищуючи стійкість організму до кисеньзалежних патологічних станів (шок, порушення мозкового кровообігу та ін.), покращуючи мнестичні функції, зменшують токсичні ефекти алкоголю та ін. 4. Препарати, що поліпшують мозковий кровообіг (Вінпоцетин (“Кавінтон”) та Пірацетам) - покращуючи кровообіг і метаболізм головного мозку, підвищує вміст цамф, а потім і енергетичних сполук (АТФ) і покращує метаболізм норадреналіну та серотоніну в тканинах мозку. Однак далеко не всі лікарі однозначно відносяться до пірацетаму та інших ноотропних препаратів. Деякі вважають, що пірацетам знижують здатність до аналізу й синтезу - покращуючи механічне мислення й збільшуючи його швидкість, одночасно зменшують творчі здібності.

Зменшення порушень уваги й пам’яті при застосуванні додаткового лікування відзначалося з 2- 4-й тижня терапії, що проявлялося як у результатах цілеспрямованого тестування, так і в спілкуванні й ефективності повсякденної діяльності. Вплив лікування на порушення КФ проявлялося в статистично достовірній редукції показників шкал MMSE, BPRS, CCSE, починаючи з 3-й тижня терапії. Достовірна позитивна динаміка, що свідчить про ноотропну та захисну дію відзначалася, починаючи з 2- 3-й тижня терапії за всіма показниками BCRS у поранених з органічним емоційно-лабільним (астенічним) розладом; у поранених з посткомоційним синдромом – по здатності концентруватися й уважати, короткочасної пам’яті на поточні події, довгочасної пам’яті на минуле. Ефективність лікування, оцінена по показникові виразності захворювання до кінця курсу лікування по шкалі CGI – Clinical Global Impression Scale (Шкала загального клінічного враження), вірогідно перевершувала результативність лікування одним пірацетамом у пацієнтів з органічним емоційно-лабільним розладом. Комплексна терапія приводила до більш швидкої редукції психопатологічних ознак ( по шкалі оцінки виразності симптоматики) у порівнянні з пірацетамом – що свідчить про більшу виразність антиастенічного й анксиолітичного ефектів, виявляє більш виражене вегетонормалізуючу дію.

За результатами проведеного дослідження показаний позитивний вплив раннього виявлення й призначеної комплексної терапії на КФ: увага, пам'ять, нейродинамічні функції, що підтверджує достовірне поліпшення загального балу по КШОПС (MMSE), показника тесту малювання годинника, а також показників тесту категоріальних асоціацій. Застосування призначеного лікування характеризувалося гарною переносимістю, наростаючим ефектом і збалансованою дією, що дозволяє обґрунтовано розглядати його застосування в групах поранених з підвищеним ризиком розвитку КП і іншої симптоматики.

З урахуванням безпечності застосування, відсутності синдрому «скасування» і несприятливої взаємодії з іншими лікарськими препаратами призначена терапія може використовуватися в поранених з м'якими КП, на тлі серцево-судинної патології й може добре сполучатися з базисною терапією цих пацієнтів [12].

Хоча можливості етіотропної і патогенетичної терапії захворювань і станів, що супроводжуються КП, часто обмежені, симптоматична терапія в більшості випадків здатна зменшити виразність наявних розладів і тим самим поліпшити якість життя поранених, продовжити час активної самостійної діяльності. Найбільші перспективи мають рання діагностика й терапія ранніх стадій когнітивної недостатності на етапі надання медичної допомоги, коли поранений ще в значній мірі зберігає навички самостійного життя. Різноманітний обсяг лікувально-діагностичних маніпуляцій і розширення обсягів медичної допомоги, надаваних лікарями на етапах медичної евакуації, припускає включення в арсенал лікарських засобів, використовуваних лікарями першого контакту, препарати з ноотропними й нейропротективними властивостями, підтвердженими в експериментальних і клінічних дослідженнях.

### **Література**

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Методическое пособие для врачей. М., 2005.
2. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. Неврол. журн. 2006; 11 (Прил.1): 4–12.
3. Захаров В.В. Принципы ведения пациентов с когнитивными нарушениями без деменции. Рус. мед. журн. 2008; 12: 1645–9.
4. Apostolo J, Holland C, O'Connell MD et al. Mild cognitive decline. A position statement of the Cognitive Decline Group of the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing (EIPAHА). Maturitas 2016; 83: 83–93.
5. DiCarlo A, Baldereschi M, Amaducci L et al. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging. J Am Ger Soc 2000; 48: 775–82.

6. Graham JE, Rockwood K, Beattie EL et al. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. *Lancet* 1997; 349: 1793–6.

7. Захаров В.В. Диагностика и лечение когнитивных нарушений. *Consilium Medicum. Неврология и ревматология (Прил.)*. 2014; 1: 21–7.

8. Dlugaj M, Winkler A, Weimar C et al. Anemia and Mild Cognitive Impairment in the German General Population. *J Alzheimers Dis* 2015; 49 (4): 1031–42.

10. Papachristou E, Ramsay SE, Papacosta O et al. The Test Your Memory cognitive screening tool: sociodemographic and cardiometabolic risk correlates in a population-based study of older British men. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015.

11. Knopman DS, Beiser A, Machulda MM et al. Spectrum of cognition short of dementia: Framingham Heart Study and Mayo Clinic Study of Aging. *Neurology* 2015; 85 (19): 1712–21.

12. Leher P, Villaseca P, Hogervorst E et al. Individually modifiable risk factors to ameliorate cognitive aging: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric* 2015; 18 (5): 678–89.

**Резюме.** *В статье представлены данные проведенного исследования 30 пациентов с огнестрельными повреждениями, которым на этапах медицинской эвакуации и специализированного лечения была проведена ранняя диагностика и комбинированное лечение когнитивных нарушений. Когнитивные нарушения (КП) представляют собой мультидисциплинарную проблему, в решение которой вовлечены не только неврологи и психиатры, но и реаниматологи и хирурги, которые стабилизируют жизненные функции на этапах медицинской эвакуации. В этой связи именно врач первого контакта становится основной фигурой в выявлении в раненых КП и проведение мероприятий по ее профилактики. Показанная эффективность и безопасность проведенного лечения.*

**Ключевые слова:** *этапы медицинской эвакуации, легкие и умеренные когнитивные нарушения, диагностика, лечение, ноотропная комбинированная терапия.*

**Summary.** *The varied scope of medical diagnostic procedures and the expansion of capacity of medical care, including cases of cognitive impairment, in primary health care, suggests need for screening of cognitive impairment and inclusion of drugs with neuroprotective and nootropic action into the arsenal of medicines of first contact physician. Mild to moderate cognitive impairment: current issues of diagnosis and treatment in primary health care.*

**Key words:** *primary health care, mild and moderate cognitive impairment, diagnosis, treatment, Nootrop treatment.*