

УДК 617.51/616.831-001-06:616.83

© С.І. Шкробот, О.Ю. Бударна, З.В. Салій, Н.Р. Сохор

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

## ПОЛІМОРФІЗМ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ЗМІН ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

ПОЛІМОРФІЗМ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ЗМІН ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ – Проведено вивчення клініко-параклінічних особливостей віддаленого періоду черепно-мозкової травми. Установлено, що серед поліморфізму клінічних проявів захворювання переважали цефалгічний, пірамідний, атактичний та органічний астеничний синдроми. У більшості випадків виявлялись кистозні, атрофічні або кистозно-атрофічні зміни на КТ мозку.

ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИКО-ПАРАКЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ – Проведено изучение клинко-параклинических особенностей отдаленного периода черепно-мозговой травмы. Установлено, что среди полиморфизма клинических проявлений заболевания преобладали цефалгический, пирамидный, атактический и органический астенический синдромы. В большинстве случаев обнаруживались кистозные, атрофические либо кистозно-атрофические изменения на КТ мозга.

THE POLYMORPHISM OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHANGES UNDER CRANIOCEREBRAL TRAUMA – A study of clinical and laboratory features of remote period of craniocerebral trauma was carried out. It was ascertained that among the polymorphism of the clinical manifestations of disease prevailed cephalgic, pyramidal, and atactic organic asthenic syndrome. In most cases cystic, cystic-atrophic or atrophic changes on CT scan of the brain were revealed.

**Ключові слова:** черепно-мозкова травма, ведучі клінічні синдроми, дані параклінічних методів дослідження.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, ведущие клинические синдромы, данные параклинических методов исследования.

**Key words:** traumatic brain trauma, leading clinical syndromes, results of paraclinical methods of investigation.

**ВСТУП** Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією із найактуальніших проблем сучасно медицини, адже прискорення темпів життя, збільшення кількості автотранспорту, зростання виробництва, соціальні проблеми призводять до зростання частоти та тяжкості черепно-мозкових пошкоджень. Щорічно в Україні близько 200 тис. людей отримують ЧМТ різного ступеня тяжкості, близько 1 млн українців визнані інвалідами з приводу перенесеної травми голови. У зв'язку з такою широкою розповсюдженістю ЧМТ часто називають "тихою епідемією" [1]. Серед причин смерті у осіб молодше 45 років ЧМТ займають перше місце, випереджаючи серцево-судинну та онкопатологію [2].

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Нами проаналізовано історію хвороби 60 пацієнтів, що перенесли ЧМТ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в неврологічних відділеннях ТОККПНЛ за період з січня по серпень 2008 року. Детально аналізували особливості анамнезу захворювання, ступінь неврологічного дефіциту, дані інструментальних методів обстеження та заключення суміжних спеціалістів.

Під спостереженням знаходилось 60 хворих, що перенесли ЧМТ віком від 18 до 73 років, а саме (рис. 1): від 18 до 30 років – 10 (16,7 %) пацієнтів, від 30 до 40 років – 22 (36,7 %), від 40 до 50 років – 15 (25 %), від 50 до 60 років – 12 (20 %), старше 60 років – 1 (1,6 %) хворий. Серед них було 13 (21,7 %) жінок та 47 (78,3 %) чоловіків. 48 (80 %) пацієнтів були визнані інвалідами II (17) та III (31) групи.

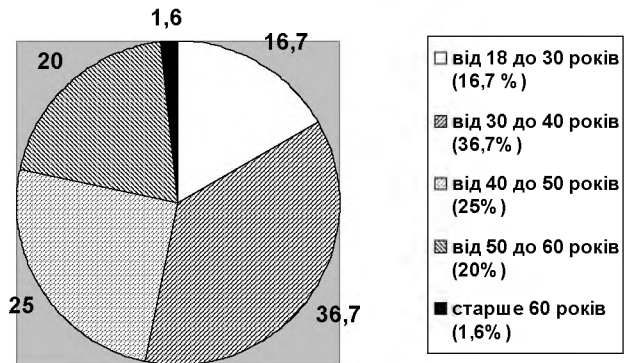


Рис. 1. Віковий розподіл хворих, що перенесли ЧМТ.

39 (65 %) хворих перенесли закриту ЧМТ, 21 (35 %) – відкриту, з них 9 (15 %) – проникаючу із пошкодженням твердо і павутинно мозкових оболонок. Струс головного мозку діагностовано у 9 (15 %) пацієнтів, забій головного мозку легкого ступеня – у 5 (8,3 %), середнього ступеня – у 8 (13,3 %), тяжкого ступеня – у 38 (63,3 %) хворих. Патоморфологічно переважали ураження лобно-потиличного (19 осіб) та лобно-скроневих (15 осіб) ділянок головного мозку.

Травматичний субарахно дальний крововилив діагностовано у 13 (21,6 %) випадках, внутрішньомозкову гематому – у 3 (5 %), субдуральну гематому – у 10 (16,7 %), епідуральну – у 3 (5 %) хворих (табл. 1).

Таблиця 1. Структура черепно-мозкової травми

| Характер травми              | Абсолютна кількість хворих | %    |
|------------------------------|----------------------------|------|
| Відкрита ЧМТ                 | 21                         | 35   |
| Закрита ЧМТ                  | 39                         | 65   |
| Струс головного мозку        | 9                          | 15   |
| Забій головного мозку:       |                            |      |
| легкого ступеня              | 5                          | 8,3  |
| середнього ступеня           | 8                          | 13,3 |
| тяжкого ступеня              | 38                         | 63,3 |
| Субарахно дальний крововилив | 13                         | 21,6 |
| Внутрішньомозкова гематома   | 3                          | 5    |
| Субдуральна гематома         | 10                         | 16,7 |
| Епідуральна гематома         | 3                          | 5    |

У 16 (26,7 %) пацієнтів катанез захворювання складав від 1 до 3 років, у 16 (26,7 %) – від 3 до 6, у 14 (23,3 %) – від 6 до 10, більше 10 років з моменту отримання травми минуло у 14 (23,3 %) хворих. Відомості про оперативне лікування в анамнезі травми були наявні у 17 (28,3 %) випадках.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ** При ретельному вивченні неврологічного дефіциту у хворих із наслідками перенесено ЧМТ виявлено, що у більшості випадків (49 осіб, 81,7 %) мав місце

стійкий цефалгічний синдром, майже у половини хворих (26 осіб, 43,3 %) відмічались вестибулярні прояви, зокрема запаморочення, хиткість при ході, інколи із нудотою та шумом у вухах (табл. 2).

Ураження пірамідно системи нами виявлено у 44 осіб (73,3 %), зокрема, ознаки рефлекторно-пірамідно недостатності діагностовано у 25 (41,7 %) хворих, центральний парез кінцівок легкого ступеня – у 10 (16,7 %), помірний – у 8 (13,1 %), глибокий – у 1 (1,6 %) пацієнта.

**Таблиця 2. Ведучі неврологічні синдроми у хворих, які перенесли ЧМТ різно давності**

| Ведучий синдром                | Хворі від 1 до 3 років | Хворі від 3 до 6 років | Хворі від 6 до 10 років | Хворі від 10 років і більше |
|--------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Цефалгічний                    | 16                     | 13                     | 13                      | 7                           |
| Вестибулярний                  | 9                      | 7                      | 5                       | 5                           |
| Гіпертензійний                 | 3                      | 4                      | 2                       | 1                           |
| Атактичний                     | 7                      | 6                      | 5                       | 4                           |
| Судомний                       | 3                      | 2                      | 1                       | 3                           |
| Пірамідний                     | 14                     | 11                     | 9                       | 10                          |
| Екстрапірамідний               | –                      | 2                      | 1                       | 4                           |
| Ураження ЧМН                   | 4                      | 1                      | –                       | –                           |
| Синдром вегето-судинно дистоні | 2                      | 1                      | –                       | –                           |

Ураження екстрапірамідно системи у вигляді аміостатичного синдрому різного ступеня вираженості відмічалось у 7 (11,7 %) хворих та проявлялось загальною скутістю, бідністю рухів, уповільненням мови, підвищенням тону м'язів за пластичним типом тощо.

Різні види атаксії виявлялися у 22 (36,7 %) пацієнтів, ведучим синдромом була атаксія. Так, у 9 (15 %) осіб було діагностовано мозочкову атаксію, у 11 (18,3 %) – вестибулярну і лише у 2 (3,3 %) хворих – кіркову.

Ураження черепно-мозкових нервів (ЧМН) відмічалось у 5 (8,3 %) обстежуваних та проявлялось симптомами порушення функцій переважно I, III, VII та VIII пар ЧМН. Розлади вищих кіркових функцій переважно у вигляді частково моторно афазії відмічались у 4 (6,5 %) пацієнтів.

Судомний синдром, що проявлявся генералізованими епілептичними нападами різно частоти, виявлявся у 9 (15 %) хворих. Час появи судом коливався в межах від 1 до 4 років з моменту травми. Слід зазначити, що у всіх пацієнтів із судомними нападами при КТ-обстеженні головного мозку виявлялися кістозні або кістозно-атрофічні зміни, що локалізувались у 5 (8,3 %) хворих в лобних ділянках, у 3 (5 %) – в тім'яно-скроневих, і у 1 (1,6 %) – в лобно-тім'яних.

У 10 (16,7 %) хворих в клінічній картині хвороби переважав лікворно-гіпертензійний синдром із головними болями, нудотою, позитивними оболонковими знаками та змінами на КТ мозку, які проявлялись в основному атрофічними змінами кори і лише у 2 (3,3 %) хворих виявлялись ознаки внутрішньо гідроцефалії.

Синдром вегето-судинно дисфункції виявлявся у 3 (5 %) осіб, що клінічно проявлялось коливаннями артеріального тиску, пульсу, акрогіпергідрозом, червоним дермографізмом, функціональним тремором повік та пальців витягнутих рук.

Ступінь когнітивних розладів за психодіагностичною шкалою Mini-Mental State Examination (MMSE) визначався у 43 (71,7 %) хворих. Зокрема, помірний ступінь когнітивних розладів діагностовано у 1 (1,6 %)

хворого, легкий – у 17 (28,3 %), у 15 (25 %) порушень не виявлено.

Усім хворим із відкритою ЧМТ в анамнезі було проведено рентгенографію кісток черепа. Виявлено діагностоване: лінійний перелом основи черепа у 2 (3,3 %) пацієнтів, лінійний перелом склепіння черепа – у 2 (3,3 %), перелом склепіння черепа з переходом на основу – у 3 (5 %), наявність дефекту кісток черепа – 9 (15 %) осіб.

При проведенні КТ мозку наявність кісти різно локалізації та розміру було виявлено у 8 (13,3 %) хворих, атрофічні зміни кори головного мозку – у 16 (26,7 %) пацієнтів, поєднання атрофії і кісти – у 13 (21,6 %) осіб, явища внутрішньо гідроцефалії – у 2 (3,3 %) обстежуваних.

За змінами ЕЕГ були виявлені ознаки судомно готовності головного мозку з високим порогом збудливості нейронів у 9 (15 %) хворих, ознаки дифузного подразнення головного мозку з акцентом на стовбурові структури – у 35 (58,3 %) пацієнтів, у 5 (8,3 %) випадках – ознаки подразнення медіобазальних структур, у 10 (16,7 %) – подразнення головного мозку без чіткого локального акценту.

При аналізі результатів УЗДГ судин головного мозку у переважно більшості досліджуваних хворих відмічали: ангіоспазм церебральних судин без порушення гемодинаміки – 18 (30 %) пацієнтів, ангіоспазм церебральних судин із зниженням кровоплину – 17 (28,3 %) осіб, ознаки гіпертонусу судин головного мозку – 1 (1,6 %) хворий, ангіоспазм із ознаками венозного застою – 4 (6,5 %) обстежуваних. У 20 (33,3 %) випадках будь-яких патологічних змін з боку церебрально гемодинаміки не виявлено.

При огляді офтальмологом у 13 (21,6 %) хворих виявлено зниження гостроти зору (6 пацієнтів – за рахунок міопії, 4 – астигматизму, 3 – амбліопії); у 1 (1,6 %) хворого – гетеронімну нижньо-носову квадрантосію; у 33 (55 %) обстежуваних на очному дні відмічались ознаки ангіопатії.

Ознаки післятравматично сенсоневрально приглуховатості діагностовано у 11 (18,3 %) пацієнтів, повна глухота – у 4 (6,5 %) осіб.

При огляді психіатром у 54 (90 %) хворих були діагностовані різні варіанти розладів (рис. 2). Зокрема, у 19 (31,7 %) пацієнтів відмічався органічний астенічний розлад, у 12 (20 %) – легкий когнітивний синдром, у 13 (21,7 %) – органічний розлад особистості, у 5 (8,4 %) – органічний емоційно-лабільний синдром, у 3 (5 %) – посткомоційний синдром, у 1 (1,6 %) – психоорганічний синдром і у 1 (1,6 %) – ознаки соматоформно вегетативно дисфункції.

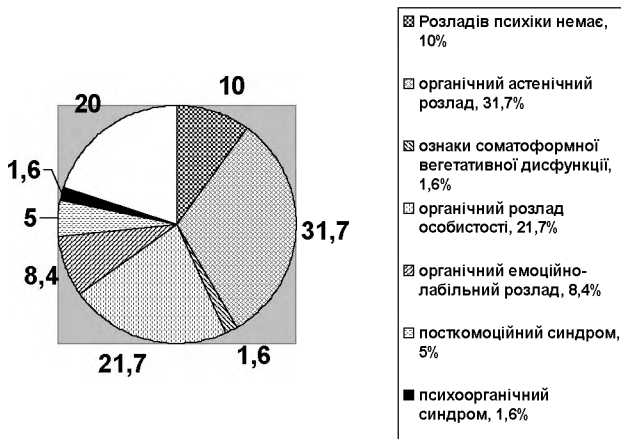


Рис. 2. Ведучі психопатологічні синдроми у хворих, що перенесли ЧМТ.

Слід зазначити, що стійка втрата працездатності була визначена у 70 % обстежуваних хворих із наслідками перенесено ЧМТ в анамнезі.

**ВИСНОВКИ** 1. За нашими даними, до клінічних особливостей черепно-мозкових травм можна віднести наступне: молодий, працездатний вік хворих, переважання чоловічої статі (близько 3:1); у структурі церебрального травматизму переважали закриті ЧМТ із забоем головного мозку різного ступеня тяжкості, що в третини випадків супроводжувались геморагічними ускладненнями у вигляді субарахно дального крововиливу, суб-, епідуально чи внутрішньомозково гематоми.

2. Серед ведучих неврологічних синдромів переважали пірамідний та атактичний, у більшості хворих відмічається стійкий цефалгічний синдром, як прояв порушення ліквородинаміки синдрому ВСД.

3. У більшості хворих виявлені зміни на КТ мозку у вигляді кістозних, атрофічних або кістозно-атрофічних змін. У половини випадків наявність кісти головного мозку клінічно проявлялась генералізованими судомними нападами.

4. Розлади психіки у більшості епізодів проявлялись у вигляді органічного астенічного синдрому, легкого когнітивного розладу та органічного розладу особистості.

5. Враховуючи поліморфізм клініко-параклінічних змін, додаткового аналізу потребують дані клінічних, нейровізуальних та електрофізіологічних параметрів залежно від характеру ЧМТ, давності та віку пацієнтів у момент травми.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Трещинская Л.И., Холодняк И.В. Черепно-мозговая травма с позиций анестезиолога / Здоров'я України. – 2005. – №1.
2. <http://www.neurotrauma>.

Отримано 15.07.10