

УДК 617.51-001.3-06

## ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАКРИТОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Л. С. Мілевська-Вовчук, С. І. Шкробот, В. В. Вовчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

У статті викладено особливості змін когнітивних функцій у хворих, що перенесли закриту черепно-мозкову травму та вплив різних чинників на стан когнітивної сфери у даного контингенту населення.

## THE PECULIARITIES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CLOSED CRANIOCEREBRAL INJURY

L. S. Milevska-Vovchuk, S. I. Shkrobot, V. V. Vovchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

The article describes the peculiarities of cognitive impairment in patients with closed craniocerebral injury and influence of different factors on such impairment.

**Вступ.** Травматизм у сучасних умовах є важливою соціально-економічною проблемою через невинну урбанізацію та механізацію життя. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) за частотою, соціальною значимістю та наслідками займає почесне місце у зрізі нозологічних форм, що спричиняють загибель та стійку втрату працездатності пацієнтів, і, відповідно, зниження трудових ресурсів держави. Протягом останнього часу частота поширеності хворих з ЧМТ в Україні зростає і на сьогодні становить 4–4,2 на 100 тис. населення.

Одним з головних чинників, що визначають дезадаптацію потерпілих внаслідок важкої черепно-мозкової травми (ЧМТ), є порушення когнітивної сфери, які унеможливають у багатьох випадках повноцінну професійну діяльність, соціальне життя тощо.

Таким чином, актуальність і значущість даної проблеми підтверджує доцільність подальшого вивчення і дослідження різних її аспектів для розробки науково обґрунтованих заходів, що сприяли б оптимізації лікувально-діагностичного процесу.

**Основна частина.** Мета роботи – дослідити особливості когнітивних розладів у пацієнтів, що

перенесли закриту ЧМТ. Під спостереженням перебували 30 пацієнтів віком від 18 до 58 років. Усі пацієнти були розділені на вікові групи (згідно з рекомендаціями ВООЗ): молодий вік – до 29 років (26,7 %), середній вік – від 30 до 44 років (40 %), зрілий вік – від 45 до 59 років (33,3 %). Серед обстежуваних було 5 (16,7 %) жінок та 25 (83,3 %) чоловіків. Усі хворі перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічних відділеннях Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні.

Серед обстежуваних пацієнтів 6 (20 %) перенесли струс головного мозку, 21 (70 %) – забій (з них – 9 (30 %) – легкого, 7 (23,3 %) – середнього, а 5 (16,7 %) тяжкого ступеню) та 3 (10 %) осіб мали стиснення головного мозку.

Виробничу травму («промислову» та сільсько-господарську) отримали 6 (20 %) обстежуваних, а невиробничу – 24 (80 %) пацієнти основної групи (з них 12 (40 %) побутового характеру, 8 (26,7 %) внаслідок ДТП, 4 (13,3 %) вуличного типу).

Тривалість періоду після травми становила до 2 років у 9 (30 %) осіб, від 2 до 5 років – у 14 (46,7 %) хворих та понад 5 років – у 7 (23,3 %) обстежуваних.

Серед усіх обстежуваних хворих у 23 осіб (76,7 %) виявлено наявність супутньої патології, а

© Л. С. Мілевська-Вовчук, С. І. Шкробот, В. В. Вовчук, 2011

саме – патологія з боку органів шлунково-кишкового тракту (30 %), сечовидільної системи (13,3 %), органів дихання (23,3 %), зору (10 %).

Усі хворі були проконсультовані лікарем-психіатром: астенічний синдром виявлено у 13,3 % осіб, астено-невротичний – у 23,3 %, астено-депресивний – у 13,3 %, психоорганічний – у 10 %, зниження пам'яті – у 20 %, інтелектуальні та мнестичні порушення – у 20 % осіб відповідно.

Усім обстежуваним було проведено комп'ютерно-томографічне (КТ) обстеження. Результати даного обстеження виявили, що у 3 пацієнтів (10 %) КТ була без відхилень, у 2 (6,7 %) хворих відмічалось ізольоване розширення IV шлуночка, у 7 (23,3 %) – наявні ознаки розширення шлуночкової системи, у 6 (20 %) – розширення субарахноїдальних просторів великих півкуль мозку, у 4 обстежуваних (13,3 %) спостерігалось гіподенсивні посттравматичні вогнища у скроневій, лобно-скроневій та скронево-тім'яній частках, у 3 (10 %) осіб виявлено кіркову та підкіркову атрофію мозку.

До контрольної групи увійшли 10 практично здорових осіб.

Усім хворим з метою оцінки когнітивних функцій проведено один з найпростіших та найінформативніших тестів – тест малювання годинника, який допомагає диференціювати деменцію лобного типу, альцгеймерівську деменцію та деменцію з переважним ураженням підкіркових структур.

Отримані дані оброблені методом варіаційної статистики за допомогою прикладної програми SPSS, 13.0.

Аналіз результатів проведення тесту малювання годинника показав, що 9 (30 %) осіб мали труднощі під час самостійного виконання завдання, проте легко виставили заданий час на вже готовому циферблаті, що свідчить про наявність у них лобної деменції; 18 (60 %) пацієнтів не лише не впоралися із поставленим завданням, але й допускали помилки при виставленні часу на готовому циферблаті, що свідчить про наявність деменції альцгеймерівського типу; 3 (10 %) обстежуваних швидко виконали дане завдання.

Серед осіб, які перенесли струс головного мозку, у 1 (16,7 %) пацієнта було порушене самостійне малювання, проте збереглася здатність розташувати стрілки на вже намальованому циферблаті, що підтверджує наявність в останнього лобної деменції; у 2 (33,3 %) осіб виникали труд-

нощі в обох випадках: і при самостійному малюванні, і при розміщенні стрілок на вже намальованому циферблаті, що свідчить про деменцію альцгеймерівського типу. Швидко і вірно впоралися із даним завданням 3 (50 %) обстежуваних, що вказує на відсутність у них когнітивних порушень.

Пацієнти, що перенесли забій головного мозку, виконали тест малювання годинника наступним чином: 1 (11,1 %) особа із забоем легкого ступеня не впоралася лише із самостійним малюванням; 8 (88,9 %) хворих із даним типом травми мали труднощі при розташуванні стрілок на вже готовому циферблаті; при забої середнього ступеня – у 2 (28,6 %) хворих спостерігалось невірне розташування цифр на циферблаті, у 5 (71,4 %) – стрілки на вже намальованому циферблаті вказували час невірно; при забої тяжкого ступеня – у 3 (60 %) обстежуваних заданий час на готовому циферблаті був просто обведений колом, у 2 (40 %) – цифри на циферблаті були розміщені проти годинникової стрілки. Отримані результати свідчать про наявність лобної деменції у тих осіб, що не впоралися лише із самостійним малюванням, але були спроможні чітко виставити заданий час на вже готовому циферблаті. Альцгеймерівська деменція має місце у тих пацієнтів, які не впоралися навіть із завданням відтворити час на вже готовому циферблаті.

Серед осіб, які перенесли стиснення головного мозку, 2 (66,7 %) – впоралися із завданням розташувати стрілки на вже намальованому циферблаті; 1 (33,3 %) – не лише не впорався із самостійним завданням, але й не був спроможним відобразити заданий час на зображеному циферблаті, що підтверджує наявність у нього деменції альцгеймерівського типу (рис.1).

Залежно від тривалості післятравматичного періоду у ході дослідження нами було виявлено наступні типи когнітивних порушень: у групі, що перенесли закриту ЧМТ у період до 2 років, лобну деменцію діагностовано у 2 (22,2 %) осіб, деменцію альцгеймерівського типу – у 5 (55,6 %) обстежуваних відповідно. Відсутність когнітивних порушень спостерігалась у 2 (22,2 %) пацієнтів.

Серед хворих, тривалість післятравматичного періоду яких становив від 2 до 5 років, у 3 (21,4 %) осіб виявлено лобну деменцію; у 10 (71,4 %) – деменцію альцгеймерівського типу. Відсутність когнітивних порушень спостерігалась у 1 (7,2 %) пацієнта.

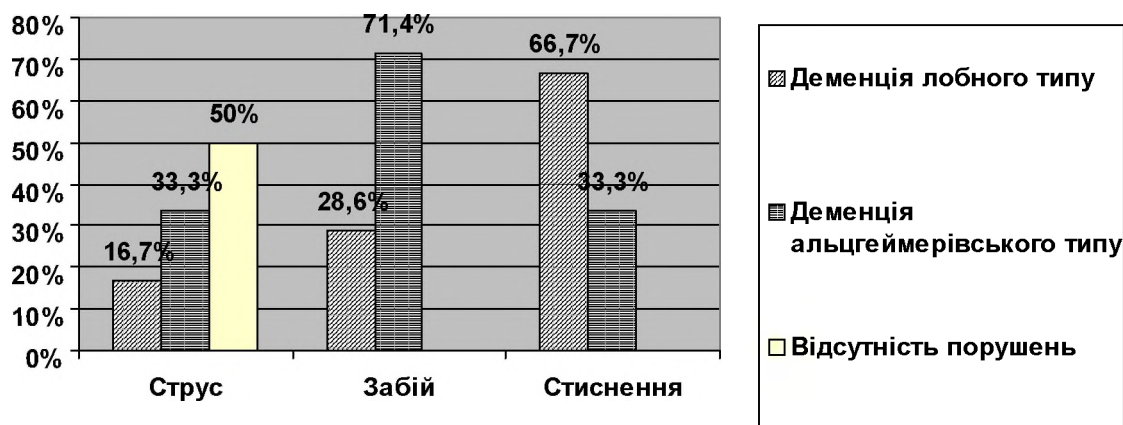


Рис. 1. Тип когнітивних порушень залежно від клінічної форми отриманої травми.

У групі хворих, з тривалістю післятравматичного періоду понад 5 років, спостерігалася лобна деменція – у 4 (57,1 %); деменція альцгейме-

рівського типу – у 3 (42,9 %) обстежуваних відповідно (рис. 2).

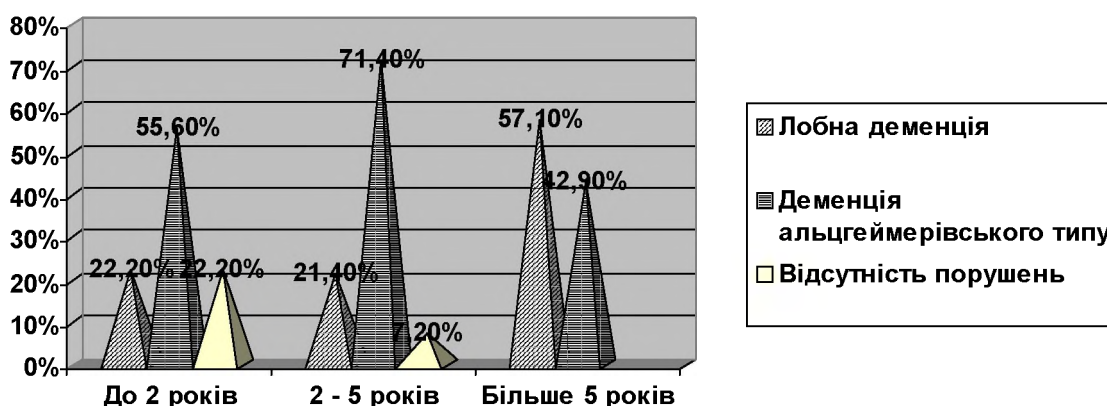


Рис. 2. Тип когнітивних порушень залежно від тривалості післятравматичного періоду.

**Висновки.** Таким чином, ретельний аналіз результатів проведених досліджень дозволяє зробити висновок про те, що глибина когнітивних порушень залежить від клінічної форми отриманої ЧМТ (лобна деменція домінувала у осіб, що перенесли стиснення головного мозку, а деменція альцгеймерівського типу – у пацієнтів із за-

боєм головного мозку). Поглиблення когнітивних розладів у пацієнтів, що перенесли закриту ЧМТ, корелює також із зростанням тривалості післятравматичного періоду. Отримані результати мають важливе значення для вчасного проведення адекватних методів корекції та повинні враховуватися у ході проведення лікувально-трудової та судово-психіатричної експертизи.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Доброхотова Т. А. Прогноз восстановления психической деятельности больных с ЧМТ / Т. А. Доброхотова, О. С. Зайцев, С. В. Ураков ; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова //

Клиническое руководство по ЧМТ. – М. : Антидор, 2002. – Т. 3, Глава 29.1. – С. 463–498.

2. Maas A. I. R. Current recommendation for neurotrauma / A. I. R. Maas // Current Opinion in Critical Care. – 2000. – P. 281–292.