

УДК 616.892-009.3-001

*В.Е. Казаков***ПРЕДИКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ**

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, предпосылки, клиника, сон, память

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) весьма распространенное явление, представляющее потенциальную опасность для жизни и здоровья пострадавших. Эпидемиологические исследования последних 5-ти лет свидетельствуют о чрезвычайно высокой частоте ЧМТ - до 4-х случаев в год на 1000 взрослого населения и 4,56 на 1000 детского населения [1-5].

При этом на ранних этапах у пострадавших не отмечаются органические расстройства, проявления носят функциональный уровень, и их трудно выявить рутинными инструментальными методами. Однако в ряде случаев нейропсихологические методы позволяют решить эту задачу.

На современном этапе интенсивного развития диагностики и лечения психических заболеваний всё шире развивается нейропсихологический подход для решения диагностических

задач и построение лечебной тактики у пациентов не только с тяжелой ЧМТ, но и с ЧМТ средней и даже легкой степени тяжести. Этот метод является чувствительным и обнаруживает даже незначительную функциональную патологию при легкой ЧМТ [6-7].

Как выяснилось, несмотря на отсутствие видимых нарушений при исследовании МРТ, КТ и неврологического статуса, и даже при отсутствии жалоб пациента, у больных с легкой ЧМТ, уже спустя 1-3 года после травмы, в 30% случаев могут возникать хронические когнитивные нарушения, а в 20% - инвалидизация [8].

В связи с этим попытка найти нарушения функционального уровня при ЧМТ, являющиеся предпосылками возникновения тяжелых последствий (слабоумия, продуктивной психопатологии), представляет весьма актуальную задачу.

Материалы и методы исследования

Обследовано 437 пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ, 69% мужчин и 31% женщин (основная группа). Давность заболевания от 1 года до 15 лет. Исследуемые в 39% случаев перенесли ушиб, в 61% случаев - сотрясение головного мозга. По характеру психических расстройств исследуемые распределялись следующим образом: у 119 чел. (27%) пациентов преобладали галлюцинаторно-параноидные расстройства, у 70 (16%) - тревожные, у 48 (11%) - депрессивные, у 22 (5%) - маниакальные, у 178 (41%) - когнитивные нарушения. Контрольная группа была представлена больными, с ЧМТ, не приведшими к отдаленным последствиям (72 человека). У всех наблюдаемых пациентов ос-

новной группы было проведено детальное клинико-психопатологическое, неврологическое, инструментальные (МРТ и КТ) и нейропсихологическое обследования. Нейропсихологические исследования включали набор тестов Cogstate, которые использовались для исследования долгосрочной и краткосрочной памяти, визуальной, пространственной, эмоциональной, а также тесты на когнитивное, моторное и сенсомоторное научение. [9-12]

Исследование пациентов проводилось в динамике. По мере возможности начиналось исследование пациентов, имевших относительно свежую черепно-мозговую травму (в срок не более года), и продолжалось не менее 3-х лет.

Результаты и их обсуждение

При тщательном исследовании анамнеза пациентов основной группы в 51,9% случаев была выявлена перинатальная патология, а именно в

17,1% случаев отмечались пренатальные вредности (тяжелые токсикозы беременности, болезни матери, внутриутробные травмы и инфек-

ции). В 15,2% случаев – интранатальные вредности (родовые травмы и асфиксии в родах), в 8,5% случаев – постнатальные (ЧМТ, мозговые инфекции, нейроинтоксикации в первые 2-3 года жизни). В 48,1% перинатальный период пациентов протекал без особенностей.

В грудном и раннем детском возрасте у 33,3% отмечались явления невропатии, на первый план выступали расстройства ночного сна, повышенная чувствительность к внутреннему дискомфорту, плаксивость, снижение аппетита, срыгивания, рвота. Матери, несмотря на длительный промежуток времени, после рождения ребенка, с ужасом вспоминали о первых месяцах его жизни, бессонных ночах, постоянном ношении на руках, невозможности накормить и т.д. Пациенты с трудом приспосабливались к детскому коллективу, были капризны, аффективно возбудимы, двигательно расторможены. У 31,4% из числа обследованных в 5-9 летнем возрасте обнаруживались моносимптомные невротические и неврозоподобные расстройства (энурез, тики, заикания, страхи и т.д.). В 29,5% случаев у них отмечались патологические привычки (сосание пальца, выдергивание волос и др.).

В препубертатном периоде у обследованных в 18,1% были характерологические реакции активного протеста, а именно, непослушание, грубость, агрессия; в 6,7% случаев у подростков во время бурной аффективной реакции, сопровождающейся яростью и двигательным возбуждением, выявлялось кратковременное сужение сознания. В 10,4% случаев подростки в знак пассивного протеста совершали незавершенные суицидальные попытки в ответ на незаслуженную, по их мнению, обиду. Решение умереть заранее не обдумывалось, совершалось импульсивно, без свидетелей. Девочки пытались отравиться, а мальчики – умереть в результате вскрытия вен.

В пубертатном возрасте у некоторых подростков были реакции группирования со сверстниками и реакции эмансипации.

16,1% случаев обследуемые пациенты в подростковом возрасте входили в стойкие, спонтанно образованные группы, преимущественно внешкольной локализации. Эти группы удовлетворяли их потребности в свободном, нерегламентированном взрослом общении. Принадлежность к «компаниям» повышала их уверенность в себе и позволяла самоутвердиться. В группировках пациенты имели определенные стереотипы поведения, восприятия и языкового общения. 12,4% пациентов характеризовались стремлением к независимому от взрослых, в т.ч. от

родителей, духовному существованию, при этом продолжали принимать от них материальную помощь. Советы и нравоучения взрослых они категорически и с раздражением отвергали. Эти подростки тщательно охраняли свой внутренний мир от взрослых, были сдержаны в проявлении личных чувств, оберегали свои фантазии.

Однако в целом обследуемые развивались без грубой психической, неврологической и соматической патологии. В 64% случаев дети активно набирали вес, в 72% случаев легко адаптировались в детском коллективе, в 49% росли общительными, в меру послушными, в 41% хорошо учились. Поступали в средние и высшие заведения, в дальнейшем устраивались на работу, имели семьи, их социальное функционирование было на удовлетворительном уровне.

Больные, перенесшие лёгкую ЧМТ, в 72% предъявляли жалобы на метеозависимость и в 65% - на головные боли. При этом они не обнаруживали выраженных неврологических нарушений, в 47% у них отмечалась рассеянная микросимптоматика представленная оживлением и легкой разницей сухожильных рефлексов в конечностях, незначительным пошатыванием в позе Ромберга, сглаженностью носогубной складки, разлитым дермографизмом. Компьютерная томограмма патологии не выявила.

Пациенты с тяжёлой ЧМТ также как и с лёгкой ЧМТ, предъявляли жалобы на головные боли, метеозависимость, головокружение, нарушение памяти и внимания, раздражительность, вспыльчивость, однако неврологическая симптоматика у них была более грубой. В последующие 1-3 года, как показывают результаты изучения жалоб, психического и неврологического статусов, а также данных КТ, в 54% случаев состояние больных улучшалось. Но через 3-5 лет в 51% начали ухудшаться память и внимание, а в последующие годы в 41% случаев возникла психопатология.

При обследовании проводилось сопоставление результатов нейропсихологического исследования и клинической картины пациентов основной и контрольной группы. У пациентов основной группы уже на ранних этапах после перенесенной травмы (до 1 года) нейропсихологическое исследование выявляло достаточно грубые нарушения когнитивного научения, а также эмоциональной памяти. В дальнейшем периоде (от одного до 3-х лет) эти нарушения сглаживались, спустя 3 года у 22% с лёгкой ЧМТ и 31% пациентов с тяжёлой ЧМТ начало прогрессировать нарушение когнитивного научения,

что явилось предпосылкой для формирования психоорганического синдрома. У 16% с лёгкой ЧМТ и 18% с тяжелой ЧМТ нейропсихологическое исследование выявляло стойкое нарушение эмоциональной памяти, при этом с течением времени у этих же пациентов возникали признаки аутизации.

При исследовании пациентов также обращали на себя внимание частые нарушения сна, возникновение инсомний служило своеобразной «лакмусовой бумажкой», указывающей на ухудшение состояния больного. Нередко бессонница являлась начальным симптомом в сложном симптомокомплексе. Тяжесть инсомнии коррелировала с тяжестью психопатологии.

Расстройство сна в контрольной группе встречалось достоверно реже, чем в основной ($p \leq 0,001$). У пациентов контрольной группы уже через несколько недель после сотрясения мозга и ненамного дольше после ушиба мозга инсомнии были купированы. В основной группе нарушения сна носили упорный перманентный характер, были труднокурабельны и нарушали дневное функционирование. У больных часто встречались ночные пробуждения, яркие красочные сновидения, ночные ужасы и кошмары, сновидения устрашающего характера, просночные галлюцинации. У больных с когнитивными расстройствами во время сна нередко наблюдались храп, апноэ, снохождение. Тревожные больные по ночам просыпались от вегетативных пароксизмов. При отсутствии полноценного сна достоверно чаще, чем у больных с достаточным сном, возникали аффективные, галлюцинозно-параноидные и когнитивные нарушения ($p \leq 0,001$).

В 46,7% случаев КТ выявила четкую локализацию очага, и именно у этих больных достоверно чаще, чем у больных с необнаруженным

очагом, наблюдались психопатологические проявления ($p \leq 0,001$).

У пациентов с выявлением очага в области лобной доли отмечалось органическое расстройство личности, которое проявлялось раздражительностью, злобой, агрессией, периодически сменяемой шутливостью, неоправданным весельем, эйфорией. Именно эта категория больных могла совершать антисоциальные акты. У них наблюдалась вязкость, застревания, побочные ассоциации, затруднявшие изложение материала, выраженная отвлекаемость.

У тех пациентов, КТ которых подтвердила очаговость в височно-теменной области, в отдаленном периоде возникал симптомокомплекс с астенической, вегетативной и циклотипоподобной симптоматикой. Иногда на высоте вегетативных проявлений имели место аффекты страха, сопровождающиеся тоскливо-злобным аффектом.

У пациентов с преобладанием поражения височной области наблюдались аутохтонные аффективные расстройства в виде тоскливо-злобного настроения.

У пациентов с патологическим очагом в лимбической области отмечалась выраженная эйфория с дурашливостью, расторможенностью и конфабуляторными расстройствами.

Таким образом, проведенное лонгитудинальное исследование позволяет предположить, что предикторами психопатологических последствий ЧМТ могут служить преморбидные личностные особенности пациентов, перинатальная патология больных, невропатия, четкая локализация посттравматического очага в лобной, лимбической, височной и височно-теменной областях, стойкие нарушения сна, нарушения когнитивного научения и расстройства эмоциональной памяти.

В.Є. Казаков

ПРЕДИКТОРИ ВИНИКНЕННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЇ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧМТ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Метою дослідження стала спроба знайти клінічні передумови виникнення важких наслідків (недоумства, продуктивної психопатології) ЧМТ. Обстежено 437 пацієнтів з давністю захворювання від 1 року до 15 років. Досліджувані в 39% випадків перенесли забій, в 61% випадків - струс головного мозку. За характером психічних розладів досліджувані розподілялися наступним чином: у 119 (27%) пацієнтів переважали галюцинозно-параноїдні розлади, у 70 (16%) - тривожні, у 48 (11%) - депресивні, у 22 (5%) - маніакальні, у 178 (41%) - когнітивні порушення. Контрольна група була представлена хворими, з ЧМТ, що призвела до віддалених наслідків (72 особи). У всіх спостережуваних пацієнтів основної групи було проведено детальне клініко-психопатологічне, неврологічне обстеження, нейропсихологічне дослідження, інструментальне (МРТ і КТ). Дослідження пацієнтів проводилося в динаміці. У міру можливості починалося дослідження пацієнтів, які перенесли черепно-мозкову травму в термін не більше року і тривало не менше 3-х років.

Проведене лонгитудинальне дослідження дозволяє припустити, що предикторами психопатологічних наслідків ЧМТ можуть служити преморбідні особистісні характеристики пацієнтів, перинатальна патологія хворих, локалізація посттравматичного вогнища, порушення сну, стійкі порушення когнітивного навчання і розлади емоційної пам'яті. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2013. — № 1 (32). — С. 35-38).

PREDICTORS OF THE PSYHOPATHOLOGY OCCURRENCE IN THE DELAYED PERIOD OF TBI

SE "Lugansk state medical university"

The aim of the study was to attempt to find clinical predictors of severe consequences (dementia, productive psychopathology) of TBI. The study involved 437 patients with disease duration of 1 year to 15 years. Subjects in 39% of cases suffered the injury in 61% of cases - a concussion. By the type of mental disorders studied were divided in such way: in 119 (27%) patients prevailed hallucinatory-paranoid disorder in 70 (16%) - anxious, in 48 (11%) - depression, in 22 (5%) - manic, in 178 (41%) - cognitive impairment. The control group was represented by patients with TBI not led to long-term effects (72 people). All of the examined patients of the main group was conducted detailed clinical and psychopathological, neurological examination, neuropsychological research tool (MRT and CT). The study was conducted in long period of time. Whenever possible, patients began the study if underwent a traumatic brain injury in a period of not more than one year and continued for at least 3 years.

Conducted longitudinal study suggests that the predictors of psychopathological consequences of TBI may serve as a premorbid personality characteristics of patients, perinatal pathology, the localization of post-traumatic hearth, sleep disturbances, persistent violations of cognitive learning disorders and emotional memory. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — № 1 (32). — P. 35-38).

Литература

1. Кислицын Ю.В. Качество жизни пациентов с тяжелым ушибом головного мозга в отдаленном периоде. / Ю.В. Кислицын, К.Г. Новиков // Журн. неврол. и психиатр. 2009; 109: 11: 94-96
2. Скоромец А.А. Исследование эффективности комплексного препарата цитофлавин для коррекции последствий легкой черепно-мозговой травмы. / А.А. Скоромец, Е.Л. Пугачева // Журн. неврол. и психиатр. 2010; 110:3:31-36
3. Исхаков О.С. Взаимосвязь механизма травмы с видами повреждения мозга и исходами у детей с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой. / О.С. Исхаков, А.А. Потапов, В.М. Шипиловский // Вопр. нейрохир. 2006; 2:26-31
4. Берснев В.П. О работе нейрохирургической службы Санкт-Петербурга в 2000-2005 гг. Всероссийская научно-практическая конференция «Поляковские чтения» / В.П. Берснев // Тезисы докладов. Санкт-Петербург 2007; 18-20
5. Горбунов М.В. Медико-социальные аспекты черепно-мозговой травмы у детей и пути ее профилактики (по материалам Ульяновской области) / М.В. Горбунов Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. М.:2006; 27.
6. Narayan R.K. Posttraumatic Stress Disorder in patients with traumatic brain injury. / R.K. Narayan, M.E. Michel // J. Neurotrauma 2006; 19:5:503-557.
7. Путилина М.В. Оптимизация программы реабилитации пациентов с черепно-мозговыми травмами / М.В. Путилина // Рус. мед. журн. — 2005. - №13 — с.22-24.
8. McDonald B.C., Flashman L.A., Saykin A.J. Executive dysfunction following traumatic brain injury: neural substrates and treatment strategies. Neurorehabilitation 2005; 17: 333-344.
9. Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О.С. Зайцев — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 336 с.
10. Кислицын Ю.В. Качество жизни пациентов с тяжелым ушибом головного мозга в отдаленном периоде / Ю.В. Кислицын, К.А. Новиков // Журн. неврол. и психиатр., - 2009, №11. — С. 94-96
11. Mani T.M., Miller S.M., Yanasak N., Macciocci S. Evaluation of changes in motor and visual functional activation over time following moderate-to-severe brain injury. Brain Injury 2007; 21: 11: 1155—1163.
12. Ricker J.H., Hillary F.G., DeLuca J. Functionally activated brain imaging (O-15 PET and fMRI) in the study of learning and memory after traumatic brain injury. J. Head Trauma Rehabil 2008; 16:2: 191-205.

Поступила в редакцию 24.03.2013