

Т. А. Литовченко, д-р мед. наук, проф., О. А. Лактанова
Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

ФОРМИРОВАНИЕ ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА, ПРОШЕДШЕГО С МОМЕНТА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ

Черепно-мозговая травма приводит к формированию когнитивного дефицита, и тяжесть когнитивных нарушений напрямую зависит от времени, прошедшего с момента травмы, и тяжести перенесенной ранее черепно-мозговой травмы. Всем больным с перенесенной ранее черепно-мозговой травмой необходимо проводить комплексное обследование, разработать алгоритмы ранней диагностики и лечения, что позволит в значительной мере отсрочить появление выраженного когнитивного дефицита.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, когнитивные функции, сроки травмы, методы исследования.

Повышенная забывчивость и снижение умственной работоспособности являются одним из наиболее распространенных симптомов в неврологической практике [4].

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — механическое повреждение черепа и внутримозговых структур — головного мозга, сосудов, черепных нервов, мозговых оболочек. Повреждение головного мозга при ЧМТ может быть первичным, непосредственно связанным с механическим воздействием на момент травмы, или вторичным, вызванным осложнениями ЧМТ.

Травма нарушает деятельность мозга как за счет первичного (биомеханические факторы), так и вследствие последующего вторичного повреждения (активация патофизиологических каскадов). Вторичное повреждение охватывает множество сложных биохимических и клеточных процессов, увеличивающих тяжесть первичного повреждения. Повреждение мозга при ЧМТ последовательно прогрессирует [1].

В результате комплекса фундаментальных и прикладных исследований подтвержден прогрессирующий характер изменений, которые возникают в остром периоде травмы и определяют развитие отдаленных последствий [5, 6].

После черепно-мозговой травмы почти всегда развиваются когнитивные нарушения — особенно нарушения внимания и нарушения памяти. В легких случаях они почти всегда бывают временными. Изучение последствий черепно-мозговой травмы — актуальный вопрос современной неврологии. Черепно-мозговые травмы — это наиболее частые и наиболее тяжелые повреждения, частота которых год от года неуклонно увеличивается. Частота встречаемости ЧМТ во всем мире в среднем составляет 3—4 на 1000 населения. В индустриальных странах черепно-мозговые травмы широко распространены, при этом обычно страдают люди трудоспособного возраста [2, 3, 7]. Целесообразность как можно более раннего выявления когнитивных нарушений не вызывает сомнений, поскольку своевременное проведение адекватной терапии позволяет существенно улучшить прогноз. Именно поэтому в последнее время большое внимание стали уделять проблеме умеренных когнитивных нарушений.

Цель исследования состояла в изучении нарушения высших психических функций у пациентов

с последствиями ЧМТ в зависимости от срока, прошедшего с момента получения травмы.

Обследовано 47 пациентов, перенесших ЧМТ (25 мужчин и 22 женщины), в возрасте от 23 до 48 лет. С учетом давности перенесенной травмы были сформированы 4 группы больных. Первую группу составили больные с давностью ЧМТ от 1 года до 3-х лет (5 человек), вторую группу — больные с давностью ЧМТ от 3 до 5 лет (10 человек), третью группу — больные, которые перенесли ЧМТ от 5 до 10 лет назад (20 человек), четвертую — больные, которые перенесли ЧМТ больше 10 лет назад (12 человек). Исследование включало оценку жалоб, соматического и неврологического статуса, когнитивных функций (шкала MMSE, батарея тестов для оценки лобной дисфункции — БТЛД, зрительно-пространственных функций — метод рисования часов, Шкала общего ухудшения (GDR)).

По срокам, прошедшим с момента травмы, преобладали больные, у которых легкие когнитивные нарушения наступили в течение первых 5—10 лет после получения травмы (42,5 %), больных с наличием легкого когнитивного дефекта со сроком свыше 10 лет после получения травмы было 25,5 %, от 3 до 5 лет после момента травмы — 21,5 % и от 1 года до 3 лет — 10,5 % соответственно.

При обследовании оценивали жалобы, предъявляемые больными, их соответствие объему неврологической симптоматики. Практически во всех группах были зафиксированы различные неврологические синдромы (вегетативно-сосудистая дистония, ликворно-сосудистая дисциркуляция, стойкая интенсивная цефалгия, снижение памяти, внимания, рассеянность, вестибулярные расстройства, нарушения сна). Наряду с головной болью ведущими симптомами были снижение памяти и внимания. Из исследования были исключены больные с выраженной соматической патологией, выраженными когнитивными нарушениями.

Общий показатель результатов при исследовании с помощью БТЛД (батарея лобной дисфункции) продемонстрировал легкие когнитивные нарушения у больных, срок травмы которых не превышал 5 лет, и умеренные когнитивные нарушения у больных, у которых с момента черепно-мозговой травмы прошло более 5 лет (табл. 2).

Таблица 1

Результаты исследования больных с последствиями ЧМТ по Шкале краткого исследования психического статуса (MMSE)

Показатели шкал	1 группа (n = 5)	2 группа (n = 10)	3 группа (n = 20)	4 группа (n = 12)
Общий бал	27,0 ± 0,32	26,0	25,80 ± 0,09	25,67 ± 0,14
Ориентирование	10,0	10,0	10,0	10,0
Запоминание	3,0	3,0	3,0	2,5 ± 0,19
Концентрация внимания	3,4 ± 0,40	3,0 ± 0,21	2,2 ± 0,09	3,0 ± 0,25
Память	2,6 ± 0,24	2,2 ± 0,25	2,75 ± 0,12	2,5 ± 0,23
Речь и праксис	8,0 ± 0,45	7,8 ± 0,13	7,85 ± 0,08	7,67 ± 0,19

Таблиця 2

Результати дослідження больних с последствиями ЧМТ по даним Батарей тестов на лобную дисфункцію

Показатели шкал	1 группа (n = 5)	2 группа (n = 10)	3 группа (n = 20)	4 группа (n = 12)
Общий балл	17.0 ± 0.32	15.7 ± 0.30	15.75 ± 0.18	15.33 ± 0.14
Концептуализация	3	2.30 ± 0.15	2.90 ± 0.07	3
Скорость речи	2.8 ± 0.20	2.30 ± 0.15	2.30 ± 0.11	2.6 ± 0.14
Динамический праксис	2.6 ± 0.24	2.30 ± 0.15	2.45 ± 0.11	2.25 ± 0.13
Простая реакция выбора	3	3	2.95 ± 0.05	2.33 ± 0.14
Усложненная реакция выбора	2.6 ± 0.24	2.30 ± 0.15	2.15 ± 0.08	2.08 ± 0.08
Исследование хватательных рефлексов	3	3	3	3

При оценке тяжести когнитивных нарушений по Шкале общего ухудшения (Global Deterioration Rating) у части больных отмечались мягкие расстройства: жалобы на снижение памяти (больной периодически не мог вспомнить, что куда положил), больные отмечали повышенную утомляемость, некоторую тревожность, у ряда больных отмечались проблемы в счете при выполнении арифметических задач, отмечалась некоторая тревожность по отношению к своему состоянию, трудности в поисках слов, чтобы выразить свои субъективные ощущения, часть больных не запоминали то, что прочли (у больных, у которых с момента травмы прошло более 10 лет), не могли вспомнить что куда положили. Данная картина по оценке показателей по Шкале Общего Ухудшения свидетельствует о наличии легких когнитивных расстройств.

При исследовании с помощью Теста рисования часов у больных отмечались незначительные неточности в расположении стрелок, часы нарисованы правильно, заданное время отображено правильно.

У больных с последствиями черепно-мозговой травмы когнитивные нарушения проявлялись в снижении кратковременной и длительной памяти (как вербальной, так и зрительной), при этом выраженность снижения когнитивных нарушений напрямую была связана с тяжестью перенесенной ранее ЧМТ, а также длительностью периода времени, прошедшего с момента травмы.

Таким образом, ЧМТ приводит к формированию когнитивного дефицита.

Тяжесть когнитивных нарушений зависит от сроков, прошедших с момента получения ЧМТ.

Всем больным, которые перенесли ранее ЧМТ, необходимо проводить комплексное обследование с применением клинико-неврологических, нейропсихологических и нейровизуализационных методов исследования. Необходимо разработать алгоритмы ранней диагностики и лечения у больных с последствиями ЧМТ, что позволит в значительной мере отсрочить появление выраженного когнитивного дефицита.

Список литературы

1. Дафин Ф. Мурешану. Нейропротекция и нейропластичность при черепно-мозговой травме (лекция) // Международный неврологический журнал. — 2007. — № 6 (17). — С. 7.
2. Захаров, В. В. Диагностика и лечение нарушений памяти и других высших мозговых функций пожилых: Метод. реком. / В. В. Захаров, И. В. Дамулин ; под. ред. Н. Н. Яхно. — М.: ММА, 1997. — 39 с.
3. Захаров, В. В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: Методическое пособие для врачей / В. В. Захаров, Н. Н. Яхно. — М., 2005. — 70 с.
4. Локшина, А. Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / А. Б. Локшина, В. В. Захаров // Неврологический журнал. — 2006. — Т. 11, прил. № 1. — С. 57—64.
5. Педаченко, Е. Г. Современные представления о патогенезе черепно-мозговой травмы / Педаченко Е. Г., Васильева Е. Г., Васильев А. Н. — Киев, 1996. — 282 с.
6. Ромоданов, А. П. Патогенетическое обоснование периодов травматической болезни головного мозга / Ромоданов А. П., Копьев О. В., Педаченко Е. Г. // Вопросы нейрохирургии. — 1990. — № 6. — С. 10.
7. Яхно, Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике / Н. Н. Яхно // Неврологический журнал. — 2006. — Т. 11, прил. № 1. — С. 4—13.

Надійшла до редакції 27.04.2010 р.

Т. А. Литовченко, О. А. Лактанова

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Формування легких когнітивних порушень у хворих, що зазнали черепно-мозкової травми, в залежності від терміну, який минув з моменту отримання травми

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) призводить до формування когнітивного дефіциту, і важкість когнітивних порушень напряму залежить від часу, який пройшов з моменту травми, та тяжкості перенесеної ЧМТ. Усім хворим необхідно проводити комплексне обстеження, розробити алгоритми ранньої діагностики та лікування, що дозволить значною мірою відстрочити появу вираженого когнітивного дефіциту.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, когнітивні функції, час травми.

T. A. Lytovchenko, O. A. Laktanova

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

The formation of mild cognitive impairment in patients with brain injury depending on terms of an obtaining of the trauma

Traumatic brain injury (TBI) leads to formation of cognitive deficiency and the gravity of cognitive impairments directly depends on the time which passed from trauma's moment and the gravity of TBI. All patients, who underwent a TBI earlier, should pass a complex examination. Algorithms should be developed for early diagnostics and treatment of patients having TBI consequences, what will allow to delay considerably the occurrence of the expressed cognitive deficiency.

Keywords: traumatic brain injury (TBI), cognitive functions, trauma's time.