

ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Есиркепбаев Б.Т., Ахметов Ш.А.

АО "Санаторий Казахстан" МВД РК, Алматы, Казахстан.

Резюме. Предоставлены данные по исследованию пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы. Исследованы особенности нарушений у пациентов в этом периоде.

Ключевые слова: последствия черепно-мозговой травмы, отдаленный период, эмоциональные и когнитивные нарушения.

CONSEQUENCES OF A CRANIOCEREBRAL TRAUMA, FEATURE EMOTIONAL AND KOGNITIVE INFRINGEMENTS

Esirkepbaev B.T., Mamytov M.M.

Summary. The data on research of patients with consequences of a craniocerebral trauma are given. Features of infringements at patients in this period are investigated.

Key words: consequences skull - brain trauma, emotional and cognitive infringements, remote period.

Цель. Исследование особенностей эмоциональных и когнитивных нарушений у пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы в отдаленном периоде.

Материалы и методы исследования. 128 пациентов из разных возрастных групп. Исследование проводилось с помощью теста MMSE.

Актуальность. Особенность течения последствий черепно-мозговой травмы у пациентов, особенности эмоциональных и когнитивных нарушений.

Психопатологические синдромы относятся к числу наиболее частых среди последствий черепно-мозговых травм, преобладают синдромы пограничного уровня - астенические, неврозоподобные и психатоподобные [4,7]. В отдаленном периоде психические дисфункции оказываются регрессирующими у больных преморбид, которых характеризуются гармоничным развитием личности, тогда как у акцентуированных личностей главным образом эпилептоидного и истерического круга подобная динамика наблюдается гораздо реже. У них же в течение первых лет после травмы отмечаются трудности в социальной и трудовой адаптации. Астенические состояния усложняются за счет эмоциональной неустойчивости,

повышенной тревожности, частых аффективных пароксизмов гнева, злобы, внутренней напряженности, несдержанности и взрывчатости, спонтанных колебаний настроения.

Выраженность когнитивных нарушений в отдаленном периоде ЧМТ также определяется исходной степенью ее тяжести [3]. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших закрытую ЧМТ, часто затрагивают такие сферы психической деятельности, как память, внимание, скорость переработки поступающей информации, исполнительные функции (планирование, организация, принятие решений), зрительно-пространственное восприятие [8]. Ряд нарушений высших психических функций обуславливается специфической локализацией поражений, в частности преимущественным поражением при ушибах мозга лобных и височных долей [2]. Тем не менее, во многих случаях резидуальные расстройства формируются вследствие диффузного вовлечения коры и повреждения аксиальных структур головного мозга, которые модулируют функциональную активность коры. Именно сочетанное поражение локальных зон мозговой коры, аксиальных и подкорковых образований приводит к развитию когнитивных нарушений [1,2,3,8].

Наличие и выраженность когнитивных нарушений, как было указано ранее изучалось нами с помощью теста MMSE, который позволяет оценить выраженность того или иного интеллектуального дефекта как в целом, так и по отдель-

ным составляющим. Мы в своей работе решили проанализировать как суммарную оценку когнитивного дефекта по данной методике, так и по отдельным пунктам. Эти данные представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1
Характеристика когнитивных нарушений в зависимости от возраста больных (баллы)

| Показатели когнитивной сферы | Возрастные группы | | | |
|------------------------------|-------------------|----------------|------------------|--------------------|
| | 16-22 лет | 23-30 лет | Старше 30 лет | Вся группа больных |
| Ориентировка во времени | 4,29*±0,06* | * 4,48±0,01 | * 4,5±0,01 | 4,43±0,08 |
| Ориентировка в месте | 4,29±0,03** | 4,41±0,05* | ** 4,72*±0,1 | 4,47±0,08 |
| Восприятие | 2,18*±0,03* | * 2,3±0,05 | * 2,28±0,16 | 2,25±0,09 |
| Концентрация внимания | 4,12*±0,05* | * 4,3±0,06 | * 4,28±0,01 | 4,24±0,08 |
| Память | 2,12±0,11* | 2,18±0,1 | * 2,22±0,09 | 2,45±0,08 |
| Речевые функции | 8,12±0,01 | 8,11±0,1* | 8,22*±0,03 | 8,14±0,1 |
| Суммарная оценка | 25,12±0,04 | 26,4±0,04 | ** 26,22±0,04 | 26±0,27 |

Дополнение к примечаниям: достоверные различия* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,005$ - с контрольной группой снизу, между группами сверху.

Таблица 2
Характеристика когнитивных нарушений в зависимости от давности ЧМТ (баллы)

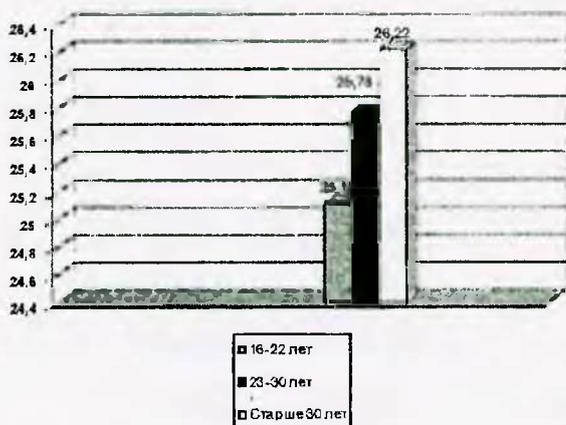
| Показатели когнитивной сферы | Давность ЧМТ | | | Вся группа больных |
|------------------------------|--------------|----------------|------------------|--------------------|
| | До 1 года | От 1 до 3 лет | Более 3 лет | |
| Ориентировка во времени | 4,64*±0,11* | * 4,36±0,11 | * 4,38±0,13 | 4,43±0,08 |
| Ориентировка в месте | 4,85±0,14** | 4,45±0,05* | ** 4,26*±0,05 | 4,46±0,08 |
| Восприятие | 2,78±0,11** | 2,36±0,14 | ** 1,88±0,15 | 2,25±0,09 |
| Концентрация внимания | 4,76*±0,15** | * 4,27±0,11 | ** 3,92±0,12 | 4,24±0,08 |
| Память | 2,78*±0,02** | * 2,72±0,02 | ** 2,03±0,14 | 2,45±0,08 |
| Речевые функции | 8,42±0,02** | 8,36±0,02* | ** 7,8*±0,15 | 8,14±0,1 |
| Суммарная оценка | 28,28±0,09** | 26,54±0,07 | ** 24,3±0,11 | 26±0,27 |

Как видно из представленных данных, в общем, если говорить о максимальной суммарной оценке при отсутствии когнитивных расстройств в 30 баллов, то вся группа больных имеет суммарную оценку 25,7, что расценивается как предметные нарушения. В целом по данной методике балльная выраженность оценки по различным признакам когнитивной сферы отличается друг от друга по своей сумме, поэтому сравнивать выраженность того или иного когнитивного дефекта не представляется возможным по баллам, и в таблицах 1 и 2 отражены межгрупповые различия по исследованным когнитивным характеристикам. Как видно из таблицы 6, если говорить о суммарной оценке, то она достоверно минимальна в младшей возрастной группе (16-22 лет) по сравнению со старшей возрастной группой (старше 30 лет). Иными словами в целом, по нашим данным, чем моложе возраст, тем более выражены когнитивные расстройства у больных, после ЧМТ. Это видно не только по суммарной оценке, но и по отдельным составляющим когнитивного дефекта. В частности в младшей возрастной группе минимальны показатели по результатам ориентировки во времени, с достоверными различиями по сравнению с двумя остальными возрастными группами. Также минимальны показатели по такой сфере как восприятие, концентрация внимания. В целом практически по всем изученным показателям, кроме такого показателя как речевые фун-

кции между младшей и старшими возрастными группами имеются достоверные различия. Что касается речевых функций, то по нашим данным они в целом достаточно в большей степени нарушены как в младшей, так и в средней возрастной группе, с достоверными различиями между последней и старшей возрастной группой.

Как видно из таблицы 2 в целом выраженность когнитивного дефекта четко зависит и от давности ЧМТ. В частности если говорить о суммарной оценке, то при давности ЧМТ до 1 года когнитивный дефект выражен в достоверно меньшей степени, чем при давности ЧМТ сроком более 3 лет. Аналогично по отдельным составляющим когнитивного дефекта имеются указанные крайние различия, причем в данном случае практически по всем показателям, включая и речевые функции, между группой больных после ЧМТ до 1 года и более 3 лет. При этом средняя промежуточная группа с давностью ЧМТ от 1 до 3 лет также по ряду показателей, в частности это ориентировка во времени, концентрация внимания, память имеет достоверные различия с первой группой с давностью наркотической зависимости до 1 года. В целом, учитывая структуру и плотность достоверных различий по различным признакам когнитивного дефекта можно сказать, что фактор давности ЧМТ играет большую роль в формировании когнитивного дефекта, чем фактор возраста. Эти данные наглядно отражены на рис. 1.

Характеристика когнитивных нарушений в зависимости от возраста (баллы, MMSE)



Характеристика когнитивных нарушений в зависимости от срока наркотической зависимости (баллы, MMSE)

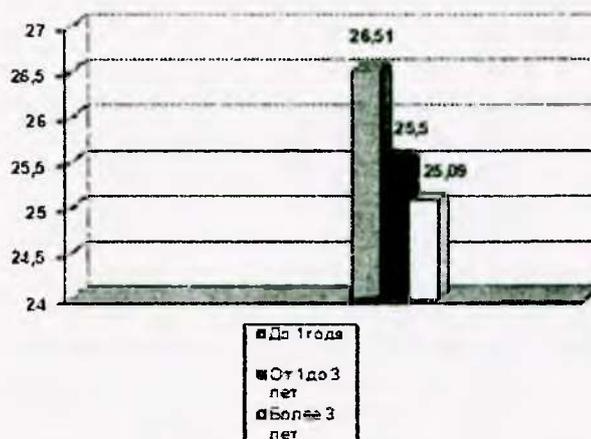


Рисунок 1.

При этом наиболее зависимыми от давности ЧМТ, по нашим данным оказались такие проявления когнитивного дефекта как ориентировка в месте, восприятие, концентрация внимания, память и речь. Именно с этими составляющими когнитивного дефекта связана общая суммарная оценка, свидетельствующая о том, что в группе больных с давностью ЧМТ более 3 лет формируются предементные когнитивные расстройства, что отчетливо видно из данных таблицы 2.

Выводы. Таким образом, последствия ЧМТ проявляется многообразными неврологическими субъективными и объективными проявлениями. Совокупность их свидетельствует как о функциональных, так и органических признаках патологии мозга. Причем речь идет прежде всего о нарушении деятельности коры и глубинных структур лимбико-ретикулярного комплекса. Наши дальнейшие исследования, результаты которых мы представим позднее подтверждают это.

Список литературы

1. Волошин П.В. с соавторами. Диагностика, лечение и профилактика отдаленных последствий закрытых черепно-мозговых травм; реабилитация больных. Методические рекомендации, 1990, 21 с.

2. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. и др. Патогенез, диагностика и лечение че-

репно-мозговой травмы и ее последствий, Вопросы нейрохирургии, 1994, № 4, с.18-25

3. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. и др. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Москва, 1998, том 1, 549 с.

4. Макаров А.Ю., Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация, Неврологический журнал, 2001, т.6, № 2, с. 38-41

5. Михайленко А.А., Дыскин Д.Е., Бицадзе А.Н., Клинико-патогенетические варианты отдаленных последствий закрытой травмы головного мозга, Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1993, т.93, № 1, с. 39-42.

6. Шогам И.И., Мелихов М.С., Череватенко Г.Ф., Чектурия Н.И., Отдаленные последствия легких черепно-мозговых травм (частота, течение, критерии состояний компенсации и декомпенсации)//Журнал невропатологии и психиатрии, 1991, т. 91, № 6, стр. 55-59.

7. Acarin L, Gonzalez B, Castellano B., Neuronal, astroglial and microglial cytokine expression after an excitotoxic lesion in the immature rat brain/ EUR J NEUROSCI, 2000, 12(10), 3505-3520 p.

8. Anderson V., Northam E., Hendy J., Wrennall J. Developmental Neuropsychology. Philadelphia, 2001, 555 p.

9. Appleton R., Baldwin T. Management of brain-injured children. New York, Oxford University Press, 1998, 257 p.

10. Cohen R.A. The Neuropsychology of Attention.- New York and London, 1993.- 545 p.