

УДК 616.831 - 001: 355.422] - 036.8 + 616.8 - 008.615.1) - 07 - 08

М.Г. Семчишин

ПАТ "Укрзалізниця" Львівська клінічна лікарня на залізничному транспорті

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ БОЙОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ І ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Ключові слова: біль голови, черепно - мозкові травми (бойова і мирного часу), синдром післятравматичного стресового розладу, цитофлавін.

Резюме. Проведено обстеження 20 бійців антитерористичної операції (АТО), які перенесли бойову черепно-мозкову мінно-вибухову травму, а при поверненні на мирну територію у них поступово розвився синдром післятравматичного стресового стану (ПТСС). Вони становили основну групу нашого дослідження. До контрольної групи входили 16 пацієнтів з віддаленими наслідками черепно-мозкової травми (ЧМТ) мирного часу. Методики обстеження включали неврологічне і психологічне обстеження пацієнтів. Психологічне тестування проводилося з ціллю виявлення синдрому післятравматичного стресового розладу. Нами виявлені клініко- патогенетичні особливості болю голови у бійців АТО з ПТСР і у хворих із віддаленими наслідками травми мозку мирного часу.

Вступ

Зростання щорічно кількості ЧМТ становить серйозну медичну і економічну проблему. У гострому та проміжному періодах при ЧМТ діагностикою і лікуванням хворих займаються нейрохірурги і невропатологи. Однак не менше значення мають і післятравматичні розлади, серед яких біль голови займає основне місце, оскільки він є одним із основних симптомів при всіх формах ЧМТ і в усі періоди захворювання [5, 6, 10, 11]. Питання, пов'язані з клінікою та діагностикою віддалених наслідків ЧМТ, викликають значну увагу в наукових колах та в практичних лікарів [3, 9, 13]. У формуванні віддалених наслідків ЧМТ бере участь ряд об'єктивних факторів - характер і ступінь тяжкості травми, преморбідний стан потерпілих, вік, стать, наявність супутньої патології та інші, які, очевидно, й впливають на розвиток та виразність післятравматичного періоду [2, 4, 15]. Особливу групу становлять ЧМТ, отримані в результаті бойових дій, які поєднуються з емоційно-стресовими переживаннями і психічними розладами, та виділяються як ПТСР [1, 7, 8, 12, 14, 16, 17].

Мета дослідження

Оцінити ефективність цитофлавіну при лікуванні хворих з наслідками бойової ЧМТ і післятравматичним стресовим синдромом порівняно із стандартними схемами терапії у контрольній групі та провести аналіз порушень з використанням нейропсихологічних тестів у комплексі із суб'єктивними і клінічними даними.

Матеріал і методи

Ми обстежили 36 пацієнтів, котрі перенесли ЧМТ: із них 20 бійців АТО, які перенесли бойову мінно-вибухову ЧМТ (основна група) і 16 пацієнтів з віддаленими наслідками ЧМТ мирного часу (контрольна група). Для оцінки когнітивних функцій використовували нейропсихологічні тести і шкали (шкала оцінки післятравматичних розладів, тест на логічну пам'ять, тест кодування символів, шкала оцінки тривоги і депресії, тест Рея - Остерріхта, шкала Спілбергера). Нейропсихологічне обстеження пацієнтів проводилось тричі: в гострому періоді, через 1 і 3 місяці після травми. Пацієнти контрольної групи отримували стандартне лікування (аналгетики, бромвалеріанову мікстуру, ноотропні та вазоактивні препарати), а хворим основної групи до вищевказаного лікування було додано цитофлавін по 2 таблетки 2 рази на добу за 30 хвилин до їжі протягом 25 днів.

Обговорення результатів дослідження

Порівнюючи характеристики скарг при бойовій ЧМТ і ЧМТ мирного часу, ми встановили такі особливості: у бійців АТО при бойовій ЧМТ домінували болі голови характеру лікворно-гіпертензійного - у 55,00% (11 бійців) - розпираючі, з відчуттям тиснення на очі, які супроводжувалися підвищеною чутливістю на світло, звуки, запахи, проявлялася також дратівливість, втома і зниження концентрації уваги.

При ЧМТ мирного часу відзначали болі голови судинного характеру - у 43,75% (7 хворих): при

гіпертонічному типі - у 25,00% (4 хворих) біль голови був ниючий, або ломотний, у скроневій або лобово - скроневій частках, блідість обличчя, несистемне запаморочення, загальна слабкість, а при гіпотонічному типі - у 18,75% (3 хворих) біль голови був пульсуючий у скронево-тім'яній частці, підсилювався при емоціях і фізичній напрузі, переважно виникав зранку. У бійців АТО не спостерігалось болю голови м'язової напруги, а також мігренозного болю, натомість він виявлявся у 56,25% (9 хворих) при ЧМТ мирного часу.

У 30,00% (6 вояків) бійців АТО поряд з болем голови ми спостерігали генералізовані епіприступи і у 70,00% (14 вояків) - гіпоталамічні пароксизми. Натомість спектр пароксизмів при ЧМТ мирного часу мав характер цервікокраніалгії. У 37,50% (6 хворих) відзначено біль в шийно-потилічній ділянці, розпираючий, стріляючий, пульсуючий, односторонній, підсилювався при рухах і поворотах голови, супроводжувався запамороченням і зоровими порушеннями.

У 9 хворих (56,25%) при ЧМТ мирного часу мали місце ністагм, атактична хода, порушення координаційних проб, на відміну від вояків АТО, у яких ці явища були відсутні. Частіше у 31,25%, 5 пацієнтів при ЧМТ мирного часу виявлялись патологічні ступневі знаки, порушення чутливості і м'язового тону.

При електроенцефалографії у вояків АТО були виявлені легкі дифузні зміни у 7 бійців (35,00%), незначні - у 10 бійців (50,00%), помірні - у 3 бійців (15,00%), які зберігались протягом 1 місяця. У хворих із ЧМТ мирного часу легкі дифузні зміни мали місце в 11 хворих (68,75%) і помірні - у 5 хворих (31,25%), які регресували протягом 1 місяця.

Динаміка основних проявів післятравматичних розладів така: цефалгія мала місце як у вояків АТО, так і у хворих мирного часу до початку лікування у 100% потерпілих, до кінця 1 місяця вона зберігалась у 2 бійців АТО (10,00%) та у 4 хворих мирного часу (25,00%), а до кінця 3 місяця залишалась надалі у 2 бійців АТО (10,00%) і зменшилася на 1 хворого мирного часу - 3 хворих

(18,75%). Запаморочення зауважено у 11 вояків АТО (55,00%), мало системний характер у 8 бійців і несистемний у 3 до початку лікування, і зникало через 1 місяць після лікування. У 6 із 9 хворих мирного часу (56,25%) запаморочення мало характер системний, а у 3 - несистемний до початку лікування, зберігалось протягом 1 місяця у 5 хворих (31,25%), а через 3 місяці в 1 хворого (6,25%). Розлади сну в бійців АТО регресували протягом 1 місяця із 60,00% (12 осіб) до 0%, а в групі хворих мирного часу зменшились у кінці 3 місяця від 93,75% (15 хворих) до 50,00% (8 хворих). Прояви порушень когнітивної функції у бійців АТО були такі: важкість запам'ятовування - у 14 вояків (70,00%) а важкість відтворювання - у 12 вояків (60,00%). Указані порушення зберігались відповідно у 8 вояків (40,00%) і 10 (50,00%) протягом 1 місяця, а до кінця 3 місяця в 1 бійця (5,00%) і 3 бійців (15,00%) відповідно. У хворих із ЧМТ мирного часу важкість запам'ятовування і відтворювання ми відзначали у 16 хворих (100,00%). 3 10 хворих (62,50%) до кінця 1 місяця важкість запам'ятовування залишалась у 8 хворих (50,00%) та зберігалась незмінною до кінця 3 місяця, а важкість відтворювання мала місце у 6 хворих (37,50%) та до кінця 3 місяця зберігалась у 2 хворих (12,50%).

Динаміка основних показників за тестами і шкалами відображена нами в таблицях 1 - 4.

Згідно з показниками таблиці тестів констатуємо, що у вояків АТО, порівняно з хворими мирного часу, результати тестів на логічну пам'ять та кодування символів відчутно покращувалися протягом усього періоду спостереження і лікування, але відмінність у показниках між обстеженими групами була недостовірною.

Аналізуючи дані табл. 2, відмічаємо, що під час проведення тесту Рея кількість правильно відтворених елементів у вояків АТО і хворих мирного часу від початку лікування і до кінця 3 місяця збільшилась, проте ці зміни виявились невірними.

Як видно із табл. 3, через 1 місяць після ЧМТ у вояків АТО явища тривоги і депресії регресува-

Таблиця 1

Тести на логічну пам'ять і кодування символів

Тести	Група бійців АТО, n=20			Хворі мирного часу, n=16		
	до лікування	через 1 місяць	через 3 місяці	до лікування	через 1 місяць	через 3 місяці
логічна пам'ять	9,34±2,30	11,60±3,01	13,00±3,40	8,90±2,11	9,60±1,22	10,50±1,53
кодування символів	37,60±11,50 p>0,05	50,30±8,50 p>0,05	52,00±11,03 p>0,05	42,80±13,02 p>0,05	43,00±12,76 p>0,05	46,00±14,60 p>0,05

p – порівняно з вояками АТО

Таблиця 2

Тест Рея - Остерріхта

Тест	Група бійців АТО, n=20			Хворі мирного часу, n=16		
	до лікування	через 1 місяць	через 3 місяці	до лікування	через 1 місяць	через 3 місяці
A1, A2	33,30±2,02	32,20±3,58	35,30±0,67	27,40±11,63	31,10±7,21	35,50±1,02
	25,00±1,03	25,50±4,78	30,00±2,80	19,30±6,78	28,00±6,02	27,00±8,40
	26,20±3,24 p>0,05	28,80±7,01 p>0,05	32,00±2,74 p>0,05	20,30±8,50 p>0,05	25,40±5,67 p>0,05	25,80±4,87 p>0,05

p – порівняно з вояками АТО

Таблиця 3

Шкала тривоги і депресії

Показники	Група бійців АТО, n=20			Хворі мирного часу, n=16		
	до лікування	через 1 місяць	через 3 місяці	до лікування	через 1 місяць	через 3 місяці
тривога	6,40±4,15	7,60±5,12	5,00±0,00	4,60±2,70	8,30±1,01	11,00±0,00
0 – 7 балів	8	2	1	13	1	0
8 – 10 балів	4	1	0	0	1	0
11 і < балів	1	0	0	3	0	1
депресія	4,50±3,54	5,30±4,75	4,00±0,00	4,10±3,56	7,50±2,58	12,00±0,00
0 – 7 балів	12	3	1	14	2	0
8 – 10 балів	0	0	0	1	0	0
11 і < балів	1	0	0	1	2	1

Таблиця 4

Тест Спілбергера

Тест	Група бійців АТО, n=20			Хворі мирного часу, n=16		
	до лікування	через 1 місяць	через 3 місяці	до лікування	через 1 місяць	через 3 місяці
тривога, як стан %	46,30±6,50	37,70±8,75	36,80±8,96	46,60±5,68	49,80±3,87	40,00±5,02
тривога, як риса людини %	50,50±5,24	48,30±4,90	47,50±4,32	48,40±4,89	51,50±3,21	53,80±4,56

ли, а у хворих мирного часу прояви тривоги зберігались у 1 хворого, депресія виявлена в 2 хворих через 1 місяць після травми, а через 3 місяці після травми в 1 хворого.

За результатами тесту Спілбергера, як у бійців АТО (9,5%), так і у хворих мирного часу (6,6%) відмічається зменшення проявів тривоги як стану. У бійців АТО було зменшення тривоги як риси особистості на 3,0%, а у хворих мирного часу констатуємо наростання стану тривоги на 5,4%, що, очевидно, пов'язано з тривало існуючими післятравматичними розладами.

На нашу думку, вказані особливості пов'язані з тим, що бійці АТО отримували лікування за стандартною схемою і цитофлавін у дозі 2 таблетки 2 рази на добу за 30 хвилин до їжі протягом 25 днів, а група хворих із ЧМТ мирного часу - тільки стандартну терапію. Цитофлавін відновлює активність ферментів антиоксидативного за-

хисту, стимулює метаболічні процеси в мозку, сприяє відновленню когнітивно-мнестичних функцій мозку, усуває рефлекторні порушення і розлади чутливості, а також позитивно впливає на параметри неврологічного статусу - зменшує виразність астенічного, цефалгічного, вестибуло-мозочкового синдромів та усуває розлади в емоційно-вольовій сфері, знижуючи рівень тривоги і депресії.

Висновки

1. Спектр проявів болю голови при ЧМТ бойового характеру з післятравматичними стресовими розладами менш різноманітний, ніж при ЧМТ мирного часу, що, очевидно, пов'язано із однорідністю вікового складу в армії та належною фізичною підготовкою.

2. Використання цитофлавіну в більш ранні терміни (до 1 місяця після початку лікування) для

корекції післятравматичних розладів у вояків АТО дозволило покращити результати лікування порівняно з групою хворих мирного часу, які отримували лікування за стандартною схемою.

3. Цитофлавін можна застосовувати в якості монотерапії і в комплексному лікуванні ЧМТ.

4. Нейропсихологічні тести та шкали дозволяють виявляти пацієнтів, котрим необхідна корекція післятравматичних порушень когнітивних функцій, і дозволяють здійснювати контроль стану хворих протягом усього періоду лікування.

Перспективи подальших досліджень

У даному напрямку удосконалювати методи ранньої діагностики і адекватної терапії післятравматичних ускладнень з елементами психологічної корекції та знаходити умови для соціально-психологічної допомоги учасникам АТО.

Література. 1. Буряк О.О. Військовий синдром "АТО". Актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О.О. Буряк, М.І. Гіневський, Г.Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. - 2015. - Випуск 2(43). - С. 176-181. 2. Деменко В.Д. Клинико - параклиническое взаимоотношения в отдаленном периоде закрытой черепно - мозговой травмы / В.Д. Деменко, Н.Ф. Базарный, В.В. Борисенко // Украинский вестник психоневрологии. - 2001. - Т.9, вып. 1(26). - С.24 - 25. 3. Задорожна Б.В. Деякі клінічні аспекти диференціальної діагностики віддаленого періоду черепно-мозкової травми / Б.В. Задорожна // Практична медицина. - 2012. - №2 (XVIII). - С. 3-8. 4. Задорожна Б.В. Травматична хвороба головного мозку (клініка, діагностика, прогнозування) / Б.В. Задорожна // Клінічна та експериментальна патологія. - 2012. - Т. XI, №1 (39). - С. 58-60. 5. Клиническое руководство по черепно - мозговой травме / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова и др.; НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН. - М.: АНТИДОР, 2002. - Т.3. - 631 с. 6. Кондаков Е.Н. Черепно - мозговая травма / Е.Н. Кондаков, В.В. Кривецкий. - М.: Медицина, 2002. - С. 110 - 329. 7. Матяш М.М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції / М.М. Матяш, Л.І. Худенко // Український медичний часопис. - 2014. - №6 (104). - С. 124-127. 8. Паронянц Т.П. Виникнення і прояв післятравматичних стресових розладів у працівників органів внутрішніх справ в умовах виконання миротворчої місії ООН (на прикладі колишньої Югославії): автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. психолог. наук / Т.П. Паронянц. - Харків, 2004. - 18 с. 9. Педаченко Е.Г. Черепно - мозговая травма: современные принципы неотложной помощи / Е.Г. Педаченко, И.П. Шлапак, А.П. Гук // Учебн. - метод. пособие. - К.: ЗАО "Варта", 2009. - 216 с. 10. Післятравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації / Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. - Харків, 2002. - 47 с. 11. Скоромец А.А. Исследование эффективности комплексного препарата цитофлавин для коррекции последствий черепно - мозговой травмы / А.А. Скоромец, Е.Л. Пугачева // Журнал неврологии и психиатрии. - 2010. - № 110 (3). - С. 31 - 36. 12. Тешук В.Й. Підходи до лікування післятравматичних стресових розладів у військовослужбовців - учасників антитерористичної операції / В.Й. Тешук, Н.В. Тешук // Український вісник психоневрології. - 2016. - Т.24, вип. 4 (89). - С. 122-128. 13. Шевага В.Н. Ранние и отдаленные последствия черепно - мозговой травмы: медико - социальные аспекты и возможности нейропротекции / В.Н. Шевага // Здоровье Украины. - 2009. - № 5 (1). - С. 45. 14. Gibbons S.W. Combat stressors and post-traumatic stress in deployed military healthcare professionals: an integrative review / S.W. Gibbons, E.J. Hickling, D.D. Watts // Adv. Nurs. - 2012. - N 68(1). - P. 3-21.

15. McAllister T.W. Mechanisms of working memory dysfunction after mild and moderate TBI: Evidence from functional MRI / T.W. McAllister, L.A. Flashman, B.C. McDonald // J. Neurotrauma. - 2006. - № 23 (10). - P. 1450 - 1467. 16. Narayan R.K. Posttraumatic Stress Disorder in patients with traumatic brain injury / R.K. Narayan, M.E. Michel // J. Neurotrauma. - 2002. - № 19 (5). - P. 503 - 557. 17. Posttraumatic stress disorder post Iraq and Afghanistan: prevalence among military subgroups / L.A. Hines, J. Sundin, R.J. Rona, S. Wessely, N.T. Fear // Can. J. Psychiatry. - 2014. - N 59(9). - P. 468-79.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО - МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

М.Г. Семчишин

Резюме. Проведено обстеження у 20 воїнів антитерористичної операції, котрі перенесли боєву черепно - мозгову міну - взривну травму, і при поверненні на мирну територію у них розвилася синдром посттравматического стресового расстройтва (ПТСР). Они составили основную группу нашего исследования. Контрольная группа состояла из 16 больных с отдаленными последствиями черепно - мозговой травмы мирного времени. Методики исследования включали неврологическое и психологическое обследование пациентов. Психологическое тестирование проводилось с целью выявления синдрома посттравматического стрессового расстройства. Нами выявлены клинико - патогенетические особенности болей головы у воинов АТО с ПТСР и у больных с отдаленными последствиями травмы мозга мирного времени.

Ключевые слова: боль головы, черепно-мозговая травма боевая и мирного времени, синдром посттравматического стрессового расстройства, цитофлавин.

CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH REMOTE CONSEQUENCES OF FIGHTING CRANIO-CEREBRAL INJURY AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

M.G. Semchyshyn

Abstract. We investigated 20 soldiers of antiterrorist operation, who had under one fighting cranio-cerebral injury mine-explosion trauma, and in the time of return on peaceful territory they developed syndrome of posttraumatic stress disorder (PTSD). They formed the basic group of our investigation. The control group was formed of 16 patients with remote consequences of fighting cranio-cerebral injury of peaceful time. The methods of investigation included neurological and psychological examination of the patients. Psychological test was conducted with the purpose of revealing syndrome of posttraumatic stress disorder. To revealed clinical - pathogenetic peculiarities of the head pain in ATO soldiers with PTSD and in patients with remote consequences of fighting cranio-cerebral injury in peaceful time.

Key words: pain of head, fighting cranio-cerebral injury, peaceful time, syndrome of posttraumatic stress disorder, cytoflavini.

Public joint - stock company "Ukraine of Railway",

Lviv Railway transport Clinical Hospital

Clin. and experim. pathol. - 2017. - Vol.16, №1 (59).-P.140-143.

Надійшла до редакції 11.01.2017

Рецензент – проф. В.М. Пашковський

© М.Г. Семчишин, 2017