

УДК 616.831-001.31-036: 616.89

Динаміка психопатологічних змін при вогнищевому забої лобової частки невідомої півкулі великого мозку

Грищук О.І.

Міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м.Львів, Україна

Обстежені 28 потерпілих з вогнищевим забоем головного мозку, локалізованим в лобовій частці невідомої півкулі великого мозку. Дослідження проводили з використанням методу комп'ютерної психодіагностики. У 96,4% хворих з вогнищевим забоем виявлені різноманітні психопатологічні симптоми, зокрема, астеничний симптомокомплекс, розлади інтелекту та мнестичних функцій, тривожні, депресивні порушення, зміни особистості. Структура психопатологічного синдрому травматичного генезу залежить від періоду захворювання та локалізації вогнища.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, психопатологічні зміни, комп'ютерна психодіагностика.

За даними ВООЗ, кількість потерпілих з черепно-мозковою травмою (ЧМТ) щороку збільшується на 2%. У колишньому СРСР частота ЧМТ дорівнювала 4 на 1000 населення [6], в Україні цей показник становить 4,0-4,2 на 1000 населення [5]. В середньому у 60-70% потерпілих після травматичного ураження головного мозку виникає тимчасова непрацездатність, часто з наступним встановленням групи інвалідності [3, 4]. Одним з значущих факторів, що зумовлює високу частоту інвалідизації хворих з ЧМТ, є виникнення тих чи інших психопатологічних змін [1,2].

Після ЧМТ (зокрема, з вогнищевим забоем), залежно від ступеня тяжкості травми, вираженості деструктивних процесів та саногенетичної спроможності організму у хворих виникають астеничний, експлозивний варіанти психоорганічного синдрому, розлади інтелекту, різні за ступенем та тривалістю. За даними літератури, астеничний варіант психоорганічного синдрому частіше спостерігають при ураженні підкірковостовбурових відділів головного мозку, клініко-психопатологічними ознаками його є підвищена втомлюваність, виснажливості уваги, сенситивність, тривожність, емоційна лабільність. При лобово-полусно-базальній локалізації вогнища частіше виникає експлозивний варіант психоорганічного синдрому, який характеризується ригідністю психічних процесів, обмеженням можливостей цілеспрямованої діяльності, брутальністю, егоїзмом, схильністю до агресивних вчинків. У подальшому перебігу психоорганічного синдрому значне місце посідають динаміка інтелектуального дефекту, тип розвитку особистості та наявність реактивних на шарувань: тривожних, депресивних тощо. Слід зауважити, що ті чи інші інтелектуальні розлади притаманні й хворим за астеничного варіанта психоорганічного синдрому, проте, за експлозивного

варіанта — вони більш виражені.

Втрата працездатності хворими з ЧМТ значною мірою зумовлена наявністю та ступенем інтелектуального дефекту. Так, лише 55% пацієнтів з тяжкою ЧМТ здатні повернутися до попередньої трудової діяльності, 38% — внаслідок інтелектуального дефекту втрачають професійний рівень чи їм встановлюють групу інвалідності. Проте, особливості формування психопатологічних проявів у потерпілих після ЧМТ і, відповідно, їх медико-соціальний прогноз недостатньо вивчені.

Мета дослідження — вивчити структуру та динаміку психопатологічних розладів у хворих з вогнищевим забоем невідомої півкулі великого мозку залежно від етапу перебігу травматичної хвороби.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження основане на результатах обстеження 28 пацієнтів віком від 18 до 50 років з вогнищевим забоем головного мозку (всіх чотирьох видів) в лобовій частці невідомої півкулі, яких лікували в клініці Інституту нейрохірургії ім.акад. А.П.Ромоданова АМН України в період з 1998 по 2003 р. У 25 хворих невідомої півкулі великого мозку була правою (праворукі), у 3 — лівою (ліворукі).

У дослідженні використовували комп'ютерний психодіагностичний метод, розроблений спільно з працівниками кафедри психології та психіатрії Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця.

Для роз'яснення задач дослідження використовували наступні методи:

1. коректурну пробу — для вивчення концентрації уваги, стомлюваності;
2. прогресивні матриці Равена — для дослідження рівня інтелекту (IQ);
3. пробу на запам'ятовування 10 слів — для вивчення розладів пам'яті;
4. опитувальник депресії Бека;
5. шкалу тривоги

Спілберга; 6. шістнадцятифакторний особистісний опитувальник Кеттелла.

Кожного пацієнта обстежували тричі: у гострому, проміжному та віддаленому періодах захворювання.

Результати та їх обговорення. Під час первинного обстеження у 27 (96,4%) потерпілих виявлені різні психопатологічні симптоми, що на 12,4% більше, ніж при ураженні аналогічних відділів домінантної півкулі великого мозку. У 82% потерпілих відзначено виражену астенію, у 64% — ознаки експлозивності, у 71% — помітне зниження інтелекту, у 82% — зниження пам'яті. Ці показники значно перевищували аналогічні у хворих з ураженням домінантної півкулі великого мозку.

Астенічний симптомокомплекс у гострому періоді ЧМТ спостерігали у 23 (82,1%) хворих. За даними структурного аналізу астенії з використанням коректурної проби у більшості хворих (20 з 23) виявлене значне зниження як концентрації уваги (індекс К), так і темпів діяльності (індекс А) та переключення (індекс С). У 3 хворих в структурі астенії переважали ті чи інші розлади концентрації уваги, а також темпів діяльності. Крім того, під час проведення тестових завдань відзначали інертність пацієнтів, низьку зацікавленість в успішності дослідження, байдужість до його кінцевих результатів. При подальшому обстеженні (у проміжний і віддалений періоди ЧМТ) спостерігали незначний регрес цих трьох проявів астенії. Так, у віддаленому періоді у 18 (64%) пацієнтів слабкість концентрації уваги зберігалась майже на попередньому рівні, лише у 5 (28%) — спостерігали її поліпшення.

Таким чином, незважаючи на відносну легкість у деяких потерпілих травматичного ураження головного мозку, у значної частини таких хворих астенічні симптоми зберігалися навіть у віддаленому періоді ЧМТ. Під час проведення комп'ютерної томографії (КТ) головного мозку у 86% хворих відзначено позитивну динаміку, що підтверджує положення про відсутність стійкої кореляції між тяжкістю морфологічних змін та вираженістю клінічних проявів патологічного процесу.

Під час вивчення розладів інтелекту (за показниками IQ) у гострому періоді у 13 (48%) потерпілих виявлений граничний рівень інтелекту, у 4 (14%) — розумовий дефект, що відповідав ступеню олігофренії; в 11 (39%) пацієнтів рівень інтелекту був у межах норми. При цьому слід відзначити наступні два факти. По-перше, у гострому періоді у потерпілих не спостерігали “хорошої норми” показників інтелекту. По-друге, порушення інтелекту граничного рівня спостерігали у хворих з вогнищевим

забоєм так званого першого виду з полюсною локалізацією за відсутності вогнищевих змін за даними електроенцефалографії. Незважаючи на клінічну легкість ступеня забою головного мозку, регредієнтна динаміка інтелектуальних функцій відзначена лише у 7 (29%) пацієнтів, у віддаленому періоді ЧМТ у них досягнутий рівень “хорошої норми”. З іншого боку, у 43% пацієнтів з забоєм так званого першого виду спостерігали рівень “низької норми” з подальшою позитивною динамікою лише у 2 з них.

Таким чином, при вогнищевому травматичному ураженні лобової частки недомінантної півкулі великого мозку виявлені грубі порушення інтелекту в гострому періоді травми. У подальшому лише у незначній кількості хворих інтелектуальні якості досягли преморбідного рівня. Низька частота позитивної динаміки відновлення інтелектуальних порушень в порівнянні з такою у хворих з ураженням домінантної півкулі великого мозку свідчить про важливість локалізації патологічного вогнища з огляду на функціональну асиметрію головного мозку.

Порушення мнестичних функцій виявлене у 23 (82%) потерпілих. Частіше (у 68% хворих) спостерігали розлади короткотривалої пам'яті вже у гострому періоді ЧМТ. У подальшому поліпшення короткотривалої пам'яті відзначене лише у 8 (29%) обстежених. У більшості хворих порушення короткотривалої пам'яті було стійким. Тільки у 3 (11 %) хворих спостерігали поліпшення мнестичних функцій у віддаленому періоді ЧМТ. За даними КТ головного мозку у цих хворих виявлений вогнищевий забій усіх чотирьох видів, а відмінності ступеня тяжкості ураження не впливали на динаміку розладів короткочасної пам'яті. Дефекти тривалого запам'ятовування у гострому періоді виявлені у 12 (43%) хворих. При подальшому спостереженні поліпшення функції довгострокової пам'яті у проміжному періоді ЧМТ зафіксоване у 7 (25%) пацієнтів, у віддаленому — у 8 (28%).

Інтерпретація отриманих даних дозволяє припустити, що при травматичному ураженні лобової частки недомінантної півкулі великого мозку відбувається модально-неспецифічне порушення пам'яті. При ньому насамперед порушується фіксація інформації будь-якої модальності, виникає блок програмування, регуляції й контролю за перебігом психічних процесів.

Депресивні розлади в гострому періоді ЧМТ виявлені у 10 (36%) пацієнтів, зокрема, у 3 — легкого ступеня, у 7 — помірного. У проміжному періоді ЧМТ у 8 (80%) хворих депресивні симптоми поглиблювались, у віддаленому періоді, хоча і не спостерігали подальшого прогресування депресії, проте, її ступінь не зменшувався. Потерпілі скаржилися на прогресуюче

невдоволення собою, тугу, обмеження інтересів, складності під час спілкування з рідними, колегами по роботі, знайомими, погіршення сну й апетиту. Проте, зі слів рідних виявлено, що такі зміни виникли значно раніше, але маскувались іншими симптомами і лише у міру відновлення інтелектуальних функцій депресивні симптоми починали турбувати хворих.

При дослідженні рівня тривожності у хворих з вогнищевим забоем недомінантної півкулі великого мозку з використанням шкали Спілберга відповідні зміни виявлені у 15 (53%) з них. При порівнянні з цими показниками у хворих з травматичним ураженням домінантної півкулі великого мозку виявлено достовірно меншу вираженість тривоги та її подальшої динаміки. Так, за даними КТ, за першого виду вогнищевого забою недомінантної півкулі великого мозку у 68% хворих вираженість тривожних симптомів не збільшувалась, за ураження домінантної півкулі у 72% потерпілих таку динаміку спостерігали при більш тяжкому забої — другого та третього видів. Це зумовлене слабкою здатністю хворих з ураженням недомінантної півкулі до тривожних реакцій внаслідок апатії, ейфорії та зниження інтелектуально-мнестичних реакцій. В подальшому, за регредієнтного перебігу травматичної хвороби, здатність потерпілих до тривожних реакцій відновлювалась і корелювала з вираженістю депресивних розладів, акцентуації особистості, поліпшенням інтелектуальних функцій.

Розлади особистості за даними опитувальника Кеттелла відзначені у 18 (64%) пацієнтів. У 83% з них виявлені зміни за фактором А(-) — сизотимія, яка у 96% спостережень поєднувалась з такими факторами, як: Е(-) — конформність, Н(-) — тректія, О(+), — гіпотимія. Ці зміни особистості виявляли у проміжному періоді ЧМТ та були стійкими у віддаленому періоді у 15 пацієнтів. Залежність змін особистості від виду вогнища забою не виявлена. Таких пацієнтів характеризували зниженням спонтанності й активності. Вони були малоініціативні, уникали спілкування, страшилися всього незвичного та нового. Гнучкість та честолюбство у них значно зменшувались. Такі пацієнти часто працюють як підлеглі, в багатьох з них знижується професійний рівень. Працюють вони, хоч регулярно і достатньо, проте, без натхнення. У більшості з них зникає хобі, яке було до ЧМТ, обмежується коло знайомств. Навіть повсякденні справи їх цікавлять менше.

Подружнє життя зовні не порушується, більшість з них докладають зусиль для підтримання стосунків з шлюбним партнером. Таким чином, у віддаленому періоді ЧМТ з психопатологічних ознак травматичної хвороби переважають своєрідні зміни особистості у вигляді стертої апатії, гіпобулії, аутизації, гіпотимії.

Висновки. 1. Астенічний симптомокомплекс, спричинений вогнищевим забоем недомінантної півкулі великого мозку, характеризується значною стійкістю і переважає у віддаленому періоді травматичної хвороби.

2. Відновлення інтелектуальних функцій у хворих з ураженням недомінантної півкулі великого мозку відбувається гірше, ніж за травматичного ураження, локалізованого у домінантній півкулі.

3. При вогнищевому забої недомінантної півкулі з мнестичних розладів у хворих переважають порушення короточасної пам'яті.

4. Для потерпілих з травматичним ураженням недомінантної півкулі великого мозку більш характерні депресивні симптоми, ніж тривожні.

5. У більшості хворих після вогнищевого забою недомінантної півкулі великого мозку формуються своєрідні розлади особистості.

Список літератури

1. Доброхотова Т.А., Зайцев О.С. Психические нарушения при черепно-мозговой травме // *Руководство по психиатрии: В 2 т./ Под ред. А.С.Тиганова.*—М.: Медицина, 1999.—Т.2.—С.156–194.
2. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С., Ураков С.В. Значение нейрохирургии в изучении соотношений “мозг-психика” // *Журн. неврологии и психиатрии.*—1998.—№5.—С.4–11.
3. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. *Клиническое руководство по черепно-мозговой травме: В 2 т.* — М.: Медицина, 1998. — Т.1. — 550 с.
4. Педаченко Е.Г., Антоненко В.Г. Критерии прогнозирования ушибов головного мозга // *Науч. конф. нейрохирургов УССР.* — Одесса, 1984. — С. 81–82.
5. Педаченко Е.Г., Морозов А.М. Стан і перспективи організаційного вдосконалення в Україні спеціалізованої допомоги при черепно-мозковій травмі // *І з'їзд нейрохірургів України.* — К., 1993. — С.10.
6. Ярцев В.В., Непомнящий В.П., Лихтерман Л.Б. *Травма центральной нервной системы // Всесоюз.науч.- практ. конф.* — Одесса, 1991. — С.9–11.

Динамика психоэмоциональных расстройств при очаговом ушибе лобной доли недоминантного полушария большого мозга

Грищук О.И.

Обследованы 28 пострадавших с очаговым ушибом головного мозга, локализованным в лобной доле недоминантного полушария большого мозга. Исследование проводили с использованием метода компьютерной психодиагностики. У 96,4% больных с очаговым ушибом обнаружены различные психопатологические симптомы, в частности, астенический симптомокомплекс, нарушения интеллектуально-мнестических функций, тревожные, депрессивные нарушения, изменения личности. Структура психопатологического синдрома травматического генеза зависит от периода заболевания и локализации травматического очага.

Dynamics of psychopathology after focal frontal lobe no dominant hemisphere head injury

Hryshchuk O.I.

According to performed analysis of indexes of 28 patients with frontal lobe dominant hemisphere head injury difference psychopathology syndromes discovered in 96,4% cases by computer psychognosis method. It is first of all disorders of memory and IQ, depression, cerebraesthesia and difference kind of psychopathia. We showed definitive dependence between localization of injury and kind of psychopathology syndromes. Appearing this disorders gives us possibility to predict the prognosis and to create circumstances for effective rehabilitation, promotes improving of the level of life.

Комментарий

к статье Грищука О.И. “Динаміка психопатологічних симптомів при вогнищевому забої лобової частки недомінантної півкулі великого мозку”

Несмотря на большой фактический материал и кажущуюся внешнюю простоту проблемы так называемого органического поражения головного мозга, в том числе посттравматического, это направление, на мой взгляд, в медицине недостаточно разработано.

С одной стороны, такое положение обусловлено тем, что один объект — “посттравматического больного” обследуют специалисты различного профиля: нейрохирург, невропатолог, нейропсихолог, психиатр, клинический психолог, которые не могут найти общего языка. То, что для нейрохирурга является частностью, несущественным признаком, для психиатра может оказаться не только значимым диагностическим признаком, но, что особенно важно, существенным прогностическим фактором, определяющим реабилитацию и дальнейшую судьбу пациента.

С другой стороны, единая травматическая болезнь, то есть единый психобиологический процесс специалисты различного профиля “растаскивают” на искусственно выделенные фрагменты. А “болезнь” как сущность не зависит от наших договорных нозографических схем.

Сам травматический процесс не так прост. Ведь до сих пор не решен кардинальный вопрос: какие факторы определяют прогрессивность заболевания: от астенического варианта психоорганического синдрома до грубой деменции. Кроме того, любой патологический процесс, в том числе травматический, протекает с периодами компенсации и декомпенсации. При этом на фоне компенсации неврологических признаков нередко возникает психическая декомпенсация, ухудшая впоследствии и течение неврологического процесса.

Рассматривая травматический процесс, следует принять следующую схему динамики его психопатологических проявлений.

В острейшем периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ) ведущими симптомами являются различные типы “выключенного” сознания (сопор, кома, апаллический синдром) как признаки общебиологической реакции.

В остром периоде ЧМТ существуют два ведущих симптома: оглушение как общебиологическая реакция; синдромы нарушенного сознания (делирий, спутанность) — как видоспецифическая (антропологическая) биологическая реакция.

В восстановительном периоде ЧМТ на основе общебиологической реакции оглушения формируется так называемый “острый психоорганический синдром”, который характеризуется такими общебиологическими признаками, как астения, аффективная взрывчатость, эйфория, интеллектуальная несостоятельность. А видоспецифическими (антропогенными) симптомами являются сверхценные, паранойяльные построения, которые входят в структуру острого параноидного синдрома.

В отдаленном периоде ЧМТ клинические признаки травматической болезни определяют различные варианты личностного развития, а общебиологические факторы (астения, эйфория, интеллектуальный дефект) выполняют роль биологической почвы. В этом отношении интересно проследить соотношение этих биологических факторов (а не депрессии, параноида и др.) с локализацией травматического очага, скоростью его возникновения и возрастом больного.

Канд. мед. наук Ю.Ю. Чайка
Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины