

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕВРОТИЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГАМК-ЕРГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Проблема лікування закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) та її наслідків посідає одне з провідних місць в неврологічній практиці. Її актуальність пов'язана з тим, що щорічний приріст осіб, що перенесли ЗЧМТ, становить, за даними ВОЗ, за останні 10-15 років в середньому 2%. [1]. Хворі ж на так звану «легку ЗЧМТ» (ЛЗЧМТ) складають біля 80% від кількості госпіталізованих з приводу ЗЧМТ [3].

Незважаючи на відносно нескладний перебіг гострого періоду ЛЗЧМТ, за даними Британського неврологічного журналу, кількість хворих, що перенесли ЛЗЧМТ та продовжують висловлювати скарги на ті чи інші порушення через рік після травми, дорівнює кількості хворих з вперше виявленими: хворобою Паркінсона, множинним склерозом, синдромом Гієна — Барре та міастенією разом узятими [2]. Зважаючи на те, що серед хворих з наслідками закритої ЧМТ переважають особи молодого та середнього, тобто працездатного віку, дослідження ЛЗЧМТ та її наслідків є самостійною медичною та соціально-економічною проблемою.

На думку багатьох дослідників, часте виникнення відносно стійких посттравматичних порушень у віддаленому періоді так званої легкої ЗЧМТ можна пояснити тим, що гемоліквородинамічні, морфологічні, метаболічні та імунні зміни, що відбуваються в структурах головного мозку, можуть продовжуватись і після закінчення гострого періоду [4, 5]. Тобто, за зовнішнім клінічним видужанням після перенесеної ЛЗЧМТ, завдяки високій пластичності компенсаторної здатності головного мозку, нерідко криється функціональна слабкість та лабільність нервової системи (а іноді й значні структурні зміни та дефекти головного мозку), що можуть клінічно проявлятися при виникненні несприятливих умов праці та побуту [6, 7].

Серед проявів віддаленого періоду ЛЗЧМТ найчастішими бувають невротичні та соціально-дезадаптивні розлади. За даними різних авторів, вони зустрічаються у 50-70% хворих, що перенесли ЛЗЧМТ [8].

Облігатними клініко-психологічними проявами невротичних розладів є скарги хворих на зниження психоемоційної активності, депресивні розлади, порушення сну, зниження темпу розумової діяльності та рівня пам'яті та ін. [9]. Неадекватне та нерегулярне лікування пацієнтів з такими розладами часто стає основною причиною тривалої декомпенсації захворювання, що значно погіршує рівень життя пацієнтів та знижує ефективність праці.

Саме тому питання підбору адекватної терапії за наявності невротичних та соціально-дезадаптивних розладів у пацієнтів, що перенесли так звану «легку черепно-мозкову травму», досі є актуальним.

До теперішнього часу в неврологічній практиці широко застосовуються препарати гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК): аміналон, баклофен, ноофен. Відомо, що ГАМК позитивно впливає на централь-

ний кровообіг (сприяє розширенню мозкових судин, підвищенню об'ємного кровотоку) та підвищення концентрації кисню в головному мозку [10].

Одним з провідних ГАМК-ергічних препаратів; є ноофен (гідрохлорид бета-феніл-гама-аміномасляної кислоти), що є унікальним за своїми фармакологічними властивостями та спектром застосування препаратом [10].

Метою роботи була порівняльна оцінка ефективності застосування препаратів «ноофен» та «аміналон» при лікуванні хворих з невротичними розладами у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми».

Під спостереженням перебували 62 хворих, що були поділені на дві групи. До основної групи належало 32 хворих, (2 жінки та 30 чоловіків); в контрольній групі — 30 пацієнтів (1 жінка та 29 чоловіків). Середній вік хворих в обох групах становив $38,9 \pm 3$ роки. В обох групах катамнез складав $6,2 \pm 0,9$ років, В гострому періоді травми всім обстеженим проводилась консервативна терапія.

Комплексне обстеження хворих включало: МРТ головного мозку, РЕГ, ЕЕГ та офтальмоскопію.

Під час опитування хворих скарги на невротичні розлади (дратівливість, підвищену стомлюваність, порушення сну, емоційну лабільність, тривожність та ін.) в основній групі висловлювали 30 пацієнтів (93,75%), в контрольній групі — 29 пацієнтів (96,6%). Причому значну вираженість зазначених вище скарг в основній групі відмічали 13 хворих (40,62%), помірну — 12 хворих (37,5%), незначну — 5 хворих (15,62%); в контрольній групі — відповідно 12 (40,0%), 15 (50,0%) та 2 (6,66%) хворих.

Скарги на соціально-дезадаптивні розлади (зниження працездатності, звуження кола інтересів, неможливість виконувати складні завдання та ін.) в основній групі висловлювали 27 пацієнтів (84,37%), в контрольній групі — 26 пацієнтів (86,6%). Причому значну вираженість перелічених цих розладів в основній групі відмічали 4 хворих (12,5%), помірну — 13 хворих (40,62%), незначну — 10 хворих (31,25%); в контрольній групі — відповідно 5 (16,66%), 12 (40,0%) та 9 (30,0%) хворих.

Наявність у хворих невротичних та соціально-дезадаптивних розладів було підтверджено за допомогою тестування хворих з використанням набору оцінок Глазго в модифікації Лівінгстона, шкали MHH (The Modified Institutes of Health, USA), шкали самопочуття (психологічний тест).

Під час проведення обстеження хворих рівня пам'яті за допомогою шкали пам'яті у всіх пацієнтів було виявлено зниження рівня пам'яті.

Комплексне лікування включало: анальгетики, вазоактивні, транквілізатори, вітаміни групи В, магнію сульфат, біостимулятори, амінокислоти, фізіолікування, ГРТ. Пацієнти основної групи, крім того

Тести	Середня кількість балів			
	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Набір оцінок Глазго в модифікації Лівінгстона	20 ± 1,5	6 ± 0,5	22 ± 0,7	4 ± 0,6
Шкала MIH (The Modified Institutes of Health, USA)	19 ± 1,2	10 ± 0,7	21 ± 0,73	9 ± 1,3

отримували ноофен 0,25 по 1 таб. 3 р/д, контрольної групи — аміналон 0,25 по 2 таб. 3 р/д. Курс лікування стаціонарно складав 10-15 днів, амбулаторний прийом ноотропних препаратів тривав до 2-х місяців.

Основна увага приділялась вивченню динаміки невротичних та соціально-дезадаптивних розладів при лікуванні хворих різними ГАМК-ергічними препаратами (ноофен або аміналон).

Контроль ефективності лікування хворих здійснювався за допомогою використання: набору оцінок Глазго в модифікації Лівінгстона, шкали MIH (The Modified Institutes of Health, USA), шкали самопочуття (психологічний тест), таблиці для визначення рівня пам'яті.

У результаті проведеного лікування (через два місяці від початку лікування) в основній групі у всіх хворих відмічено суттєве зниження вираженості невротичних та соціально-дезадаптивних розладів. З 32 пацієнтів основної групи скарги на невротичні розлади висловлювали 8 пацієнтів (25,0%), причому на помірну вираженість цих розладів вказали 2 хворих (6,25%), на незначну — 6 хворих (18,75%); наявність соціально-дезадаптивних розладів, що мали незначну вираженість, відмічали 4 пацієнти (12,5%).

В контрольній групі хворих позитивна динаміка корекції невротичних та соціально-дезадаптивних розладів була менш вираженою. По закінченні курсу лікування з 30 пацієнтів групи, що приймали аміналон, скарги на невротичні розлади продовжували висувати 25 пацієнтів (83,33%), причому на помірну вираженість цих розладів вказували 11 хворих (36,66%), на незначну — 14 хворих (46,66%); соціально-дезадаптивні розлади продовжували спостерігатись у 14 пацієнтів (46,66%), з них помірну вираженість цих розладів відмітило 4 пацієнти (13,33%), незначну — 10 пацієнтів (33,33%).

Під час проведення повторного тестування хворих обох груп виявлені такі зміни (див. табл.).

Під час проведення повторного визначення рівня пам'яті за допомогою шкали пам'яті відмічено покращання пам'яті у всіх пацієнтів (як основної, так і контрольної груп). Суттєвої різниці у вираженості

відновлення рівня пам'яті у пацієнтів основної і контрольної груп не виявлено. Це можна пояснити однаковим позитивним впливом комплексного лікування на покращання пам'яті у пацієнтів обох груп.

Побічних та негативних ефектів під час прийому ноофену не відмічено.

Таким чином, проведені дослідження показали, що використання ноофену в комплексному лікуванні пацієнтів, що страждають на невротичні та соціально-дезадаптивні розлади у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми є ефективним.

Отримані результати досліджень дозволяють рекомендувати ноофен в комплексному лікуванні хворих у віддаленому періоді ЗЧМТ, що мають невротичні та соціально-дезадаптивні розлади.

Список літератури

1. Парникоза Т. П. Клинические проявления отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы у больных старших возрастных групп // Лікарська справа. — 2000. — №6. — С. 38-41.
2. Штутьман Д. Р., Левин О. С. Легкая черепно-мозговая травма // Неврологический журнал. — 1999, № 1. — С. 4-10.
3. Лихтерман Л. Б., Потапова А. А. Клиническая классификация и концептуальные подходы к лечению последствий черепно-мозговой травмы // Вопросы нейрохирургии им. Бурденко. — 1999. — № 3. — С. 3-6.
4. Горбач І. Н., Прогредіентне течення черепно-мозгової травми: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Московський мед. ун-т. — М., 1990. — С. 37.
5. Корнилов А. А., Клинико-социальные аспекты неблагоприятного течения травматической болезни головного мозга. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1984. — С. 3.
6. Макаров Ю. А. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация // Неврологический журнал. — 2001. — №2. — С. 38-41.
7. Помазанова Т. Н. К клинике и лечению психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы // Материалы совместной научно-практической конференции. — Одесса, 1997. — С. 44-46.
8. Кондаков Е. Н., Кривецкий В. В. Черепно-мозговая травма. — М.: Медицина, 2002. — С. 110-329.
9. Губанова І. В. Самооценка памяти у больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы и нейроинфекции // Российский психиатрический журнал. — 1997, №2. — С. 23-24.
10. Бурчинський С. Г. Препарат Ноофен (фенібут): властивості, перспективи застосування та місце серед нейротропних засобів // Ліки України. — 2002. — № 1. — С. 3-5.
11. Iverson G. L., Mc Cracken L. M. Postconcussive symptoms in persons with chronic pain / Ibid. — 1997. — Vol. 11. — P. 783-790.
12. Курако Ю. Л., Букина В. В. Легкая закрытая черепно-мозговая травма. — М.: Медицина, 1994. — С. 20-134.

Е. С. Глебова, Е. В. Ткаченко

Особенности течения невротических и социально-дезадаптивных расстройств в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы при применении в комплексном лечении ГАМК-ергических препаратов

ГВКГ МО Украины, Киевская медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шуприка (Киев)

В статье проанализированы современные данные об эпидемиологии отдаленного периода легких черепно-мозговых травм (ЧМТ), механизмах его развития и неврологических проявлениях. Проведена сравнительная оценка эффективности применения препаратов «ноофен» и «аминалон» в комплексном лечении больных с неврологическими нарушениями в отдаленном периоде закрытой ЧМТ (было обследовано и пролечено 62 больных). На основании анализа проведенных исследований авторами предложены рекомендации по использованию препарата «ноофен» в комплексном лечении больных с неврологическими нарушениями в отдаленном периоде закрытой ЧМТ.

E. S. Glebova, E. V. Tkachenko

The peculiarities of neurotic and social-disadaptive disorders of remote period of easy closed skull brain traumas with using of GABA-remedies in complex treatment

Main military clinical hospital of the MD of Ukraine; Kiev medical Academy of Postgraduate Education (Kyiv)

The authors have analyzed contemporary information of epidemiology of the late period of easy closed skull brain traumas, mechanisms of its development and neurological evidences. We have conducted comparative estimate of effectiveness use medicine "noofen" and "aminalon" in complex treatment of patients with neurotic disorders of late period of easy closed skull brain traumas (62 patients have been treated). The authors have used conducted of researches and gave recommendations for use medicine "noofen" in complex treatment patients with neurotic disorders late period of easy closed skull brain traumas.