

УДК 616.8-009.17-085:[616.714/.716:616.831]-001.31-06

*Григорова І. А., Григоров Н. Н., Тесленко О. А.,
Тихонова Л. В., Тесленко Н. І., Новак А. С.**Харьковский национальный медицинский университет
(г. Харьков)***Астено-вегетативный синдром при черепно-мозговой травме и методы его коррекции**

Эпидемиологическое изучение черепно-мозговой травмы (ЧМТ) свидетельствует о ее значительной распространенности. Так, показатель уровня травматизма в 2015 г. в Харьковской области среди взрослого населения составил 274,1 на 10 тыс. В структуре смертности населения Харьковской области в 2015 году травмы занимали третье место — 5,6 %. Более чем у 60 % пациентов, перенесших ЧМТ, возникают различные варианты патологии нервной системы, что приводит к социально-трудовой дезадаптации большого контингента больных. Подавляющее большинство (до 80—85 %) пострадавших получают легкие и среднетяжелые травмы. Несмотря на это, в силу своих морфофункциональных особенностей, репаративные возможности головного мозга крайне ограничены, что приводит к высокой частоте инвалидизации при ЧМТ в составе общего травматизма.

Нами было обследовано 85 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет, перенесших ЧМТ легкой и средней степени тяжести, в острый период, ранний восстановительный период и в период отдаленных последствий. Все больные были разделены на 2 группы: I группа (65 больных), которым в схему лечения был включен ноотропный препарат энтроп, II группа (45 больных), которым в схему лечения был включен — луцетам. Энтроп применяли по 100 мг дважды в сутки, курсом 30 дней. Пациенты были обследованы в первый день поступления и через 30 дней терапии.

По результатам обследования были выделены основные неврологические синдромы: астенический разной степени выраженности (45,5 %), синдром вегетативно-сосудистой дистонии (84,8 %), ликворной гипертензии (53,1 %), вестибулярно-атактический (38,6 %), диссомнический синдром. Проявления астенического синдрома затрудняют адаптацию больных в своей семье и на производстве. Особенно часто и быстро его симптомы обостряются при отягощении вредными привычками (курение, употребление алкоголя и др.), воздействии стрессорных факторов, что приводит к длительной потере трудоспособности. При этом астенический синдром у обследованных всегда сочетался с вегетативными симптомами и нарушениями сна. Наиболее часто астенический синдром проявлялся общей слабостью, повышенной утомляемостью, неустойчивостью настроения в сочетании с раздражительностью и истощаемостью в различных соотношениях. В остром периоде ЧМТ низкий фон настроения сочетался с ощущением вялости, утраты удовольствия от жизни, поведение отличалось пассивностью, безразличием, уменьшалась способность к физическому и умственному напряжению. В последующие периоды ЧМТ на передний план выходили эмоционально-волевые расстройства: нетерпеливость, несдержанность, утомляемость, нарушения сна и др. Эмоционально-волевые нарушения проявлялись в виде снижения положительной модальности и повышения значения негативных эмоций, прежде всего тревожности — как реактивной, так и личностной (по данным шкал Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина и депрессии Бека). Особенно они были высоки в острый период ЧМТ, с постепенной тенденцией к снижению за счет реактивной тревожности, а личностная тревожность была практически одинакова во все периоды ЧМТ. У больных также были

отмечены депрессивные переживания легкой и умеренной степени выраженности. Проявления вегетативной недостаточности, выявленные у всех пациентов, характеризовались непостоянством и изменчивостью в разные периоды ЧМТ. В остром периоде более чем у 75 % пациентов регистрировались нарушения функции вегетативной нервной системы, преимущественно перманентного характера, с признаками преобладания симпатических влияний. Во все остальные периоды ЧМТ отмечали преобладание парасимпатических влияний вегетативной нервной системы у 70 % пациентов, а пароксизмы проявлялись только при повышенной физической и психической активности. Таким образом, вегетативные нарушения являются неотъемлемой частью астенического синдрома во всех периодах ЧМТ и отличаются своей стойкостью.

Несмотря на стойкость вегетативных нарушений, с включением в терапию препарата энтроп отмечена более выраженная положительная динамика в стабилизации деятельности вегетативной нервной системы у 50 % больных I-й группы, тогда как во второй группе — у 32 %. Наиболее стойкими были изменения у больных обеих групп в отдаленном периоде ЧМТ. На фоне лечения энтропом отмечали более выраженный положительный эффект в коррекции нарушений эмоционально-волевой сферы, часто в виде полной регрессии тревожного компонента, у больных как в промежуточном периоде, так и в периоде отдаленных последствий ЧМТ, и положительную динамику — в остром периоде. Тогда как уровень тревожности у пациентов при лечении традиционными ноотропами снижался гораздо меньше и так и не достигал показателей низкой тревожности. На фоне приема энтропа больные отмечали более значимое повышение фона настроения и уменьшение его колебаний, приближение его к ровному, нормализацию сна и аппетита. Больные, получавшие Энтроп, отмечали о желании к восстановлению утраченных социальных связей, на что не указывали больные II группы. Несмотря на это у всех пациентов оставались признаки легкой или умеренной депрессии, что, по-видимому, потребует назначения антидепрессантных препаратов.

УДК 616.381-001-089

*Губина Г. Л., Гладкая-Губина Я. Н.,
Харитоненко А. Л., Акоюн Н. М., Мороз И. В.
Харьковская медицинская академия последипломного
образования; Центральная клиническая больница
Украинской железной дороги (г. Харьков)***Влияние возрастного фактора на степень компенсации функций центральной нервной системы в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы**

Черепно-мозговая травма продолжает оставаться одной из важных проблем современного здравоохранения. Это проблема социальная, так как закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) преимущественно чаще встречается у лиц трудоспособного возраста. Отдаленные последствия перенесенной ЗЧМТ не являются законченным состоянием со стабильной неврологической симптоматикой и уровнем функциональной компенсации больного, а представляют собой динамический процесс, сопровождающийся как регрессом неврологической симптоматики, так и появлением новых симптомов поражения нервной системы.

Известно, что реактивность нервной системы, ее компенсаторные возможности в различных возрастных группах разные. А это существенно сказывается на клиническом