

На правах рукописи

МАГОМЕДОВА
НАДИРА ГАДЖИЯВОВНА

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
И ИХ РЕАБИЛИТАЦИЯ С УЧЕТОМ ОСНОВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2017

Работа выполнена в ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Помников Виктор Григорьевич

Официальные оппоненты: Гузева Валентина Ивановна
доктор медицинских наук, профессор, заведующая
кафедрой неврологии, нейрохирургии и
медицинской генетики ФГБОУ ВО «Санкт-
Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» МЗ РФ

Емелин Андрей Юрьевич
доктор медицинских наук, профессор кафедры
нервных болезней ФГБОУ ВО «Военно-
медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский госу-
дарственный медицинский университет им. акад.
И.П. Павлова» МЗ РФ

Защита состоится «_____» _____ 2018 г. в _____ час на заседании
диссертационного совета Д 208.054.02 при ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (191014, г. Санкт-
Петербург, ул. Маяковского, 12)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Российского
научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А.Л.
Поленова

Автореферат разослан «_____» _____ 2018 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор Иванова Наталия Евгеньевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Нейротравматизм в конце XX и в начале XXI века стал актуальнейшей проблемой не только здравоохранения, но и любой общественной системы в целом (Макаров А.Ю., Помников В.Г., 2010; Потапов А.А. и соавт., 2010; Воробьев С.В. 2015; Михайленко А.А. и соавт., 2015; Степанов А.Ю. и соавт., 2016; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017; Rusnak M., 2013). Ежегодное число случаев, зафиксированных черепно-мозговых травм (ЧМТ) в России, составляет от 600 тыс. до 1 млн. 200 тыс. (Михайленко А.А. и соавт., 1993; Крылов В.Е., Лебедев 2000; Лихтерман Л. Б. и соавт., 2003; Макаров А.Ю., Помников В.Г., 2010; Овсянников Д.М. и соавт., 2012; Никонов В.В. и соавт., 2013; Степанов А.Ю. и соавт., 2016). По данным различных авторов (Одинак М.М., Емельянов А.Ю., 1998; Лихтерман Л.Б. и соавт., 2003; Одинак М.М. и соавт., 2004, 2007; Rusnak M., 2013), частота ЧМТ составляет около 40% от всех видов травм и имеет тенденцию к увеличению в развитых экономически странах мира приблизительно на 2% в год (Воробьев С.В., 2015; Михайленко А.А. и соавт., 2015). Клиническое и социальное значение ЧМТ определяется не только частотой, но и многообразием ее последствий различной тяжести, приводящих к инвалидности более 100 тысяч человек ежегодно, причем 40-60% из них признаются инвалидами II и I группы (в 30-35% случаев спустя многие годы после травмы) (Макаров А.Ю., 2006; Макаров А.Ю., Помников В.Г., 2003, 2010; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). С увеличением общего количества пострадавших с травмами головного мозга возрастает и количество больных с последствиями легкой ЧМТ, не всегда адекватными тяжести течения острого периода травмы и нередко имеющими прогрессирующее течение (Гайдар Б.В. и соавт., 1996, 2002; Макаров А.Ю. и соавт., 1998; Одинак М.М., Емельянов А.Ю., 1998; Коновалов А.Н. и соавт., 1998, 2001, 2002; Скоромец Т.А., 2002; Макаров А.Ю., Помников В.Г., 2003, 2010; Жулёв Н.М., Яковлев Н.Я., 2004; Гусев Е.И. и соавт., 2007; Потапов А.А. и соавт., 2010; Корреа Д. и соавт., 2017; Bigler E.D.,

1996, 2013). Больные с последствиями ЧМТ длительное время, а зачастую и пожизненно, социально не адаптированы, имеют выраженные неврологические и психические дисфункции, признаются нетрудоспособными. В ряде случаев при клинической и клинико-экспертной оценке таких больных возникают трудности методологического характера, особенно когда в клинической структуре преобладает посттравматический когнитивный или иной сложный дефект (Францкевич Ю.А. и соавт., 2008; Емелин А.Ю., 2010; Шихахмедова Ш.А., 2014; Воробьев С.В., 2015; Емельянов А.Ю. и соавт., 2017).

Нарушения когнитивных функций (КФ), как последствия ЧМТ, многообразны и являются отражением патологии острого периода, либо выявляются впервые (Емелин А.Ю. и соавт., 2009; Дронова Е.А., Захаров В.В., 2012; Иванова Н.Е., 2012; Дроздова Е.А., 2014; Лобзин В.Ю., 2015; Наумов К.М. и соавт., 2017; Kurki T., Tenovo O., 2006; APA, 2013). Разрешение симптомов острого периода сменяется развитием клинической картины последствий ЧМТ, по данным E.Bercer (1996) включающей невротические и психические расстройства, повышение риска суицида, сокращение жизненных притязаний, прогрессирующее снижение психических функций и интеллекта в целом (Bercer E., 1996). Известно, что ЧМТ является одной из основных причин развития когнитивных нарушений (КН) в молодом и среднем возрасте. Показано, что более чем у 35% больных, перенесших ЧМТ легкой тяжести, в последующем наблюдаются КН различной степени выраженности (Стародубцев А.А., Стародубцев А.И., 2008). После тяжелой травмы это число значительно выше (Зайцев О.С., 2011). Так, по данным литературы, нарушения КФ выявлены у 68,4% лиц, перенесших тяжелую закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ) (Щербук Ю.А. и соавт., 2009). При этом, в среднем у 3-10% больных, имеющих в анамнезе тяжелую ЧМТ, развивается деменция, а травматические повреждения головного мозга входят в тройку основных причин выраженных КН у лиц молодого возраста (Дамулин И.В., 2009; Захаров В.В., 2016).

Следует отметить, что в последние годы в Республике Дагестан наблюдается значительный рост синдромов, включающих в структуру и КН по-

сттравматического генеза. Возможно, это обусловлено значительной «невротизацией» населения, фактически находящегося в зоне длительного локального вооружённого конфликта на фоне экономических проблем.

Улучшить показатели реабилитации больных трудоспособного возраста с КН посттравматического генеза можно не только при целенаправленном лечении этих больных в остром, но и в последующих периодах ЧМТ при правильной оценке реабилитационного прогноза, учитывая патогенетические особенности травмы головного мозга.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) утверждена 22 мая 2001 года 54-й сессией ассамблеи Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) (резолюция WHA54.21).

Международная классификация функционирования принадлежит к семье международных классификаций, разработанных ВОЗ, которые обеспечивают общие принципы кодирования широкого круга информации, связанной со здоровьем (например, диагноз, функционирование и ограничение жизнедеятельности, основание для обращения за медицинской помощью). Данные классификации, используя стандартизированный общий язык, позволяют специалистам общаться по проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением во всём мире и различных дисциплинах в отраслях науки (Коробов М.В., 2014; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017).

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройство, травма и т.п.) изначально классифицированы в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), которая определяет их этиологическую структуру. В МКБ-10 заболевания, расстройства или другие изменения здоровья находят своё отражение в диагнозе.

В МКФ классифицируются функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья. Таким образом, МКБ-10 и МКФ взаимно дополняют друг друга. Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, даёт более широкую и значимую картину здоровья людей

или популяций, которая может быть использована для принятия тех или иных решений.

Степень разработанности темы исследования

Когнитивные нарушения в посттравматическом периоде в настоящее время активно изучаются как в мире, так и в нашей стране. Очень важно оценить в настоящее время наличие КН в структуре различных посттравматических синдромов и их роль в состоянии жизнедеятельности пострадавших. Важна также информация об использовании принципов, заложенных в МКФ и внедряемых в настоящее время в России, для объективизации имеющихся ограничений жизнедеятельности при проведении медико-социальной экспертизы больных с последствиями ушибов головного мозга.

Цель исследования

Совершенствование диагностики и реабилитации пострадавших трудоспособного возраста с посттравматическими когнитивными нарушениями на основе изучения их представленности и выраженности в структуре основных дезадаптирующих синдромов с учётом внедрения в клиничко-экспертную практику Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Задачи исследования

1. Оценить распространённость когнитивных нарушений в структуре основных дезадаптирующих посттравматических синдромов последствий ушибов головного мозга легкой и средней степени тяжести у больных трудоспособного возраста на примере Республики Дагестан в настоящее время, проходящих лечение в стационарных или амбулаторных условиях и освидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы.
2. Исследовать роль посттравматических когнитивных нарушений в структуре основного дезадаптирующего синдрома на различных этапах реабилитации и медико-социальной экспертизы.
3. Оптимизировать реабилитационные мероприятия у пострадавших с когнитивными нарушениями посттравматического генеза с учётом основных

положений Международной классификации функционирования.

4. Представить данные о возможности использования комплексной классификации последствий черепно-мозговой травмы в практике деятельности врача-невролога (реабилитолога) при реабилитации больных с когнитивными нарушениями посттравматического генеза с учётом внедрения в клиничко-экспертную практику Международной классификации функционирования.

Научная новизна исследования

Впервые в Дагестане изучена структура последствий ЗЧМТ с ушибами головного мозга легкой и средней степени тяжести с выделением КН и возможностями их реабилитации у больных в трудоспособном возрасте с учётом основных положений МКФ.

Выявлен рост количества больных с посттравматическими КН преимущественно в структуре психоорганического, астенического и церебрально-органического синдромов, получающими лечение на различных этапах медицинской помощи.

Впервые рассмотрены вопросы оптимизации мер реабилитации у больных трудоспособного возраста с КН посттравматического генеза в динамике наблюдения с учётом основных положений МКФ. Рассмотрена возможность использования комплексной классификации последствий ЧМТ в работе врача-невролога (врача по медико-социальной экспертизе, реабилитолога) при реабилитации больных с КН посттравматического генеза с учётом внедрения в клиничко-экспертную практику принципов, заложенных в МКФ.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Углубление представлений о последствиях ЗЧМТ с ушибами головного мозга легкой и средней степени тяжести у больных в трудоспособном возрасте при наличии в структуре посттравматического дефекта КН в условиях внедрения в клиничко-экспертную практику основных положений МКФ позволит врачу-неврологу (врачу по медико-социальной экспертизе, реабилитологу) успешнее реабилитировать данную категорию больных и инвалидов.

Учет факторов, приводящих к прогрессивному течению или деком-

пенсации травматической болезни головного мозга при наличии КН в структуре основного дезадаптирующего синдрома у лиц трудоспособного возраста, позволит осуществлять разработку эффективной индивидуальной программы реабилитации, тщательное выполнение которой будет способствовать уменьшению количества инвалидов вследствие ЧМТ с ушибами головного мозга.

Оценка состояния жизнедеятельности больных с КН в посттравматическом периоде позволит с большей долей объективизации решать вопросы медико-социальной экспертизы, учитывая принципы, изложенные в МКФ и используемые в России.

Методология и методы исследования

Методология, использованная в данном исследовании, основана на современных стандартах обследования больных с ЗЧМТ с различными синдромами посттравматического периода. Степень неврологического дефицита и иных нарушений оценивалась как при клинико-неврологическом осмотре, так и с использованием соответствующих шкал и методик, направленных на выявление наличия КН. Кроме рутинных и общепризнанных анализов и обследований, пациентам выполнялись необходимые инструментальные методики, такие как компьютерная и магнитно-резонансная томографии, электроэнцефалография, консультации психиатра и клинического психолога (нейропсихолога). Работа выполнялась с использованием общенаучных методов обобщения, дедукции, статистического и сравнительного анализов, табличных и графических приёмов визуализации данных.

Исследование проведено в соответствии с рекомендациями и требованиями к проведению научно-исследовательской работы с учётом поставленной цели и задач исследования.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Среди последствий ЗЧМТ с ушибом мозга средней и легкой степени тяжести в настоящее время представлены КН преимущественно в структуре психоорганического, а также астенического и церебрально-очагового синдромов, усугубляющие их тяжесть течения.

2. При наличии в посттравматическом периоде у больных в трудоспособном возрасте признаков когнитивного снижения целесообразно проведение доступных тестов и методик, позволяющих оценить наличие и выраженность легких и умеренных КН.

3. Внедрение в клиничко-экспертную практику принципов, заложенных в МКФ, позволяет с большей мерой объективизации проводить медико-социальную экспертизу больных с последствиями ушибов головного мозга легкой и средней степени тяжести.

4. При направлении больных трудоспособного возраста в бюро медико-социальной экспертизы с последствиями нейротравмы при наличии в структуре основных дезадаптирующих синдромов КН врачу-неврологу (реабилитологу) в условиях внедрения в клиничко-экспертную практику МКФ целесообразно использование комплексной классификации последствий ЧМТ.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автором проведен весь объем клиничко-экспертного обследования, анализ первичной документации. Динамика клинических синдромов и инвалидности вследствие ЧМТ прослежены на основе анализа стационарных и амбулаторных карт, актов освидетельствования в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), личного осмотра при направлении данных больных в бюро МСЭ. Результаты обследования с данными дополнительных методов регистрировались в разработанной автором карте обследования больного. Автором проводились необходимые психологические тесты и обследования (под контролем клинического психолога). Диссертантом проведена статистическая обработка материалов исследования, результаты которой составили основу выносимых на защиту положений.

Степень достоверности и апробация результатов

Результаты работы доложены на научной конференции «Мир людей с инвалидностью» (Москва, 2014г.), на 15-й Всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения» (Санкт-Петербург, 2015г.), на 17-й и 18-й Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием

«Давиденковские чтения» (Санкт-Петербург, 2015-2016г), на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии» (Санкт-Петербург, 2015г.), на 8-й и 10-й научно-практической конференции неврологов Северо-Западного федерального округа РФ с международным участием (г. Сыктывкар, 2015 и 2017гг.).

Публикации и другие формы внедрения результатов исследования

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 4 в журналах, рекомендованных Перечнем ВАК РФ. Результаты исследования используются в работе бюро МСЭ Республики Дагестан, в учебном процессе на кафедре неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 148 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, глав с общей характеристикой наблюдений, материалов и методов обследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Диссертация проиллюстрирована 20 таблицами. Список литературы состоит из 248 источников, из них 160 работ отечественных и 88 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика материала и методов исследования

С учётом цели и поставленных задач было обследовано 352 пациента в трудоспособном возрасте от 19 до 57 лет, из них 222 мужчины и 130 женщин, которые перенесли ЗЧМТ с ушибом головного мозга легкой и средней степени тяжести или сотрясением головного мозга (СГМ) (контрольная группа).

Больные с ушибом головного мозга были обследованы нами при первичном или повторном освидетельствовании в бюро МСЭ. Больные, перенесшие СГМ, были обследованы при нахождении в стационаре или (в редких случаях) при обращении их в бюро МСЭ. Больные с ЗЧМТ и ушибом мозга, получавшие

лечение церебролизином и другими лекарственными препаратами, обследовались нами в специализированной неврологической клинике (таблица 1).

Таблица 1. – Общие сведения о больных, включенных в данное исследование

Распределение наблюдений	Число обследованных больных	Пол	
		м	ж
Больные с ЗЧМТ освидетельствованные в бюро МСЭ	292	185	107
Больные с ЗЧМТ, лечившиеся церебролизином	20	12	8
Больные с ЗЧМТ, получавшие базисную терапию	20	10	10
Больные с СГМ (контрольная группа)	20	15	5
Всего	352	222	130

Все больные осматривались неврологом, при необходимости офтальмологом, отоларингологом, эндокринологом, терапевтом, клиническим психологом, психиатром. С целью уточнения диагноза и локализации процесса применялись дополнительные методы исследования: краниография, рентгенография позвоночника и костей, электроэнцефалография (ЭЭГ), эхо-энцефалоскопия (ЭХО-ЭС), ультразвуковая доплерография, компьютерная (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ).

При изучении высших корковых функций использовали краткую шкалу оценки психического статуса (КШОПС – Mini-Mental State Examination – MMSE), по методике D. Wade (1992), включающее скрининг обследование памяти, внимания, ориентации с количественной оценкой (Wade D., 1992); клиническую рейтинговую шкалу деменции или Шкалу Общего ухудшения (Global Deterioration Rating). При нейропсихологическом обследовании были применены следующие методики: батарея исследования лобной дисфункции (англ. – Frontal Assessment Battery) (Dubois B., et al., 2000); монреальская шкала оценки когнитивных функций (Monreal Cognitive Assessment) (Nasreddine Z. et al., 2005); тест рисования часов (Sunderland T. et al., 1989); тест слежения (англ. – Trail Making

Test),; тест «таблицы Шульте» (Блейхер В. М. и соавт., 2002); тест «10 слов» (Лурия А.Р., 1969), опросник «Память в ежедневной жизни» (Белова А.Н., 2004).

Достоверность полученных различий в сравниваемых выборках оценивали при помощи t-критерия Стьюдента, использовали методы вариационной статистики. Критическое значение уровня значимости принималось равным 5% ($P < 0,05$). Корреляционные связи между изучаемыми показателями исследовали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Наличие значимых коэффициентов корреляции Спирмена (R) при $P < 0,05$ свидетельствовало о достоверной линейной связи между исследуемыми параметрами. Информационно-аналитическая обработка накопленной базы данных, вычислительные операции были выполнены на персональном компьютере Pentium-4.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

Было обследовано 292 больных трудоспособного возраста с ЗЧМТ и её последствиями, направленными в бюро МСЭ для первичного освидетельствования (91 пациентов), либо для очередного переосвидетельствования через 1,5-3 года (повторно освидетельствованные – 201 пациента). Среди всех обследованных преобладали мужчины (214 человека) Возраст обследованных колебался от 20 до 57 (средний возраст $41 \pm 13,5$ лет). Распределение больных по тяжести ушиба показано в таблице 2.

Таблица 2. – Структура обследованных больных по тяжести ушиба головного мозга

Больные с ЧМТ и ее последствиями	Число обследованных	
	абс.ч	%
Ушиб головного мозга легкой степени тяжести	68	23,3
Ушиб головного мозга средней степени тяжести	224	76,7

В клинической картине больных с последствиями ЧМТ были представлены практически все основные клинические синдромы, наиболее часто ограничивающие жизнедеятельность пострадавших и входящие в комплексную классификацию последствий ЧМТ (Помников В.Г. и соавт., 1999, Макаров А.Ю., Помников

В.Г., 2010): вегетативной дистонии, церебрально-очаговый, астенический, психоорганический, посттравматической эпилепсии, ликвородинамический, кохлеовестибулярный, сосудистый (таблица 3). У каждого больного, как правило, имелось сочетание нескольких синдромов различной степени выраженности.

Анализ полученных данных показывает, что у большинства из 292 обследованных с последствиями ЧМТ при первичном и последующем освидетельствовании в клинической картине присутствовали церебрально-очаговый (231) и астенический (179) синдромы. За ними по частоте встречаемости следовали различные нарушения ликвородинамики (131) и СВД – 102 человека. У 100 больных клиническая картина была представлена психоорганическим синдромом (ПОС) с различной выраженности КН. Синдром посттравматической эпилепсии был выявлен всего у 39 больных, кохлеовестибулярный у 31 и сосудистый у 22. (таблица 3)

Таблица 3. – Распределение больных с последствиями ЧМТ по основному дезадаптирующему синдрому

№ п/п	Основной (дезадаптирующий) синдром	Обследованные				Всего	
		первичные		повторные			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Вегетативная дистония	37	40,7	65	32,3	102	35
2	Церебрально- очаговый	75	82,4	156	77,6	231	79,1
3	Ликвородинамический	33	36,3	98	48,8	131	45,0
4	Психоорганический	17	18,7	83	41,3	100	34,4
5	Посттравматической эпилепсии	10	11,0	29	14,4	39	13,4
6	Астенический	68	74,7	111	55,2	179	61,5
7	Кохлеовестибулярный	17	18,7	14	7	31	10,7
8	Сосудистый	3	3,3	19	9,5	22	7,5
9	Всего больных	91		201		292	100%

Морфологические изменения мозга визуализировались методом КТ у 28 больных (71,8%) и МРТ – у 34 больных (87,2%). Посттравматические изменения локализовались в лобных, височных или лобно-височных отделах мозга. В 84,6% случаев встречались сочетание внутренней гидроцефалии с изолированными или множественными очагами, локальной и диффузной атрофии с очаговым поражением.

Данные магнитно-резонансной томографии головного мозга у больных с посттравматическими когнитивными нарушениями

В группу обследованных были включены 70 человек с последствиями ЧМТ с ушибом головного мозга средней (58 человек) и легкой степени (12 человек) тяжести. МРТ головного мозга проводилась у них в сроки от 12 до 24 месяцев после факта ЧМТ. По данным МРТ, у всех больных имелись те или иные структурно-морфологические изменения вещества головного мозга (таблица 4).

Таблица 4 – Локализация диффузных атрофических изменений у больных с посттравматическими когнитивными нарушениями

Локализация диффузных атрофических изменений	Больные с последствиями ЧМТ (n=70)	
	абс.ч	%
1. Кортикальная	19	27,1
1. Смешанная, в том числе:	52	74,3
а) кортикальная перивентрикулярная;	38	54,3
б) кортикальная перивентрикулярная, атрофия мозжечка;	7	10
в) кортикальная, перивентрикулярная, базальная, атрофия мозжечка	12	17,1

Примечание. Кортикальная атрофия предполагает атрофию коры и подлежащего белого вещества, перивентрикулярная – расширение боковых желудочков мозга.

(Р 1-2, а-б, а-в < 0,05)

Таким образом, нейровизуализация (в комплексе с другими данными) может подтверждать посттравматическую природу поражения и позволяет более качественно проводить комплексную терапию.

Когнитивные нарушения в структуре посттравматических синдромов

При анализе клинико-психологических данных у 183 больных из основной группы были выявлены КН: легкие у 53 пациентов и умеренно выраженные у 130 пациентов. Основным дезадаптирующим синдромом у 100 из этих больных чел был психоорганический синдром. Из них 85 муж. и 15 женщин: в возрасте до 30 лет – 65 человек и до 49 лет – 35 человека.

Астенический синдром был выявлен у 57 больных. Церебрально-очаговый с умеренно выраженными двигательными, чувствительными и иными расстройствами у 26 пациентов.

В группе пациентов с психоорганическим синдромом у 94 человек выявлены умеренные КН; у 6 – легко выраженные КН. В группе пациентов с астеническим синдромом у 25 чел они были умеренно выражены и у 32 чел - легкие КН. В группе пациентов с церебрально-очаговым синдромом КН были определены как умеренно выраженные у 11 чел. и легко выраженные у 15 чел. В группу больных из 183 человек с ЧМТ и её последствиями, в структуре которых присутствовали и КН были отобраны молодые больные (в возрасте от 18 до 49 лет). Это было обусловлено особенностями работы, а также тем, что снижение памяти является неспецифическим симптомом, который отмечается при многих заболеваниях головного мозга, особенно сосудистых и дегенеративных, возникающих чаще после 40 летнего возраста (Яхно Н.Н. и соавт., 2001, 2005, 2006; Апчел В.Я., Цыган В.Н., 2004;).

У обследованных больных с последствиями ЧМТ в виде КН был оценен уровень образования, который не отличался достоверно у женщин и мужчин, составляя соответственно $11,7 \pm 0,4$ года и $10,3 \pm 0,6$ года ($P > 0,05$). При этом по результатам обследования больных с использованием КШОПС суммарный балл у женщин составил $25,6 \pm 0,8$, у мужчин $24,6 \pm 0,8$ при отсутствии достоверной разницы. В таблице 5 представлены средние значения клинических и психометрических показателей в зависимости от пола обследуемых.

Установлено, что суммарный балл по КШОПС в общей группе обследованных равнялся $25,2 \pm 0,7$ балла. Целенаправленное обследование данных больных

подтвердило, что нарушение КФ соответствовало определению умеренного или легкого когнитивного расстройства по МКБ-10: 1) отмечались жалобы на снижение памяти, повышенную утомляемость при умственной работе; 2) выявлялись объективные свидетельства снижения памяти, внимания или способности к обучению; 3) уровень нарушений был недостаточен для диагностики деменции; 4) КН имели органическую природу.

Таблица 5 – Средние значения клинических и психометрических показателей среди мужчин и женщин с последствиями ЧМТ в виде КН

Параметр	Женщины	Мужчины	Суммарная группа
Месяцев после ЧМТ	5-17	6-36	5-36
Возраст получения ЧМТ	19-37	18-49	19-49
Число лет образования	11,7 $\pm$ 0,4	10,3 $\pm$ 0,6	10,5 $\pm$ 0,6
Тяжесть по шкале КШОПС	25,6 $\pm$ 0,8	24,6 $\pm$ 0,8	25,2 $\pm$ 0,7

Кроме того, выявленный когнитивный дефицит у пациентов с колебаниями величины суммарного балла от 24 до 29 соответствовал синдрому умеренных и легких КН согласно модифицированным диагностическим критериям S.Guathier, J. Touchon, R. Petersen, принятым на международной конференции в Монреале в 2004 году (Артемьев Д.В. и соавт., 2005). Действительно, у наших пациентов результаты нейропсихологического обследования соответствовали этим критериям: 1) КН отмечались самим пациентом или его ближайшим окружением; 2) имели место ухудшение когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем; 3) с помощью нейропсихологических тестов выявлялись объективные свидетельства КН; 4) не было нарушений привычных для больного форм повседневной активности; 5) отсутствовали проявления деменции (суммарный балл по КШОПС был не менее 24). При комплексной оценке КН и их коррекции у пациентов с последствиями ЧМТ нами выявлено, что общая оценка в баллах по методике «исключения слов» колебалась от 17 до 24 у пациентов с КН по

сравнению с 20 в контрольной группе (20 пациентов, перенесших легкую ЧМТ с СГМ 6-8 месяца назад без органической симптоматики соответствующего возраста и пола) ($P < 0,01$). Снижение кратковременной памяти у пациентов с последствиями ЧМТ, согласно методике заучивания 10 слов, было выражено в меньшей степени и не отличалось достоверно от показателей контрольной группы. В исследование с проведением лечения церебролизином общая группа больных была разделена на две подгруппы в зависимости от особенностей терапии. В основную и контрольную группу вошли по 20 больных сопоставимых по возрасту, полу и тяжести травмы, а также наличию умеренных КН. Больным основной подгруппы назначался церебролизин 1 раз в день на физиологическом растворе внутривенно медленно в дозе 20 мл в течение 15 дней в сочетании с базисной терапией, включающей витаминные, рассасывающие препараты, вазоактивные средства, пирацетам, при необходимости диуретики. Больные контрольной подгруппы получали указанную выше стандартную базовую терапию.

До начала лечения церебролизином и в течение 10-15 дней после терапии анализировались особенности неврологического статуса, выраженности КН больных с оценкой субъективных симптомов.

Проведенные исследования показали хорошую переносимость церебролизина у всех больных. У 4 пациентов в первые 2-3 дня при введении препарата отмечались незначительные контролируемые вегетативные проявления, которые самостоятельно купировались в течение нескольких минут. Анализ клинических проявлений показал у всех больных достоверный регресс общемозговых симптомов, а также астении и депрессии и, кроме того, улучшение памяти и внимания ($P < 0,05$). Но у больных основной под группы регресс КН по сравнению с контрольной был более выраженным.

Большинство больных к окончанию лечения отмечали улучшение настроения, ощущение восстановления сил, повышение внутренней энергии и работоспособности, а также уменьшения тревожности и чувства страха. Менее значительные изменения претерпевали церебрально-очаговые проявления (в частности

пирамидная симптоматика) и выраженность синдрома внутричерепной гипертензии.

На фоне комплексного лечения с использованием церебролизина отмечалось улучшение биоэлектрической активности головного мозга, которое проявлялось в виде выравнивания биоритмов с нарастанием альфа-активности, уменьшением представленности патологической активности с общей тенденцией к нормализации ЭЭГ.

До лечения состояние больных по шкале КШОПС в основной подгруппе было оценено в 24,4 балла, в контрольной – 24,3 балла. Динамика общего когнитивного дефекта по КШОПС у исследуемых больных в процессе лечения была положительной (26,8 и 25,7 соответственно), но не достигала статистической значимости. Исследования КФ по остальным пробам показали уменьшение ошибок при выполнении задания после проведенного курса лечения с использованием церебролизина, выросла скорость счетных операций, улучшились показатели при пробе «часы». Отмечены улучшение умственной работоспособности и концентрации внимания, что отразилось в уменьшении среднего времени при выполнении пробы Шульте ($P < 0,05$). При проведении теста на запоминание 10 слов выявлена положительная тенденция, проявившаяся в увеличении среднего количества воспроизводимых слов после лечения церебролизином более чем в 1,9 раза. ($P < 0,005$). Результаты тестов на речевую беглость продемонстрировали, что больные, получавшие церебролизин, показали большую скорость в воспроизведении свободной ассоциации слов (называние глаголов и птиц) по сравнению с подгруппой контроля.

Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных с ЧМТ и ее последствиями в виде КН с учётом принципов МКФ

С учетом задач настоящего исследования был проведен анализ медико-социальной экспертизы и реабилитации всех больных с ЧМТ и ее последствиями, вошедшими в исследование и направленными в бюро МСЭ для первичного или повторного освидетельствования, а также выделены больные с ЧМТ и ее последствиями в виде КН. У обследованных нами больных при освидетельствовании

в бюро МСЭ в 2014 году 109 была определена II группа инвалидности, 120 – III и 39 освидетельствованных инвалидами не признаны (части из них была продлена временная нетрудоспособность). В данное исследование были включены лица молодого трудоспособного возраста, и большая часть из них получала лечение длительно по временной нетрудоспособности. Особенно показательны цифры результатов реабилитации при повторном освидетельствовании в 2015 году. Высокие показатели отмечаются у больных со II группой инвалидности, которым на фоне проводимой реабилитации установлена III группа.

Критериями инвалидности у обследованных больных были стойкие, умеренные и выраженные нарушения функций нервной системы, сохраняющиеся на фоне адекватного лечения, ограничивающие способность к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности и т.п. (Приказ Минтруда 1024н, 2015) при необходимости социальной защиты.

Несколько иная картина по освидетельствованиям в бюро МСЭ имела у больных при наличии КН в структуре посттравматического дефекта. Даже при наличии легких КН результаты реабилитации больных были достаточно низкими, а при наличии умеренных КН эти показатели оказались менее значительными, чем в общей группе. Так, в 2014 году лишь у 3 больных с умеренными КН инвалидов III группы удалось добиться полного восстановления трудоспособности и у 32 инвалидов II группы – частичной, т.е. определить им при очередном переосвидетельствовании III группу инвалидности. Это связано с тем, что психоорганический, астенический и церебрально-органический синдромы в сочетании с умеренными КН характеризуются снижением памяти, внимания, затруднением усвоения нового, уменьшением объема восприятия. Ограничение жизнедеятельности проявляется в таких случаях (в зависимости от выраженности и клинических особенностей синдрома) в нарушении социальной адаптации, в частности ситуативного поведения на работе, в семейных отношениях; неадекватном поведении в кризисных ситуациях (болезнь, происшествие), в нежелании вернуться на работу после травмы), отсутствием интереса к общественным и личным событиям. У таких пациентов снижена способность к

обучению (приобретению новой профессии), становится невозможным длительное психическое и физическое напряжение. Это приводит к ухудшению качества жизни, является причиной стойкого снижения трудоспособности, зачастую определения на длительный срок II или III группы инвалидности (особенно с учетом позднего установления факта наличия в структуре посттравматического дефекта и КН).

Анализ динамики инвалидности в 2015 году показал высокий уровень частичной (28,3%) и полной реабилитации (6,5%) больных с ЧМТ и ее последствиями. Утяжеления инвалидности по результатам проведенного исследования не отмечено, что вероятно связано с тем, что включенные в данный анализ больные были трудоспособного возраста, с достаточным образовательным цензом и трудовым стереотипом. Отметим, что использование новых классификаций и критериев при проведении МСЭ граждан в России в настоящее время, в которых используются принципы, изложенные в МКФ, позволяют с большей долей объективности проводить качественную экспертизу, в частности больных инвалидов с посттравматическими когнитивными нарушениями.

ВЫВОДЫ.

1. За последние годы в Республике Дагестан наблюдается стабилизация число больных, направляемых в бюро медико-социальной экспертизы для освидетельствования и определения группы инвалидности с наличием когнитивных нарушений в структуре посттравматического дефекта. При сохранении общей численности населения Республики Дагестан на одном уровне с 2012 году таких больных было в 2014 году – 130 и в 2015 – 114 человек.

2. Когнитивные нарушения в виде легких и умеренных представлены у 100 больных (100%) с посттравматическим психоорганическим синдромом, у 9,4% – астеническим и 6,7% – церебрально- органическим.

3. Легкие когнитивные нарушения сами по себе не учитываются при оценке ограничения жизнедеятельности пострадавшего с черепно-мозговой травмой, но утяжеляют течение любого посттравматического синдрома, в структуре которых

они представлены с учётом принципов, заложенных в Международной классификации функционирования..

4. Умеренные когнитивные нарушения входят в структуру посттравматического психоорганического синдрома и являются значительным дезадаптирующим фактором для пострадавшего больного, учитывая положения Международной классификации функционирования.

5. В посттравматическом периоде при наличии когнитивных нарушений целесообразно использование широкого круга лекарственных средств с ноотропным и нейропротективным действием, включая церебролизин.

6. Комплексную классификацию последствий черепно-мозговой травмы целесообразно использовать в клинико-экспертной практике в условиях внедрения принципов Международной классификации функционирования, т.к. она позволяет выделить как прямые, так и не прямые последствия нейротравмы и рекомендовать адекватные меры восстановительного лечения для предотвращения или уменьшения выраженности дезадаптирующего синдрома, в том числе протекающего и с когнитивными нарушениями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволяет отметить важность исследования представленности когнитивных нарушений в структуре посттравматических синдромов. Целенаправленное воздействие на формирование данных синдромов позволит избежать прогрессирования КН и утяжеления состояния жизнедеятельности в посттравматическом периоде, что в определённой мере улучшить и состояние людей из ближайшего социального окружения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При наличии жалоб на снижение когнитивных функций у больных в посттравматическом периоде целесообразно использование широкого круга тестов и таблиц для возможного выявления наличия когнитивных нарушений,

2. При наличии данных за когнитивные нарушения в посттравматическом периоде обязательна консультация клинического психолога.

3. В комплексном лечении больных после черепно-мозговой травмы при наличии когнитивных нарушений целесообразно применение лекарственных препаратов с ноотропным и нейропротективным действием.

4. Наличие когнитивных нарушений в посттравматическом периоде целесообразно учитывать при освидетельствовании больных в бюро медико-социальной экспертизы, как отягощающий фактор ограничения жизнедеятельности с учётом внедрения в клинко-экспертную практику принципов, заложенных в Международную классификацию функционирования.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Учитывая значительную распространённость и продолжающийся рост частоты ЧМТ с ушибами головного мозга во всём мире (включая Россию), а также достаточно высокий процент выявляемых КН в посттравматическом периоде, целесообразны дальнейшие исследования по многим направлениям. В частности, раннее выявление и назначение соответствующего лечения и реабилитации посттравматических КН будет способствовать уменьшению вероятности возникновения посттравматической деменции. Это будет способствовать также профилактике установлению у части больных тяжёлых групп инвалидности и улучшению экономической составляющей для нашего общества.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Магомедова, Н.Г. Ранняя диагностика посттравматических когнитивных нарушений как фактор предотвращения возникновения деменции / В.Г. Помников, Ш.А. Шихахмедова, Н.Г. Магомедова // Клиническая неврология. Опыт, достижения, перспективы – СПб., 2013. – С. 109-110.

2. Магомедова, Н.Г. Возможность предотвращения прогрессирования хронической ишемии мозга у лиц трудоспособного возраста в амбулаторных условиях / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова, Н.И. Галахова и соавт. // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2015. - № 11-12. – С. 64-70.

3. Магомедова, Н.Г. Диагностика и лечение посттравматических когнитивных нарушений для предотвращения возникновения деменции / В.Г. Помников, С.В. Бондарев, Н.Г. Магомедова // Давиденковские чтения: Всерос. науч.-прак. конф. с международным участием. - СПб., 2015. – С. 208-209.

4. Магомедова, Н.Г. Диагностика раннего этапа хронической ишемии мозга у лиц с нарушениями церебральной гемодинамики различного генеза как фактор профилактики инсульта / В.Г. Помников, З.М. Махтибекова, Н.Г. Магомедова и соавт. // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2015. - № 4. – С. 22-26.

5. Магомедова, Н.Г. Когнитивные расстройства в структуре последствий закрытой черепно-мозговой травмы легкой и средней степени тяжести / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова // Актуальные проблемы неврологии: Материалы восьмой науч.-практ. конф. неврологов Северо-Западного федерального округа РФ с международным участием. – Сыктывкар, 2015. – С. 94-96.

6. Магомедова, Н.Г. Сочетание у больных в посттравматическом периоде когнитивных расстройств и деменции / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова // Поленовские чтения: Материалы XV Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2015. – С. 258-259.

7. Магомедова, Н.Г. Особенности посттравматической эпилепсии и её влияние на состояние жизнедеятельности пострадавших / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова, Л.А. Крицкая // Эпилептология в системе нейронаук: Сб. материалов. – СПб., 2015. – С. 156-157.

8. Магомедова, Н.Г. Посттравматические когнитивные нарушения и данные нейровизуализации у больных в отдалённом периоде ушибов головного мозга легкой и средней степени тяжести / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова // Давиденковские чтения: XVIII Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием. – СПб., 2016. – С. 205-206.

9. Магомедова, Н.Г. Современные аспекты определения инвалидности при эпилепсии у детей / В.Г. Помников, Ю.А. Колчева, Н.Г. Магомедова и соавт. // **Нейрохирургия и неврология детского возраста.** – 2016. - № 3. – С. 18-22.

10. Магомедова, Н.Г. Эпилепсия и актуальные вопросы медико-социальной экспертизы / В.Г. Помников, Л.А. Крицкая, Н.Г. Магомедова // Давиденковские чтения: XVIII Всерос. науч.-практ. конф. с международным участием. – СПб., 2016. – С. 203-205.

11. Магомедова, Н.Г. Данные нейровизуализации головного мозга у больных с посттравматическими когнитивными нарушениями / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова, И.И. Белозерцева // Актуальные проблемы неврологии: Сб. X науч.-практ. юбилейной конф. – Сыктывкар, 2017. – С. 104-106.

12. Магомедова, Н. Г. Диагностика когнитивных нарушений сосудистого и посттравматического генеза и возможности их коррекции у пострадавших / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова, С.Н. Жулёв и соавт. // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.** – 2017. - № 2(85). – С. 54-59.

13. Магомедова, Н.Г. Особенности нейрореабилитации больных с последствиями ушибов головного мозга с когнитивными нарушениями с учётом данных магнитно-резонансной томографии / В.Г. Помников, Н.Г. Магомедова, И.И. Белозерцева и соавт. // Материалы III междунар. науч.-практ. конф. по нейрореабилитации в нейрохирургии. – Казань, 2017. – С. 152-154.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ЗЧМТ – Закрытая черепно-мозговая травма

КТ – Компьютерная томография

МРТ – Магнитно-резонансная томография

КН – Когнитивные нарушения

КФ – Когнитивные функции

КШОПС – Краткая шкала оценки психического статуса

МКБ – 10 – Международная статистическая классификация болезней

МКФ – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

МСЭ – Медико-социальная экспертиза

ЧМТ – Черепно-мозговая травма

ЭХО-ЭС – Эхо-энцефалоскопия

ЭЭГ – электроэнцефалография