

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В СВЯЗИ С ОСОБЕННОСТЯМИ ЛЕЧЕНИЯ

А.А. Бальберт, В.С. Мякотных

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Свердловский областной клинический
психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

Несомненно актуальна проблема реабилитации последствий черепно-мозговых травм (ЧМТ), особенно боевого происхождения, требующая разработки новых методов диагностики и лечения больных с учетом специфики поражения и индивидуальных психофизиологических особенностей пострадавших. Война не заканчивается для значительной части ее участников с прекращением боевых действиях. Симптомы боевого стресса в 40-80% случаев трансформируются в посттравматические стрессовые расстройства и могут продолжаться десятилетиями, формируя психосоматические нарушения [1, 2], а отдаленный период травматической болезни представляет собой динамичный процесс, сопровождающийся при неблагоприятных условиях декомпенсациями в состоянии больных. Длительность периода декомпенсации и степень нарушения функций связывают с влиянием целого ряда факторов, среди которых важнейшее значение отводится степени тяжести перенесенной травмы, а также качеству и месту проводимого восстановительного лечения. Однако, многообразие клинических проявлений и недостаточная изученность патогенетических механизмов декомпенсации последствий травм мозга обуславливает малую эффективность существующих способов лечения. Одной из методик, позволяющих оценить тяжесть последствий травматического поражения головного мозга и на этой основе оптимизировать лечение является нейровизуализация, проводимая с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ, МРТ).

Цель исследования - показать зависимость патологических изменений на КТ, МРТ от клинической тяжести последствий боевой закрытой ЧМТ, определив необходимость разного подхода к фармакотерапии бывших участников боевых действий в Афганистане и Чеченской республике.

Материал и методы исследования. Обследованы 202 пациента, перенесших боевые ЧМТ и имеющих клинические проявления последствий травмы в основном в форме гипертензионно-гидроцефального и церебрастенического синдромов. Больные были подразделены на 2 группы: 1-я (n=104, возраст 37-45 лет) – участники войны в Афганистане; 2-я (n=98, возраст 23-30 лет) – участники боевых действий на территории Чечни. Из обеих групп была сформирована также 3-я группа (n=94; 49 - из 1-й группы., 45 - из 2-й) – пациенты, у которых имелись признаки хронической посттравматической алкогольной зависимости 2-й стадии.

МРТ проводилась на аппарате «Образ-2» с напряженностью магнитного поля 0.14 Тесла. Оценивались показатели - наличие очаговых или диффузных изменений мозгового вещества, индекс передних рогов боковых желудочков (ИПР), индекс тел боковых желудочков (ИТЖ), индекс III-го желудочка (ИИЖ), средняя ширина мозговых борозд. Расчеты показателей были стандартными [3]. КТ и КТ-перфузия проводились на спиральном томографе Siemens Emotion Duo. При простой КТ оценивались показатели подобные МРТ, а при КТ-перфузии - накопление тканями головного мозга 40 мл. контрастного вещества «Ультравист 300», болюсно вводимого в кубитальную вену и сканируемого на протяжении 40 секунд. Результаты представлялись в виде динамики изменения плотности мозгового вещества и в цветовой картине, что соответствовало степени кровотока в микроциркуляторном русле..

Результаты исследований и их обсуждение. Изменения на МРТ и КТ регистрировались чаще и в большей степени у лиц получивших тяжелую закрытую ЧМТ (n=170; 84,2%), находившихся без сознания в течение нескольких часов, а затем (n=124; 72,9%) страдавших посттравматической эпилепсией. Диффузные изменения структуры головного мозга в виде перивентрикулярной лейкомаляции (лейкоауроза) выявлены в 1-й группе у 18 (17,3%) из 104 больных, причем 15 (83,3%) из них относились также к группе злоупотребляющих алкоголем. Во 2-й группе аналогичные изменения выявлены у 7 (7,1%) из 98 больных, и все они страдали хронической алкогольной зависимостью. Очаговые изменения в виде размягчений, конвекситальных, субарахноидальных и порэнцефалических кист выявлены в 1-й группе у 29 (27,9%) больных, 11 (37,9%) из которых страдали алкогольной зависимостью. Аналогичные показатели 2-й группы – 7 (7,1%) и 1 (14,3%); по отношению к 1-й группе $p < 0,01$.

Признаки гидроцефалии (ИПР > 26; ИТЖ > 22,1; ИИЖ > 3,9; средняя ширина борозд > 4 мм) в 1-й группе определялись у 73 (70,2%) больных, 42 (57,5%) из них страдали алкогольной зависимостью. Во 2-й группе данные показатели – 51 (52%) и 32 (62,7%). Соотношение пациентов с легкой степенью гидроцефалии к пациентам с умеренной гидроцефалией в 1-й группе - 27/44=0,6; во 2-й группе - 32/19=1,7 ($p < 0,01$). У 83 (88,3%) представителей 3-й группы зарегистрировано выраженное расширение ликворных пространств полушарий и червя мозжечка, что указывает на атрофические процессы в этих структурах мозга.

КТ-перфузия выявила снижение динамики накопления контрастного вещества в подкорковых структурах головного мозга и полушариях мозжечка, что указывает на мозговые структуры - мишени повреждающих факторов боевой ЧМТ.

Полученные данные указывают на значительно большее поражение структур головного мозга у ветеранов афганских событий по сравнению с «чеченцами». Это, на наш взгляд, связано с несколькими причинами, в том числе различиями в возрасте больных и наличием у подавляющего большинства участников войны в Афганистане последствий перенесенных

тяжелых инфекционных заболеваний – тифа, малярии, гепатита, амёбной дизентерии и др. Выявленные различия определили разные подходы к лечению, в частности фармакотерапии, участников афганских и чеченских событий с разными по степени клинической тяжести и морфологической выраженности последствиями боевых ЧМТ. При лечении ветеранов Афганистана акцент делается на преимущественное использование нейрометаболических, нейропротективных, сердечно-сосудистых препаратов; в терапии участников боевых действий в Чеченской республике предпочтение отдается средствам дегидратации, препаратам рассасывающего действия, подбору провозпилептической терапии, психотропным средствам

Выводы

Для участников современных вооруженных конфликтов, перенесших боевые ЧМТ, характерны морфологические изменения структур головного мозга, выраженность которых зависит от степени тяжести полученной травмы, наличия посттравматической алкогольной зависимости, соматической отягощенности, возраста больных и периода времени, прошедшего с момента травмы.

Наиболее подверженными последствиям боевой закрытой ЗЧМТ структурами мозга являются перивентрикулярные подкорковые образования и мозжечок.

Существенные различия морфологических церебральных изменений у ветеранов афганских и чеченских событий в сочетании с особенностями клиники определяют разные подходы к проведению восстановительного лечения, в том числе в отношении дифференцированной фармакотерапии у этих двух групп пострадавших.

1. Мякотных В. С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана.- Екатеринбург : УИФ «Наука», 1994.- 272 с.
2. Мякотных В.С., Ямпольская В.В., Самойлова В.Н., Бальберт А.А. Боровкова Т.А., Мещанинов В.Н., Матвеева О.Н. Укоренное старение участников современных вооруженных конфликтов с последствиями боевой закрытой черепно-мозговой травмы и алкогольной зависимостью // Успехи геронтологии.- 2007.- Вып. 20.- С. 112-117.
3. Труфанова Г.Е., Фокина В.А. Магнитно-резонансная томография.- С.-Пб., 2007.- 687 с.