

С.М. Стаднік, к.м.н., Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

Особливості когнітивних розладів в учасників бойових дій

Іноді людині здається, що війна не залишає на ній незгаданих слідів, але якщо вона дійсно людина, то це їй тільки здається...
К. Симонов

Когнітивні розлади, що виникають у результаті отримання поранень та бойових травм у військовослужбовців, які несуть службу в умовах ведення бойових дій, є, за нашим досвідом, найбільш поширеними порушеннями. Нерідко самі пацієнти в останню чергу звертають увагу на подібні відхилення у власній психічній діяльності. Це цілком закономірно, оскільки когнітивні дисфункції не супроводжуються больовим синдромом, не викликають на початковому етапі свого розвитку вираженого дискомфорту.

Найбільш поширеною скаргою є незначне зниження пам'яті. Військовослужбовці, перебуваючи на стаціонарному лікуванні в умовах госпіталю, часто вважають, що найважливіше – відновити фізичне здоров'я, а психічне виправиться «само по собі». Оскільки когнітивні дисфункції у більшості випадків прогресують повільно, пацієнти не звертають уваги на незначне на перших етапах зниження якості життя. У подальшому порушення прогресують, і труднощі, які виникають у побутовому житті, стають суттєвою перешкодою для нормальної адаптації до мирного життя та професійної діяльності [7]. Пацієнти відзначають, що їм стало складніше пам'ятати про повсякденні справи, з'явилися труднощі у мисленні (важче сприймати нову інформацію, здобувати нові професійні навички, освоюючи цивільні професії, втрачається гострота та швидкість реакцій). Необхідно зазначити, що родина пацієнта відіграє значну роль у мотиваційному компоненті лікування і корекції когнітивних розладів. Саме члени сім'ї підтримують прагнення змінити свій стан і нерідко навіть наполягають, вважаючи це необхідним.

Більшість дослідників (В.К. Шамрей, В.В. Алексеев, І.В. Дамулін, В.В. Захаров) розглядають у якості причини виникнення когнітивних дисфункцій лише характер органічного порушення [2, 8]. Ми вважаємо, що найбільш доцільно розглядати низку причин, що визначають ступінь вираженості когнітивних дисфункцій, такі як черепно-мозкова травма (ЧМТ), хронічна ішемія мозку (ХІМ), хронічні больові синдроми.

У проведене дослідження не увійшли когнітивні розлади, викликані нейродегенеративними захворюваннями, дисметаболічними енцефалопатіями, нейроінфекціями та демієлінізуючими захворюваннями, пухлинами й ліквородинамічними порушеннями. Нами висунуто припущення, що багатофакторний аналіз при визначенні причин виникнення когнітивних дисфункцій дозволить визначити групу пацієнтів із найбільшим ризиком розвитку когнітивних розладів, вибудувати тактику лікування та реабілітації для забезпечення покращення якості життя хворого, відновлення інтелектуальної діяльності.

Мета дослідження – визначити патогенні фактори, що призводять до розвитку когнітивних дисфункцій у військовослужбовців – учасників бойових дій.

Матеріал і методи

Дослідження проводили на базі неврологічного відділення Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (м. Львів). Обстежено 78 пацієнтів. Учасників експерименту було розділено на дві групи: основну та контрольну. В основну групу увійшли 47 осіб у віці від 25 до 55 років, які мають

в анамнезі ЧМТ, отриману під час бойових дій, хронічний больовий синдром (цефалгію, люмбалгію, цервіко-краніалгію та інші хронічні неврологічні захворювання, що виникли в результаті несення служби в «гарячих точках». Основну групу за віковим критерієм розділили на дві підгрупи: пацієнти зрілого віку (25-40 років; n=24) і пізнього зрілого віку (41-55 років; n=23).

Усі учасники дослідження пройшли процедуру обстеження за допомогою таких нейропсихологічних методик: короткої шкали оцінки психічного статусу MMSE, батареї тестів оцінки лобних дисфункцій, методики малювання годинника і теста на цифрову послідовність.

У контрольну групу увійшли пацієнти (n=31) у віці від 30 до 50 років. Вони не мали в анамнезі ЧМТ і хронічних больових синдромів, також були в «гарячих точках», не отримували тяжких поранень, але мали різні неврологічні захворювання (енцефалопатію, радикулопатію, дорсопатію), що сформувалися в результаті тяжких умов ведення бойових дій.

Психодіагностику проводили в денний час за обов'язкових умов: нормального фізичного самопочуття пацієнтів, спокійного настрою і відсутності перешкод із боку третіх осіб.

У роботі використовували MMSE, яка визначає можливості пацієнта орієнтування у часі, місці; досліджує сприйняття, концентрацію уваги, здатність рахувати, пам'ять (короткочасну механічну) та мовні функції. Щодо кожного досліджуваного психічного компонента дослідник виставляв певну кількість балів, які потім підсумовувалися і за «ключем» інтерпретувалися. Батарея тестів оцінки лобної дисфункції (Frontal assessment battery – FAB) для скринінгу когнітивних розладів із переважним ураженням лобних часток або підкіркових церебральних структур (з метою компенсувати недостатню чутливість MMSE) складається з таких субтестів, що визначають ступінь збереженості основних психічних процесів: концептуалізація, швидкість мовлення, динамічний праксис, проста реакція вибору, ускладнена реакція вибору, хапальні рефлекси. Також використовували тест малювання годинника, основною метою якого була оцінка збереженості процесів мислення, абстрактного і логічного мислення. Тест на цифрову послідовність дозволяє визначити наявність органічного зниження когнітивної сфери (неспецифічний метод) без визначення типу її порушення, наявність енцефалопатії.

Стимульний матеріал методик надає можливість спостерігати під час проведення дослідження емоційні реакції пацієнта, оцінити наявність розгубленості або агресивного незадоволення при виконанні тестових завдань. Важливість

такого спостереження полягає в тому, що особи чоловічої статі при утрудненнях, викликаних виконанням тестового завдання, нерідко проявляють агресію як захисну реакцію, що компенсує власну когнітивну неспроможність. Оцінка результатів психологічного обстеження проводилася у відповідності з «ключами» методик. Статистична обробка даних проводилася за допомогою параметричного багатофункціонального критерію ф*кутового перетворення Фішера, який розраховувався за формулою [6].

Результати і обговорення

Когнітивні розлади є поширеною проблемою серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях і мають різні неврологічні захворювання. Як зазначено вище, пацієнти найменше схильні звертати увагу на подібні відхилення у своїй психіці [5]. Когнітивні розлади у ранньому періоді розвитку проявляються поволі, незначно погіршуючи якість життя. Людина відносить прояви інтелектуального дефекту до астенії, хронічної втоми, неадаптованості до умов мирного життя, але тільки не до власне когнітивної недостатності. Першою ознакою порушення когнітивної сфери є суб'єктивне відчуття зниження пам'яті у пацієнта. Це проявляється в забудькуватості в повсякденних справах, при цьому мають місце утруднена концентрація уваги, труднощі при сприйнятті чужої мови (особливо більш складних монологічних і діалогічних форм). Важливим завданням у подібних випадках є визначення причин виникнення такого розладу і його курабельності. Відомо, що тяжкі, часто незворотні когнітивні розлади розвиваються при деменції, дисметаболическій енцефалопатії, тяжкій ЧМТ,

хронічному алкоголізмі, нейродегенеративних захворюваннях [1, 3]. Курабельні когнітивні розлади часто супроводжують хронічні судинні захворювання головного мозку, наслідки ЧМТ, хронічні больові синдроми. При ефективному лікуванні основного захворювання нерідко покращуються когнітивні функції.

Сьогодні є чимало досліджень, присвячених проблемі когнітивних розладів та їх лікуванню. Слід зазначити, що більшість дослідників приділяють особливу увагу в основному тим групам захворювань, які призводять до тяжких когнітивних дисфункцій [4]. У нашій практиці у випадках із військовослужбовцями ми нерідко на базі неврологічного відділення ВМКЦ ЗР стикалися з випадками легких і помірних порушень когнітивної сфери. Подібні відхилення були для пацієнтів насамперед перешкодою для отримання цивільної професії (навчання і перекваліфікації), влаштування на роботу та нормальної адаптації до умов мирного цивільного життя.

Більшість дослідників розглядають проблему когнітивних розладів з точки зору органічного генезу, обумовлюючи виникнення розладів інтелекту певною нозологічною одиницею. Цей підхід, на наш погляд, є найбільш ефективним, якщо мова йде про тяжкі, часто інкурабельні, когнітивні розлади, які зумовлені різними неврологічними захворюваннями (хворобою Альцгеймера, корсаківським синдромом, нейродегенеративними захворюваннями). У випадках легких і помірних порушень когнітивної сфери ми пропонуємо використовувати багатофакторний підхід при визначенні генезу когнітивних розладів.

Продовження на стор. 38.

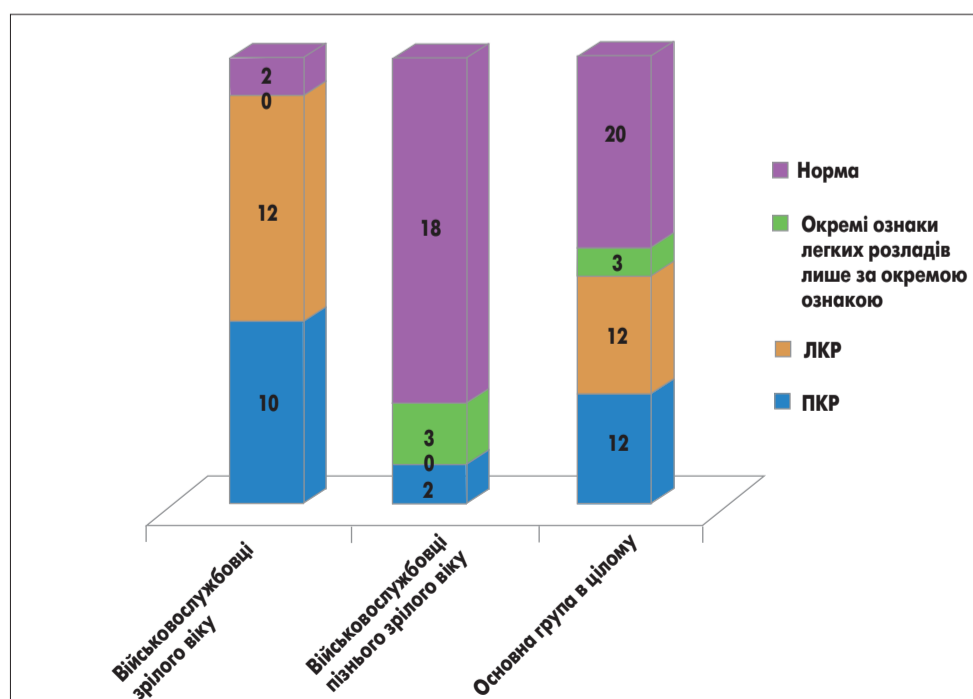


Рис. 1. Результати психодіагностичного обстеження основної групи військовослужбовців зрілого і пізнього зрілого віку

С.М. Стадник, к.м.н., Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

Особливості когнітивних розладів в учасників бойових дій

Продовження. Початок на стор. 37.

Наявність сукупності вищевказаних факторів підвищує ризик розвитку когнітивних розладів. Що молодший вік пацієнта, то вища ступінь вираженості цих розладів. З метою визначення наявності когнітивного дефекту проведено психодіагностичне обстеження 78 пацієнтів неврологічного відділення. На рисунку 1 наведено результати обстеження військовослужбовців, які увійшли до основної групи.

Як видно з рисунка 1, в основній групі в цілому у 12 пацієнтів виявлено помірну ступінь когнітивних розладів (визначається за наявності порушень середнього ступеня тяжкості, визначених за всіма методиками), у 12 – легкий ступінь порушення, у 3 – окремі ознаки легких розладів лише за однією методикою (сумнівний результат) та у 20 – відзначено повну норму розвитку когнітивної сфери. Примітно, що з цих 20 пацієнтів 18 відносяться до пізнього зрілого віку, а 2 – до зрілого віку. Таким чином, виникла необхідність провести поділ основної групи за віковою ознакою на дві підгрупи. З 23 пацієнтів пізнього зрілого віку (41-55 років) тільки у 3 виявлений сумнівний результат (окремі ознаки легких розладів за однією з методик). Серед військовослужбовців зрілого віку (25-40 років) розподіл ознак когнітивних розладів інакший: 10 осіб мають помірну ступінь когнітивної дисфункції, 12 – легку і тільки 2 продемонстрували норму. Для оцінки статистичної достовірності відмінностей результатів отриманих даних у двох підгрупах, виділених за віковим показником, використовували критерій кутового перетворення Фішера – ϕ^* . Емпіричне значення ϕ^* становить 10,76 ($p=0,01$). Згідно з довідковими даними, критичні значення ϕ^* для рівнів статистичної значущості становлять 1,58 для $p \leq 0,05$ і 2,25 для $p \leq 0,01$ (за Е.В. Гублером) [6]. Таким чином, значення ϕ^* більше критичного, і, відповідно, перевищення частки осіб зрілого віку, у яких виявлено легку і помірну ступінь когнітивних розладів, у порівнянні з часткою осіб пізнього зрілого віку, що мають аналогічні порушення, є статистично значущим.

У контрольній групі, до якої увійшли пацієнти ($n=31$) у віці 30-50 років, отримано такі результати (рис. 2).

Як видно з рисунку 2, тільки у 3 пацієнтів мав місце легкий ступінь порушення когнітивних функцій, у 5 – окремі ознаки легких розладів лише за однією методикою і у 23 – норма розвитку. Слід зазначити, що група підбиралася ідентично за всіма параметрами, за винятком таких: відсутність ЧМТ та хронічного болювого синдрому. Ми наголошуємо, що при зменшенні кількості розглянутих нами факторів кількість когнітивних розладів у вибірці спостерігається значно менше (значимо при $p=0,01$). Це підтверджує наше припущення про те, що багатофакторний

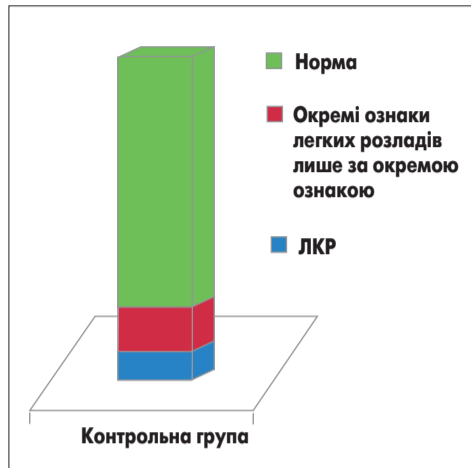


Рис. 2. Результати психодіагностичного обстеження контрольної групи військовослужбовців

підхід у визначенні генезу когнітивних розладів дозволяє на практиці окреслити коло осіб з найбільшою часткою ризику розвитку зазначених порушень.

Висновки

В умовах стаціонару, проводячи скринінгову оцінку рівня розвитку основних психічних процесів у військовослужбовців, у першу чергу доцільно обстежувати пацієнтів групи ризику на підставі даних про наявність черепно-мозкової травми, хронічних болювих синдромів, хронічних судинних захворювань головного мозку, хронічної церебральної ішемії. Ми вважали за доцільне включити в групу факторів вік пацієнта, оскільки за спостереженнями у зрілому віці (30-40 років) когнітивні розлади у військовослужбовців виявляються частіше, ніж у пізньому зрілому віці (після 40 років) при інших однакових умовах. Застосовуючи на практиці запропонований прогностичний підхід, можна значно скоротити час і зусилля, витрачені на проведення діагностичної процедури. Крім того, з'являється можливість швидше розпочати психотерапевтичну роботу з корекції виявлених порушень.

Література

1. Алексеев В.В. Принципы лечения болевых синдромов / В.В. Алексеев // Трудный пациент. – 2006. – № 5. – С. 31-36.
2. Доровских И.В. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству / И.В. Доровских. – М.: Питер-пресс, 2006. – 64 с.
3. Захаров В.В. Принципы ведения пациентов с когнитивными нарушениями без деменции / В.В. Захаров // Трудный пациент. – 2005. – № 6. – С. 15-18.
4. Лечение черепно-мозговых травм / Под ред. С.А. Зинченко и др. – М.: Наука, 2005. – 93 с.
5. Литвинцев С.В. Динамика и катамнез реакций боевого стресса / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков // Пробл. реабилитации. – СПб., 1999. – № 1. – С. 29-35.
6. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2002. – 350 с.
7. Снедков Е.В. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты / Е.В. Снедков // Совр. психиатр. – 1998. – № 1. – С. 21-25.
8. Шамрей В.К. Теоретические и практические проблемы создания системы медико-психологической реабилитации военнослужащих / В.К. Шамрей. – М.: Феникс, 2009. – 15 с.

Синдром хронической некорректное название, реальная проблема

Случаи, когда пациенты предъявляют массу неспецифических жалоб на недомогание после физических нагрузок, постоянные гриппоподобные симптомы, неосвежающий сон и чувство разбитости утром, «туман в голове» и тому подобные, встречаются в практике врачей многих специальностей, в том числе неврологов. Некоторые пациенты действительно выглядят больными, другие – нет. При использовании рутинных методов лабораторной диагностики отклонения, как правило, не обнаруживаются. Жалобы не соответствуют критериям ни одной из нозологических форм, что ставит доктора в тупик. Часто таких больных направляют к психиатрам (с заключением «симуляция», «психосоматика», депрессия и др.). И лишь у немногих исследователей, которые прицельно занимаются проблемой так называемого синдрома хронической усталости (СХУ) и имеют большой «багаж» соответствующих клинических случаев, нет сомнений в существовании такой патологии и ее биологических, а не психических причин.

Синдром хронической усталости – настолько же реальное нарушение состояния здоровья, как атеросклероз или сахарный диабет, однако эта проблема остается недооцененной, а в арсенале врачей отсутствуют клинические инструменты, необходимые для постановки такого диагноза. Между тем, по данным Центра контроля и профилактики заболеваний США (CDC), в этой стране указанным недугом страдает около 1 млн взрослых и детей. Название синдрома, предложенное в 1988 г., вызывает существенные противоречия. Многим пациентам не по душе такое определение, поскольку представляет их истощенными инвалидами, привязанными к дому или прикованными к постели. В Великобритании, Канаде и многих других странах используется иное название – миалгический энцефаломиелит (МЭ). Однако, по мнению экспертов, термин «синдром хронической усталости», официально принятый CDC в 1994 г., охватывает более гетерогенную и относительно легкую популяцию пациентов по сравнению с термином «миалгический энцефаломиелит», который ассоциируется с тяжелыми и дезадаптирующими нарушениями здоровья. Для постановки диагноза обе дефиниции требуют наличия от 4 до 8 симптомов в дополнение к необъяснимой усталости в течение 6 мес (L.A. Jason, A. Brown et al., 2013). В настоящее время исследовательским сообществом и Департаментом здравоохранения США принят компромиссный термин «миалгический энцефаломиелит/синдром хронической усталости» (МЭ/СХУ), а в текущем году планируется издание клинических рекомендаций с новыми диагностическими критериями данного состояния. Возможно, также будет предложено новое, более корректное название патологии.

Для клиницистов в первую очередь важно осознать, что такая проблема действительно существует. Больше всего ей уделяется внимания в США. «Несмотря на то что в настоящее время отсутствуют диагностические тесты и проверенное лечение для СХУ, имеются убедительные доказательства биологического происхождения данного заболевания. Симптомы вызваны конкретными нарушениями в организме, а не фантазией пациентов», – считает профессор Гарвардской школы медицины Anthony L. Komaroff, который занимается изучением СХУ с 1980-х годов.

Не сомневается в реальности проблемы и профессор медицинского центра Стэнфордского университета Jose G. Montoya, который возглавляет Стэнфордскую инициативную группу по изучению МЭ/СХУ. К этим исследователям присоединился

профессор биохимии и генетики Стэнфордского университета Ronald W. Davis, для которого проблема СХУ стала личной трагедией. Его 31-летний сын заболел МЭ/СХУ и оказался прикован к постели. В настоящее время профессор Davis, заручившись поддержкой Нобелевских лауреатов James D. Watson, Mario R. Capecchi и других авторитетных ученых, составляет план исследований по изучению СХУ в рамках программы «Геном человека» и ищет источники финансирования.

Что такое МЭ/СХУ?

Исследователи, предложившие концепцию МЭ/СХУ, считают, что его причиной является аномальная реакция иммунной системы на любой из многочисленных инфекционных агентов или триггерных факторов внешней среды, переходящий в хронический воспалительный ответ, дисфункцию автономной нервной системы, нарушения по оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники, нейроэндокринную дисрегуляцию. За сложной формулировкой скрывается, скорее, спектр иммуноопосредованных заболеваний, вызванных определенными вирусами, а возможно, и другими факторами. До сих пор ученые не достигли консенсуса в отношении того, аутоиммунное ли это заболевание или хронический малоактивный инфекционный процесс.

По определению CDC (1994), клиническими критериями МЭ/СХУ являются:

- выраженное чувство усталости (истощения) в течение последних 6 мес (3 мес у детей);
- недомогание или чувство разбитости, как его описывают сами пациенты, которое длится от нескольких дней до нескольких недель даже после умеренных физических или умственных нагрузок;
- неосвежающий сон;
- когнитивная дисфункция.

Часто встречающейся жалобой является хроническая мышечная боль, что соответствует критериям диагностики фибромиалгии. Другими частыми проявлениями являются постуральная ортостатическая тахикардия, желудочно-кишечная дисфункция, включая синдром раздраженной кишки (СРК), непереносимость жары или холода, персистирующие гриппоподобные симптомы. Кроме фибромиалгии и СРК, другими сопутствующими нарушениями могут быть гипермобильность суставов, интерстициальный цистит и мигрень.

Женщинам диагноз МЭ/СХУ устанавливается намного чаще, чем мужчинам (согласно статистическим данным США –