

ДИНАМІКА КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ ІЗ ПОСТКОМАТОЗНИМИ ПОРУШЕННЯМИ СВІДОМОСТІ ПРИ ТЯЖКІЙ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ

Канд. мед. наук О. В. КУЛИК

ТОВ «Науково-практичний центр нейрореабілітації "Нодус"», Бровари Київської обл., Україна

Проаналізовано результати клініко-неврологічного обстеження хворих із посткоматозними порушеннями свідомості на різних стадіях її відновлення після тяжкої черепно-мозкової травми. Встановлено, що у зазначеного контингенту незалежно від стадії відновлення свідомості відсутня специфічна неврологічна вогнищева симптоматика, а прогноз виходу на вищі рівні відновлення свідомості залежав від варіанту клінічної форми тяжкої черепно-мозкової травми та глибини коми, що передувала вегетативному статусу.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, кома, посткоматозні порушення свідомості, вегетативний статус.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є одним з основних чинників смертності та інвалідизації осіб молодого і середнього віку [1–3]. Тяжкі ЧМТ за статистикою – найпоширеніший вид травм в Україні [1–3].

Найскладнішою групою є постраждалі від ЧМТ, які перебувають у комі [4, 5]. У теперішній час завдяки розширенню можливостей нейрореанімації та нейрохірургії вдалося знизити летальність цієї групи хворих. Але у багатьох випадках на момент виходу пацієнтів із посттравматичної церебральної коми діагностуються тривалі розлади свідомості (від місяця до кількох років), які без повного раннього відновлювального лікування закінчуються летально [5–7]. У сучасній нейротравматології великий внесок у вивчення структурно-функціональних механізмів відновлення свідомості та інших функцій головного мозку роблять насамперед методи нейровізуалізації, які дають змогу виявити вогнищеві та дифузні ураження [3, 7]. Проте оцінка клініко-неврологічних проявів посткоматозних посттравматичних станів, особливо у динаміці відновлення свідомості, залишається важливою з огляду на необхідність розробки прогностичних критеріїв щодо відновлення функціональних можливостей, які допомагають хворим інтегруватися у соціальне середовище. Кількість таких пацієнтів щороку збільшується, реабілітація викликає значні труднощі, а вартість лікування в основному є недоступною [1, 2, 8].

Мета цього дослідження – аналіз динаміки клініко-неврологічних показників у хворих із посткоматозними порушеннями свідомості при тяжкій ЧМТ для встановлення їх прогностичного значення для відновлення свідомості.

Нами проведено обстеження в динаміці 220 постраждалих із травматичними посткоматозними розладами свідомості, які обстежувалися і прохо-

дили курси нейрореабілітаційного лікування у ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А. П. Ромоданова НАМН України» (Київ) та ТОВ «Науково-практичний центр нейрореабілітації "Нодус"» із січня 2007 до липня 2018 р. включно.

Середній вік хворих, що увійшли до групи дослідження, становив 36 років ($x = 36,04$; $\sigma \pm 16,2$; $m = 1,09$); чоловіків було 85% ($n = 187$), жінок – 15% ($n = 33$). Співвідношення жінок і чоловіків – 1,0:5,67, отже, чоловіки майже у 6 разів частіше отримували тяжку ЧМТ, аніж жінки.

У пацієнтів ретельно фіксувався рівень свідомості на початку спостереження, коли тривала церебральна кома організовувалась у першу стадію відновлення посткоматозного порушення свідомості – вегетативний статус (ВС), а потім у ході реабілітаційного лікування, коли частина хворих продовжувала залишатися у ВС, а інші переходили на вищі рівні відновленої свідомості.

У неврологічному статусі визначали наявність загально-мозкової та вогнищевої неврологічної симптоматики. Увагу звертали на функцію черепно-мозкових нервів (наявність/відсутність коркових, бульбарних порушень), розлади чутливості (порушення простої (больової, тактильної, вібраційної, температурної) та складної (двомірно-просторового чуття, суглобово-м'язового відчуття) видів чутливості) та рухові порушення (зміни м'язового тону (включаючи вертикальний та горизонтальний постуральний тонус), сили, об'єму активних рухів, м'язового опору, патологічні рухові пози, спонтанні мимовільні рухи). Крім того, значення мали вираженість/відсутність поверхневих та глибоких рефлексів, наявність/відсутність патологічних рефлексів, а також статокординаторні порушення: функції стояння, ходіння, направлені рухові реакції. Обов'язковим було визначення стану вегетативної нервової системи (наявність вегетативних кризів судинно-рефлекторного

характеру, гіпертермії, гіпергідрозу/ангідрозу) та стан контролю за тазовими функціями.

Особливе значення надавали дослідженням мовлення (наявність/відсутність моторної, сенсорної афазії) та вищих кіркових функцій: стан емоцій, пам'яті, мислення, волі, уваги, відчуттів.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням пакету прикладних програм Statistica 10 SPSS, ліцензійного програмного забезпечення Excel 2010–2013 і Biostat 3,03, у середовищі Windows 7 Professional 2013, MAC OS 2018. Описова статистика (вибіркове середнє арифметичне, частка, помилка середнього, стандартне відхилення, довірчий інтервал тощо) з елементами варіаційної статистики і розрахунком частотних характеристик досліджуваних показників (y %), середніх величин (середнього арифметичного – X) та оцінки їх варіабельності (середнє квадратичне відхилення – σ), середньої похибки показників (m) здійснювались за прийнятими методиками згідно з методологічними вимогами до статистичних методів і підходів, прийнятими в 1998 р. на Міжнародному конгресі з гармонізації статистики клінічних досліджень [10].

В обстежених хворих діагностувалася церебральна кома відповідно до шкали Глазго. Розподіл хворих із посттравматичними посткоматозними порушеннями свідомості у гострому періоді залежно від глибини діагностованої церебральної коми виглядав таким чином: помірна – у 68% випадків, глибока – у 27%, термінальна – у 5%.

Протягом року у пацієнтів визначалися стадії порушення свідомості за Т. А. Доброхотовою [9]: ВС; акінетичний мутизм (АКМ); гіперкінетичний мутизм (ГКМ); акінетичний мутизм з емоційними реакціями (АКМ з ЕР); гіперкінетичний мутизм з емоційними реакціями (ГКМ з ЕР); мутизм з розумінням мовлення (М з РМ); дезінтеграція мовлення (ДМ); сплутаність свідомості з аспонтанністю (СПС з А); мовнорухова сплутаність свідомості (МРСС); амнестична сплутаність свідомості (АСС); дисмнестичний синдром (ДС); корсаковський синдром (КС); ясна свідомість із вираженими когнітивними, вольовими та емоційними розладами (ЯС із КЕР); ясна свідомість із межевими порушеннями (ЯС із МП); ясна свідомість із преморбідним рівнем психічного стану (ЯС із ПМС).

Проаналізувавши динаміку посткоматозних станів із моменту, коли у хворих був діагностований ВС, і до моменту встановлення синдрому ЯС, отримано кількісний розподіл випадків, які в межах року після тяжкої ЧМТ перейшли до наступної стадії відновлення свідомості (таблиця).

Ми проаналізували загальноомозкову та вогнищеву симптоматику на кожній зі стадій відновлення свідомості. У стадії ВС посткоматозного порушення свідомості пацієнти поводити себе в ліжку повністю пасивно, положення кінцівок у всіх без виключення випадках – патологічне, вимушене. Загальноомозкова симптоматика у 49 (22,27%)

Стадії посткоматозного порушення/відновлення свідомості в обстежених хворих (за Т. А. Доброхотовою)

Стадії посткоматозного порушення/відновлення свідомості	Пацієнти, $n = 220$	
	абс. ч.	%
1 – ВС	220	100
2А – АКМ	196	89,09
2Б – ГКМ	181	82,27
3А – АКМ з ЕР	175	79,55
3Б – ГКМ з ЕР	170	77,27
4 – М з РМ	167	75,91
5 – ДМ	161	73,18
6А – СПС з А	138	62,73
6Б – МРСС	112	50,91
6В – АСС	93	42,27
7А – ДС	72	32,73
7Б – КС	56	25,45
8 – ЯС із КЕР	46	20,91
9 – ЯС із ПП	0	0
10 – ЯС із ПМС	0	0

випадках виявлялася пароксизмальним перебігом гіпертензивного синдрому внаслідок ліквородинамічних порушень та у 109 (49,54%) – епілептичними нападами. Неврологічна вогнищева симптоматика характеризувалася неспецифічними симптомами, які були проявом первинного ураження головного мозку, а топічний характер симптомів свідчив про сегментарний (стовбуровий) або надсегментарний (супрасегментарний) рівень без ознак латералізації. Клінічний результат організації травматичної хвороби у стадію ВС мав оцінку 2 бали за шкалою виходу Глазго.

При відновленні посткоматозного посттравматичного порушення свідомості до стадії 2А – АКМ було обстежено 196 (89,09%) пацієнтів, неврологічна картина яких у цілому нагадувала симптоматику ВС. Однак у всіх без виключення хворих, у яких діагностувався АКМ, спостерігались принципово відмінні неврологічні ознаки, що клінічно достеменно свідчили про завершення вегетативної стадії і перехід на вищий рівень ВС. Як і в попередній стадії, хворі поводити себе у ліжку пасивно, положення кінцівок було патологічним, вимушеним. Загальноомозкова симптоматика виявлялася тими самими розладами: епілептичними нападами, гіпертензивним синдромом. Аналіз частоти їх виявлення не мав достеменно статистичної різниці порівняно з хворими у стадії ВС ($\alpha > 0,05$). Неврологічна вогнищева симптоматика характеризувалася неспецифічними симптомами первинного ураження церебральних структур, діагностувати якусь латералізацію переконливо так само не вдавалося.

Кореляційного зв'язку між виявленими змінами у рефлекторній сфері порівняно з ВС та тривалістю АКМ і переходом на вищі рівні відновленої свідомості, як і у хворих із ВС, не встановлено.

Особливістю цієї стадії стало помітне зниження раніше високого м'язового тонусу в основних групах м'язів. Хоча характер тонусу далі залишався пірамідним і в деяких випадках мав компоненти екстрапірамідного тонусу (особливо у м'язах рук). У всіх без винятку хворих вираженість патологічних згинальних та розгинальних установок кінцівок також зменшилась. Клінічний результат організації стадії виходу з коми за шкалою виходу Глазго мав оцінку 2 бали, індекс повсякденної активності Бартела — 0 балів.

Стадія відновлення посткоматозного порушення свідомості 2Б ГKM була виявлена у 181 (82,27%) пацієнта. Аналіз неврологічної симптоматики показав принципові відмінності від такої у хворих з АКМ. На відміну від АКМ та ВС, хворі вперше починають активізуватися в ліжку. Хоча їхні кінцівки зберігали згинальні та розгинальні патологічні установки, пацієнти здійснювали дрібні, а потім і помірні рухи в руках, ногах, шиї, тулубі, в основному тонічного типу. Рухи були хаотичними, ненаправленими і неусвідомленими і більше відображали моторне розгальмування на тлі наростання інтегративних процесів у кірково-підкірково-стовбурових функціональних об'єднаннях. Тенденції до зменшення загально-мозкової симптоматики упродовж гіперкінетичного мутизму в цій групі дослідження не встановлено.

Саме зі стадії ГM фіксувалися переважання на боці ураження і глибина майбутнього рухового неврологічного дефіциту. Клінічний результат організації цієї стадії виходу з коми за шкалою виходу Глазго — 2 бали, а індекс повсякденної активності Бартела — 0 балів.

АКМ з емоційними реакціями характеризував подальше відновлення посткоматозного порушення свідомості. І хоча основна неврологічна картина цього періоду посттравматичного порушення свідомості зберігає усі риси несвідомого стану, саме з цієї стадії починає формуватися синдромокомплекс, описаний в літературі як «стан малої свідомості». Після активізації у ліжку, що було описано в попередній стадії, пацієнти знову різко ставали пасивними. На першій погляд, складалося враження регресу набутих рухових актів та втрати добової кінетичної активності. Проте поодинокі рухи кінцівками свідчили про збережений руховий темп відновлення.

У загально-мозковій картині різко загострилися та почастишали епілептичні напади. Якщо до цього часу в основному спостерігались фокальні з вторинною генералізацією та без неї пароксизми, то на цій стадії відзначено трансформацію у вторинно генералізовані тоніко-клонічні судоми, в інтеріктальному періоді яких діагностували виражені центральні вегетативні порушення: гіпертермічний синдром, дифузний гіпергідроз.

Хоча неврологічна вогнищева симптоматика зберігала попередній рівень дефіциту, однак раніше примітивні лімбічні реакції — «гримаси болю» та «гримаси плачу» — вперше доповнилися чіткими диференційованими позитивними та негативними емоційними реакціями, які мали первинний (базовий) кірковий контроль, «емоційну» пам'ять і відтворюваність у часі (при зустрічі, наприклад, із мамою у пацієнта постійно була позитивна міміка, а з інструктором ЛФК ще до початку лікувального сеансу — «гримаса болю»). Клінічний результат організації АМ з ЕР згідно зі шкалою виходу Глазго становив уже 3 бали, хоча індекс повсякденної активності Бартела залишався на рівні 0 балів.

ГKM з ЕР виявлено у 170 (77,27%) хворих, що відповідає стадії 3Б синдрому пригніченої свідомості. Ця стадія характеризувалася відновленням активного положення пацієнта у ліжку і численними хаотичними, ще слабо впорядкованими рухами, які продовжували бути неусвідомленими та ненаправленими. Загально-мозкова симптоматика відрізнялася клінічно значущим зменшенням частоти і сили епісиндрому. Неврологічна вогнищева симптоматика була неспецифічною і відображала глибину первинного ураження ЦНС. Клінічний результат організації ГKM з ЕР згідно зі шкалою виходу Глазго становив уже 4 бали, хоча індекс повсякденної активності Бартела зберігався на рівні 0 балів.

Стадія 4 — М із РМ є першою у посткоматозному відновленні свідомості з крайнім обмеженням контакту і власне розгорнутим у своїх клінічних проявах станом «малої свідомості». Саме з цієї стадії відновлювався елементарний контакт із пацієнтами та зменшувалась вираженість вогнищевої неврологічної симптоматики, хоча неврологічний дефіцит залишався таким самим. М із РМ діагностовано у 75,9% ($n = 167$) випадків. Клінічний результат організації мутизму згідно зі шкалою виходу Глазго — 4 бали, однак індекс повсякденної активності Бартела становив уже 5 балів.

У стадії ДМ 161 (73,0%) пацієнт вперше намагався говорити як у відповідь на звернення, так і для того, що звернути увагу на себе. Рівень свідомості обстежених відповідав стадії 5 синдрому пригніченої свідомості, тобто стану з крайнім обмеженням контакту. Ця стадія є завершальною для синдрому пригніченої свідомості і свідчить про перехід від стану «малої свідомості» до більш високого рівня відновлення. Клінічний результат за шкалою виходу Глазго — 4 бали, а індекс повсякденної активності Бартела — 5 балів.

СПС з А було діагностовано у 138 (62,72%) хворих із посткоматозним порушенням свідомості. Саме з цієї стадії розпочинається група синдромів реінтеграції свідомості, що відповідає стадії 6А. Попередній період вираженої рухової та звукової активності знову змінюється на помітну пасивність, при якій складається враження, що пацієнти перебувають нібито в «режимі очікуван-

ня». Зацікавленість тим, що відбувається навколо них, знижується, як і зменшується кількість спроб вербального контакту. Однак об'єктивно дещо покращилося мовлення у всіх без винятку пацієнтів, які перейшли у цю стадію. Вони частіше відповідали на звернення простими словами або словосполученнями. Хоча у 99 (71,73%) ще зберігалися клінічно значущі дизартричні порушення та елементи патологічного формування імпресивного мовлення, у 39 (28,27%) спостереженнях виявлено розлади експресивного мовлення на фоні амнестичної та семантичної афазії, що у різній мірі властиве кожному хворому зі сплутаністю свідомості. Клінічний результат за шкалою виходу Глазго — 4 бали, індекс повсякденної активності Бартела становив 5 балів, як і в попередній стадії.

У динаміці відновлення свідомості після тривалої травматичної коми наступну стадію 6Б — МРСС виявлено у 112 (50,9%) хворих. Після тривалого пасивного стану пацієнти знову набували моторного та мовленнєвого збудження, зберігаючи при цьому всі основні характеристики попередньої стадії посткоматозного розладу свідомості. У них покращувалося мовлення, зростала кількість нових слів, ускладнювалися словосполучення. Хворі починали формувати свої перші самостійні думки та судження, а не лише відповідати на запитання. Кількість пацієнтів, у яких діагностували дизартричні порушення, зменшилась до 63 (56,25%). На фоні попереднього відновлення об'єму пасивних і активних рухів нарощування сили в основних групах м'язів до 4 балів та покращення координації у 68 (60,71%) хворих вперше зареєстровано відновлення кінетичної мелодії руху: він набував «потрібного» темпу, швидкості, рухових переходів при зміні важеля руху і стабілізації в суглобі навіть при тривалих навантаженнях. Клінічний результат організації цієї стадії відновлення свідомості за шкалою виходу Глазго — 4 бали, індекс повсякденної активності Бартела — 5 балів.

АСС діагностована у 93 (42,27%) хворих із посткоматозними порушеннями свідомості. Це стадія 6В — остання серед синдромів реінтеграції свідомості.

На фоні вираженої направленої й організованої рухової та вербальної активності, яка тільки наростала порівняно з попереднім періодом, помітно покращується інтелектуально-мнестична сфера, збільшується критичність і усвідомлення порушення орієнтування в оточуючому середовищі, часі, розладів пам'яті, через те у 65 (69,89%) пацієнтів зареєстровано псевдоремінісценції (ілюзія пам'яті) та конфабуляції (галюцинація пам'яті).

Загальномозкова симптоматика у 41 (44,08%) хворого виявлялася лише цефалгічним синдромом, у решти — була відсутня. Ознак порушення ліквородинаміки у хворих з АСС не було. Клінічний результат за шкалою виходу Глазго — 4 бали, проте індекс повсякденної активності Бартела становив уже 15 балів.

ДС діагностовано у 72 (32,72%) пацієнтів із посткоматозним порушенням (відновленням) свідомості. Саме з цієї 7А-стадії починається група перехідних синдромів.

Далі поведінка хворих організовується, їхні дії та вчинки набувають змісту, структури і пояснення. Вперше у 23 (31,94%) пацієнтів було зареєстровано розуміння свого стану та висловлювання потреби далі лікуватися, навіть при тому, що наступного дня вони цього вже не пам'ятали.

Цефалгічний синдром у структурі загальномозкової симптоматики регресував у 24 (33,33%) випадках, симптомів порушення ліквородинаміки не виявлено. Спостерігалось подальше зменшення вираженості неврологічного рухового дефіциту та вогнищевої неврологічної симптоматики: 53 (73,61%) пацієнти легко пересувалися на відстань до 100 м, а 31 (58,49%) із них використовував паретичну нижню кінцівку не тільки як опору, хворі могли виконувати тривалі циклічні рухи на велотренажерах, що зумовлено подальшим наростанням об'єму активних рухів. Клінічний результат за шкалою виходу Глазго — 5 балів, індекс повсякденної активності Бартела — 40 балів.

Корсаковський синдром, який завершує групу перехідних синдромів і відповідає стадії 7Б, зафіксовано у 56 (25,45%) пацієнтів. У них спостерігалася така неврологічна картина: загальномозкова та вогнищева симптоматика, що діагностована у цих хворих, не мала достеменних клінічно значущих відмінностей від попередньої стадії перехідних синдромів, за винятком критичного наростання порушень пам'яті. Складалося враження, що спостерігаються регрес та негативна динаміка відновлення свідомості пацієнта через тотальну ретроградну, фіксаційну та антероградну амнезію, адже все виглядало так, наче хворі забули все, що до цього знали чи згадували. На фоні існуючих продуктивних порушень мислення, що мігрували у цю стадію відновлення свідомості з попередньої, описані виражені порушення пам'яті у 18 (32,14%) спричинили порушення праксису і гнозису, що різко загострило й до того існуюче дезорієнтування. Особливість ретроградної амнезії за корсаковським синдромом — часова глибина забування подій до травми: пацієнти не пам'ятали події, які в попередній стадії до травми пам'ятали. Поєднання ретроградної амнезії з усіма іншими порушеннями пам'яті свідчили про те, що поряд із порушеннями запам'ятовування були наявні також труднощі відтворення адекватно засвоєної у минулому інформації. Клінічний результат за шкалою виходу Глазго — 5 балів, індекс повсякденної активності Бартела — 50 балів.

Обстежено 46 (20,9%) хворих із ясною свідомістю та синдромом виражених когнітивних, емоційно-вольових розладів, що відповідали стадії 8.

Пацієнти поводитися максимально активно як в ліжку, так і поза ним. Відзначалося відновлення добового режиму сну та відпочинку, причому жодного випадку порушення сну (безсоння)

не зареєстровано. Загально мозкова симптоматика у 9 (19,56%) хворих мала вигляд цефалгічного синдрому різної інтенсивності та локалізації, що виникав в основному на провокацію фізичними навантаженнями чи емоціями. Випадки лікворо-динамічних порушень чи гіпертензивного синдрому не спостерігалися у жодного хворого. Епілептичний синдром у тих пацієнтів, у яких він був на попередніх стадіях, залишався у фармакозалежній ремісії. Неврологічна вогнищева симптоматика регресувала до мінімуму, а залишкові явища були неспецифічними й свідчили про первинне ураження головного мозку: сегментарний чи надсегментарний рівень із чіткими ознаками латералізації. Спостерігалось значуще покращення пам'яті — як запам'ятовування, так і відтворення нової інформації. Пацієнти крок за кроком при допомозі та настановках пригадували минулі події та факти. Клінічний результат організації цієї стадії відновлення свідомості за шкалою виходу Глазго становив уже 6 балів, а індекс повсякденної активності Бартела — 70–75 балів.

Відповідно до стадій стан хворих після травматичної церебральної коми оцінювали у контрольних точках із моменту тяжкої ЧМТ: 1, 3, 6, 9 і 12 міс. Аналізували, якої саме стадії відновлення свідомості досягав пацієнт або скільки часу (місяців) він залишався у вже досягнутій стадії посткоматозного порушення свідомості.

Динаміку залежності кількості хворих, які перейшли на вищий рівень відновлення свідомості, та стадій відновлення свідомості подано на рис. 1.

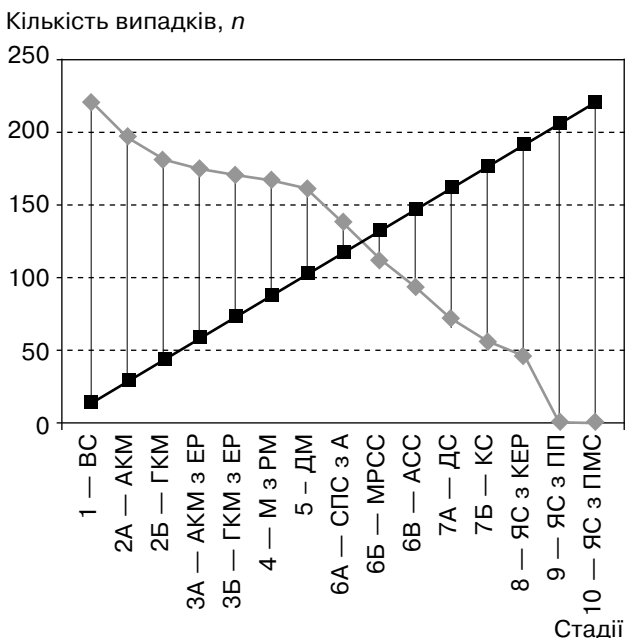


Рис. 1. Динаміка залежності кількості хворих, які перейшли на вищий рівень відновлення свідомості, і стадій відновлення свідомості: —■— *n*, —◆— лінійний прогрес відновлення свідомості

Отже, з 220 хворих, які після тривалої травматичної коми перейшли в першу стадію відновлення свідомості — ВС, лише 46 (20,91%) дійшли до синдрому ясної свідомості з вираженими когнітивними, вольовими та емоційними порушеннями. Причому, якщо у межах групи синдромів пригніченої свідомості відбувається більш щільний перехід групи до стадії після ВС, то на межі переходу до групи реінтеграції свідомості відбувається статистично значущий провал ($\alpha < 0,05$) кількості випадків, що перейшли до наступної вищої стадії відновлення свідомості (рис. 2).

Ураховуючи встановлені контрольні точки/строки оцінки динаміки травматичного захворювання в терміни після тяжкої ЧМТ: 1, 3, 6, 9 і 12 міс залежно від стадії відновлення свідомості та тривалості виходу на цю стадію з ВС, нами визначено, що переважна більшість пацієнтів зберігала найвищий темп відновлення свідомості у перші 9 міс після тяжкої ЧМТ. Починаючи з 1-го місяця зафіксовано достеменно виражене лінійне наростання такої динаміки з піковими показниками у строк 4–6 міс і подальше більш різке сповільнення темпів відновлення свідомості у строк до 9 міс з моменту травмування. Від 9 до 12 міс згасання темпів продовжувалося так само лінійно, тільки більш плавно, ніж у попередній період, і сягало величини, що майже в два рази менша, ніж у строк 1–3 міс ($\alpha < 0,05$). Слід зазначити, що найбільшу кількість хворих, які досягли синдрому ясної свідомості, відзначено у період до 6 міс з моменту тяжкої ЧМТ, тоді як переважна

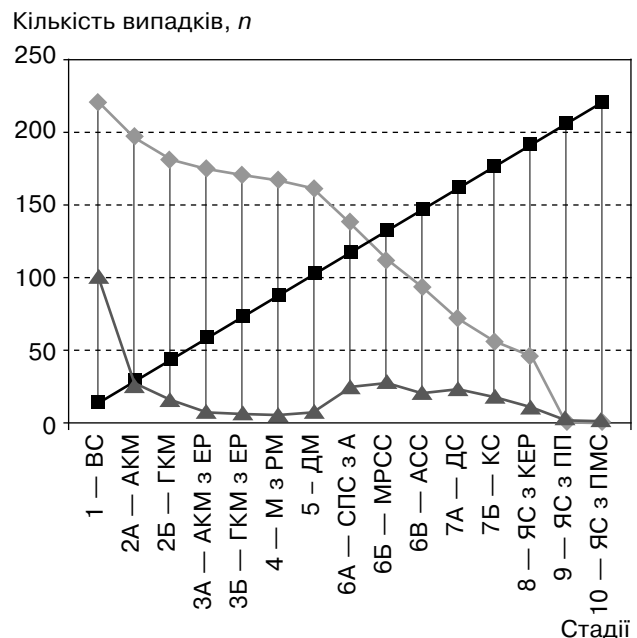


Рис. 2. Динаміка залежності кількості хворих, які не перейшли, і тих, які перейшли на вищий рівень відновлення свідомості, та стадій відновлення свідомості: —■— *n*, —◆— лінійний прогрес відновлення свідомості, —▲— кількість хворих, що не перейшли далі

частина хворих, які так і не залишили ВС, спостерігалася у строк до 6 міс і на кінець року після тяжкої ЧМТ. Між 6–9 міс у таких пацієнтів із ВС відзначалося значуще наростання динаміки переходу на вищі стадії відновлення свідомості, що може бути використано як «друге терапевтичне вікно». Серед пацієнтів, які станом на 12 міс так і не перейшли з ВС на вищі рівні свідомості, були пацієнти, в анамнезі яких зафіксовано тривалу кому-III, негативну динаміку коми-II до коми-III, негативну динаміку коми-I до коми-III, спричинені ізольованими та поєднаними клінічними варіантами ДАП у результаті ДТП. У межах року після травмування так і не відновився рівень свідомості вище 5-ї стадії (ДМ) у 82 (37,27%) пацієнтів.

Результати клініко-неврологічного обстеження хворих із посткоматозними порушеннями свідомості незалежно від стадій її відновлення свідчать про відсутність специфічної неврологічної вогнищевої симптоматики і характеризуються виключно топіко-функціональними особливостями первинно

уражених структур головного мозку на сегментарному та надсегментарному рівнях.

Рівень посткоматозного порушення свідомості жодним чином прямо не корелював з виявленою семіотикою, а прогноз виходу на вищі рівні відновлення свідомості починаючи з ВС у межах першого року від моменту ЧМТ не залежав від тривалості конкретної стадії та вираженості неврологічних проявів травматичної хвороби.

Факторами, з якими виявлено стійкий прямо-лінійний кореляційний зв'язок прогнозу виходу з ВС на вищі рівні посткоматозної свідомості, були варіант клінічної форми тяжкої ЧМТ та глибина коми, що передувала ВС.

Детальне вивчення неврологічної симптоматики, яка змінювалася у динаміці відновлення свідомості, є важливим для визначення початку нового етапу/стадії для визначення необхідного на цьому етапі лікувального (реабілітаційного) впливу з метою покращення загального стану пацієнта, якості його життя, що буде сприяти швидшому переходу до максимально вищого рівня свідомості.

Список літератури

1. Гук А. П. Епідеміологія черепно-мозкової травми в Україні / А. П. Гук // Матеріали V з'їзду нейрохірургів України, 25–28 червня 2013, м. Ужгород.— Ужгород, 2013.— С. 38.
2. Черепно-мозкова травма: сучасні принципи невідкладної допомоги: навч. метод. посіб. / Є. Г. Педаченко, І. П. Шлапак, А. П. Гук, М. М. Пилипенко.— К.: Варта, 2007.— 311 с.
3. Поліщук М. Є. Закрита черепно-мозкова травма. Сучасний погляд на проблему / М. Є. Поліщук, О. М. Гончарук // Міжнар. неврологічний журн.— 2015.— № 6 (76).— С. 71–80.
4. Лихтерман Л. Б. Классификация черепно-мозговой травмы. Ч. II. Современные принципы классификации ЧМТ. «Судебная-медицина» / Л. Б. Лихтерман // Наука. Практика. Образование.— 2015.— № 1 (3).— С. 37–48.
5. Кондратьева Е. А. Вегетативное состояние: диагностика, интенсивная терапия, прогнозирование исхода: дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.01.18 «Нейрохирургия» / Е. А. Кондратьева.— СПб., 2004.— С. 91–92.
6. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме; под ред. А. Н. Коновалова.— В 2 т.— М.: Антитор, 2001.— Т. 2.— 675 с.
7. Гринберг М. С. Нейрохирургия: пер. с англ. / М. С. Гринберг.— М.: Медпресс-Информ, 2010.— 1007 с.
8. Доброхотова Т. А. Обратимые посткоматозные состояния / Т. А. Доброхотова // Социальная и клиническая психиатрия.— 1996.— № 3.— С. 26–36.
9. Alterations in the brain's connectome during recovery from severe traumatic brain injury: protocol for a longitudinal prospective study // V. Conde, H. S. Andreasen, H. T. Petersen [et al.] // BMJ Open.— 2017.— Vol. 7, № 6.
10. ICH Guidelines // Good Clin. Pract. J.— 1998.— Vol. 5, № 4.— P. 27–37.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОМАТОЗНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

А. В. КУЛИК

Проанализированы результаты клиничко-неврологического обследования больных с посткоматозными нарушениями сознания на разных стадиях его восстановления после тяжелой черепно-мозговой травмы. Установлено, что у данного контингента независимо от стадии восстановления сознания отсутствует специфическая неврологическая очаговая симптоматика, а прогноз выхода на высшие уровни восстановления сознания зависит от варианта клинической формы тяжелой черепно-мозговой травмы и глубины комы, предшествовавшей вегетативному статусу.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, кома, посткоматозные нарушения сознания, вегетативный статус.

**CHANGES OF CLINICAL AND NEUROLOGICAL INDICES
IN PATIENTS WITH POST-COMATOSE DISORDERS OF CONSCIOUSNESS
AFTER SEVERE CRANIOCEREBRAL TRAUMA**

O. V. KULYK

Here, the results of clinical and neurological examination of patients with post-comatose disorders of consciousness at different stages of its recovery after severe craniocerebral trauma are analyzed. It is established that these patients, regardless of the stage of recovery of their consciousness, have no specific neurological focal symptomatology, and the forecast for higher levels of recovery of consciousness depended on the variant of the clinical form of severe craniocerebral trauma and the depth of coma, preceding the vegetative status.

Key words: craniocerebral trauma, coma, post-comatose disorders of consciousness, vegetative status.

Надійшла 11.10.2018