

E. Salganik

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ — ВАЖНЫЙ КОМПОНЕНТ ДИАГНОСТИКИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

г. Гютерслоу, Германия

С пациентом Х., 39 лет, актером по профессии, 9 мая 1980 года произошел несчастный случай. Легковой автомобиль, управляемый другим водителем, врезался в машину Х. с правой боковой стороны. Пациент был пристегнут ремнем безопасности, его сместило к левой двери автомобиля. Подробности происшествия он описать не мог. Помнил, как полиция извлекала его из машины. Дома у него появилась рвота, сильные головные боли. Спустя три-четыре недели после несчастного случая пациент сделал попытку вернуться к своей работе. Однако он не смог выполнять те требования, которые предъявляются к профессии актера, и его коллеги посоветовали ему обратиться к врачу-невропатологу.

11 июля 1980 г. на приеме у невропатолога он жаловался на головные боли, головокружение при перемене положения тела в пространстве и нарушение способности к концентрированию. При неврологическом обследовании у него были выявлены незначительное расширение левого зрачка, правостороннее усиление рефлексов растяжения мышц, напряжение задней группы мышц шеи, незначительная неуверенность в позе Ромберга.

Данные электроэнцефалографии: нестабильная основная α -активность и единичные спайк-пароксизмы.

Инфузионное лечение растворами ноотропных субстанций привело к улучшению состояния пациента: уменьшились головные боли, возросла способность к концентрированию. Пациенту по его настоятельной просьбе было разрешено вновь приступить к актерской работе.

Однако вскоре, несмотря на проведенное лечение и собственные усилия, у пациента вновь ухудшилось состояние здоровья: он мог лишь на непродолжительное время удерживать в памяти указания режиссера, после этого его способность к концентрированию резко снижалась. Появились сложности при заучивании текста роли, он не мог длительно сохранять в памяти содержание прочитанного. Это послужило поводом к повторной выдаче больничного листа. Общество медицинского страхования в связи с длительной нетрудоспособностью пациента запросило независимое врачебное заключение о его нетрудоспособности, которое в дальнейшем было неоднократно повторено различными врачами.

Первый врач, давший свое заключение, не нашел тяжелых церебральных нарушений, однако он не назначил больному полного психологического обследования для проверки его способности к запоминанию. Актер вновь приступил к работе, но не мог совершенно концентрироваться, его способность воспринимать замечания и запоминать все более снижалась. При повторном неврологическом обследовании у того же самого врача никаких отклонений не выявлено. Это означало, что пациент мог вновь приступить к своей работе. Другой врач, давший заключение о его трудоспособности, предположил, что пациент, скорее всего, перенес легкую травму мозга: об этом свидетельствовали кратковременная потеря сознания и рвота в день происшествия. Нормальные данные электроэнцефалографии ни в коем случае не исключали наличие травмы мозга у пациента, так как при легкой форме заболевания изменения на электроэнцефалограмме наблюдаются лишь в первые два дня после травмы.

При обследовании больного врач обратил внимание на нарушение у него способности к запоминанию и направил его на полное психологическое обследование. Психолог отметил, что темп работы больного был несколько замедлен, он заметно затруднялся при выполнении тех заданий, которые требовали способности к зрительно-двигательной координации. Исходя из психологических тестов, психолог решил, что у больного имеются нарушения функциональных возможностей головного мозга, которые наиболее отчетливо проявлялись в области способности к концентрации, зрительно-двигательной координации и внимания. Повышение нагрузки у пациента усиливало имеющиеся нарушения.

В анамнезе больного до автомобильной катастрофы какой-либо причины для развития подобных нарушений не отмечалось. Эти расстройства появились впервые после несчастного случая в мае 1980 г., следовательно именно это происшествие послужило причиной имеющихся у пациента нарушений. Неоднократные попытки пациента возобновить работу как до, так и после реабилитационных мероприятий заканчивались неудачей, и дирекция театра не продлила контракт с актером после истечения срока его действия. Суд пришел к заключению, что пациент не в состоянии более заниматься актерской профессией. Такое судебное решение было обосновано тем, что даже через три года после несчастного случая у пациента имеют место органические нарушения головного мозга.

Данное клиническое наблюдение представляет собой случай посттравматической церебростениции, характерные черты которой отчетливо прослеживаются на протяжении всего периода заболевания. Профессия актера требует постоянного заучивания новых ролей, что при отсутствии способности к концентрированию становится практически невыполнимым. Если бы подобные нарушения функциональных способностей головного мозга наблюдались у человека, не занимающегося интеллектуальным трудом, в частности у рабочего, то они, возможно, и не обратили бы на себя внимания.

Крайне важно у пациентов, которые в течение длительного времени после травмы головного мозга

жалуются на нарушение способности к запоминанию, провести исследования с использованием психологических тестов с целью объективной оценки этих жалоб. На основании опыта многолетнего наблюдения за пациентами с посттравматической церебрастенией различного возраста и различных профессиональных групп мы пришли к следующим заключениям:

1. О больном нельзя судить с точки зрения распространенного шаблонного мышления.
2. Каждый случай требует длительного наблюдения.
3. Необходимо собирать анамнестические данные не только о самом происшествии, но и о дальнейшем ходе событий после несчастного случая (свое-

временное врачебное обследование и лечение, выяснение того, как долго пациент не выходил на работу после происшествия и какие сложности возникают при выполнении работы на рабочем месте). Определенное значение имеет и тот факт, насколько важной для пациента является возможность вновь приступить к своей работе.

4. Обязательно использование психологических тестов в тех случаях, когда пациент в связи с появлением определенных нарушений не в состоянии выполнять свою прежнюю работу.

Поступила 18.02.99.

УДК 616.133 + 616.134.6

M. Salaschek

ДИССЕКЦИИ¹ СОННЫХ И ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Вселенская больница г. Иббенбюрен, Германия

Диссекции наружно-черепных участков сонных и позвоночных артерий отводятся в последние годы большое значение в исследованиях причин инсульта. Вначале после появления первого описания (Jentzer, 1954) диссекции о ней упоминалось лишь в связи с характеристикой тяжелых неврологических дефицитов. Ее считали чем-то совершенно необычным, и предполагалось, что она имеет преимущественно травматическое происхождение. Двадцать лет назад в стандартном учебнике по мозговому кровообращению (Ganshirt) даже не допускалась возможность спонтанной диссекции. Только в последние десять лет стало известно, что не только травматические, но и спонтанные диссекции сонных артерий встречаются у достаточно большого числа пациентов (Hart и Easton, Marx et al.). В 1990 г. Mokri писал: «Эти диссекции необычны, но не редки».

В настоящее время мы предполагаем, что приблизительно у 5% всех пациентов моложе 60 лет, инсульт вызван артериальной диссекцией сонных или позвоночных артерий. Возрастающая возможность проведения неинвазивных методов исследования в неврологии выявляет некоторые диссекции как причину других неврологических симптомов.

Три представленных нами наблюдения иллюстрируют неврологический аспект диссекции артерий передней и задней шейной области:

Наблюдение 1.

11 лет назад мы приняли в нашу клинику с целью стационарного лечения женщину 51 года с многолетним типичным анамнезом мигрени (без ауры), так как необычно тяжелый правосторонний «приступ мигрени» продолжался в течение трех дней, тогда как предыдущие атаки, как правило, проходили в течение не более одного дня. По словам

пациентки, последний приступ начался на правой стороне шеи и позже переместился в область за правым глазом — туда, где и предыдущие приступы мигрени имели точку максимальной боли.

Наблюдался незначительный миоз справа. КТ с контрастным веществом не показала патологии. Доплерография выявила закупорку правой внутренней сонной артерии близко к основанию мозга (рис. 3). При дуплексном исследовании никаких сосудистых изменений не обнаружилось.

После 5-дневного лечения гепарином и препаратом ацетилсалициловой кислоты головные боли прошли. При контрольных ультразвуковых исследованиях наблюдалось начинающееся открытие правой сонной артерии. Три года назад была проведена МР-ангиография, которая показала нормальное распределение наружно- и внутричерепных сосудов.

Наблюдение 2.

35-летний солдат в первый же день инсульта был переведен в нашу клинику с заключением о «большом сгустке крови» в левой внутренней сонной артерии, по данным дуплекс-сонографического исследования, были отмечены левосторонний синдром Горнера, афазия, апраксия и атаксия правой руки. В день, предшествовавший инсульту, больного беспокоили сильные головные боли с левой стороны, в связи с которыми он принял 1 г аспирина. Ангиография показала закупорку левой внутренней сонной артерии в 2 см дистальнее развилки. Цветная дуплекс-сонография, казалось, подтверждала закупорку сосуда. Тем не менее КТ мягких отделов шеи с контрастным веществом была типична для разрыва сосуда с минимальным остаточным просветом. Во внутричерепной области КТ головного мозга выявила ареал пониженной плотности в задней области кровоснабжения внутренней черепной артерии (рис. 1).

На основании этих данных были проведены консервативное лечение гепарином в высоких дозах и антикоагуляционная терапия (Phenprocoumon).

¹ В русском переводе диссекцию (в данном конкретном случае) следует понимать не как разрыв, а как надрыв, рассечение или, лучше, подрывные внутренних слоев сосуда (прим. редактора).