

Секция «Актуальные вопросы неврологии, нейрохирургии и медицинской реабилитации»

Эмоционально-волевые нарушения и качество жизни у пациентов в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы

Киселева Ангелина Андреевна

Аспирант

Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия
E-mail: angelinakiseleva@icloud.com

Актуальность проблемы. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является наиболее распространенной причиной смерти, нарушения качества жизни.

Цели и задачи исследования: изучить и оценить эмоционально-волевые нарушения и качество жизни у пациентов в отдаленном периоде ЗЧМТ.

Материалы и методы: Обследование проводилось 25 мужчинам в отдаленном периоде ЗЧМТ в возрасте от 22 до 62 лет (41,2±9,8 год). При первичном осмотре учитывались жалобы, анамнез, применялись госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессии А.Т. Бека, ночного сна (А.М. Вейн), исследование вегетативного тонуса по индексу Кердо.

Результаты: В ходе оценки жалоб у 20 исследуемых (80%) отмечалось нарушение сна, из которых у 9 (45%) в виде тревожных сновидений, у 11 (44%) нарушения сна развилось спустя 1 год, а у 9 (36%) спустя 5 месяц после получения травмы.

Параметры ночного сна с использованием анкеты А.М. Вейна показали, что 8 (32%) исследуемых продемонстрировали хорошее качество, у 7 участников (28%) имелись пограничные нарушения, такие как периодические пробуждения или трудности с засыпанием. Однако у 10 (40%) пациентов имелись выраженные нарушения сна.

Характерным симптомом для 15 (60%) участников была головная боль, которая локализовалась в теменной области, с иррадиацией в затылочную область. Она у 9 (36%) пациентов носила диффузный характер по типу головной боли напряжения, у 2 (8%) отмечалась цервикогенная головная боль и у 4 (16%) одностороння боль в теменной области, усиливающаяся в вечернее время. Уменьшение головной боли происходило после приема контрастного душа у 4 (16%) исследуемых, после чашки кофе у 1 (4%), после прогулки у 5 (20%) исследуемых и проходила самостоятельно у 5 (20%) участников. Так же 6 (24%) исследуемых отмечали головокружение. У 5 (20%) пациентов оно носило несистемный характер, сопровождающееся неустойчивостью, пошатыванием при ходьбе, у 1 (4%) головокружение носило системный характер.

При вычисления индекса Кердо, у 19 (76%) пациентов наблюдалась эйтония, у 1 (4%) исследуемого парасимпатикотония и у 5 (20%) - симпатикотония. Результаты госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) показали, что у 16 (64%) исследуемых не было выявлено клинически выраженной тревоги и депрессии. В то же время 4 (16%) участника продемонстрировали субклинически выраженную тревогу, а у 5 (20%) пациентов была выявлена клинически выраженная тревога. У 6 участников (24%) наблюдалась субклинически выраженная депрессия, без достижения клинического уровня, а у 3 пациентов (12%) выявлена клинически выраженная депрессия.

Шкала SF-36 группируется в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Психический компонент: хорошее качество жизни показали 3 (12%) человека, плохое качество жизни - 22 (88%) человека. Физический компонент: хорошее качество - 11 (44%) человек, плохое качество - 14 (56%) человек.

Результаты шкалы астенического состояния показали, что у 17 (68%) исследуемых была выявлена общая астения. По результатам теста MFI-20 когнитивная (психическая) астения диагностирована у 56 % обследуемых.

Заключение: результаты нашего исследования указывают на наличие у обследуемых в отдаленном периоде ЗЧМТ сочетание легкой степени астении и эмоционально-волевых расстройств. Выявлен низкий уровень качества жизни по психическому компоненту, но средний показатель физического компонента уровня жизни.