

О.С.Зайцев

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ



Москва
«МЕДпресс-информ»
2011

УДК 616.892-02:616.831-001

ББК 56.14

3-17

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Зайцев О.С.

3-17

Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О.С.Зайцев – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 336 с. : ил.
ISBN 978-5-98322-699-9

Монография посвящена проблеме, становящейся все более актуальной в последние годы – психическим нарушениям после тяжелых травматических повреждений мозга. В ней обобщен более чем 20-летний опыт психиатрического изучения пациентов, проходивших лечение в нейротравматологической клинике. Представлен оригинальный подход к оценке дефицитарных и продуктивных психических нарушений. Выделены и описаны четыре основных уровня психопатологической симптоматики, соответствующие им исходы травмы. Показано значение возникновения различных психопатологических феноменов для дальнейшего восстановления психической деятельности. Рассмотрена роль клинических, индивидуальных и лечебных факторов в возникновении и редукции широкого спектра психических расстройств от момента выхода из комы до периода отдаленных последствий черепно-мозговой травмы.

Подробно описаны психические нарушения, обнаруживающиеся при различных видах травматического повреждения мозга – очаговых и диффузных поражениях, огнестрельных ранениях, а также при посттравматических абсцессах, гидроцефалии и других осложнениях и последствиях черепно-мозговой травмы. Специальное внимание уделено особенностям психопатологии тяжелой травмы мозга в различных возрастных периодах, у правшей и левшей. Представлены основные подходы к психиатрической реабилитации в посткоматозном периоде – психостимулотеерапии и фармакологической коррекции психических расстройств.

Для психиатров, неврологов, нейрохирургов, нейропсихологов и специалистов смежных областей медицины.

УДК 616.892-02:616.831-001

ББК 56.14

ISBN 978-5-98322-699-9

© Зайцев О.С., 2011

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	8
Глава 1. Основные подходы к изучению психических нарушений после тяжелой черепно-мозговой травмы	10
1.1. Общеклинические представления (по данным научной литературы)	10
1.2. Контингенты пострадавших	42
1.3. Методы исследования	49
Глава 2. Варианты психопатологической картины тяжелой черепно-мозговой травмы	55
2.1. Синдромы угнетенного сознания	55
Клинические проявления	56
Состояния после выхода из комы	57
Динамика синдромов угнетенного сознания	59
Клиническое наблюдение 1	61
Клиническое наблюдение 2	68
Клиническое наблюдение 3	75
2.2. Синдромы дезинтегрированного сознания (О.С.Зайцев, С.В.Ураков)	85
Клинические проявления	85
Виды спутанности сознания	86
Синдромы, переходные между нарушенным и ясным сознанием	87
Динамика синдромов дезинтегрированного сознания	89
Клиническое наблюдение 4	91
Клиническое наблюдение 5	95
Клиническое наблюдение 6	106
2.3. Когнитивные и эмоционально-волевые расстройства	116
Клинические проявления	116
Виды когнитивных нарушений	116
Виды эмоционально-волевых расстройств	117
Динамика когнитивных и эмоционально-волевых расстройств	119
Клиническое наблюдение 7	123
Клиническое наблюдение 8	127
Клиническое наблюдение 9	133
2.4. Пограничные психические нарушения	143
Клинические проявления	143
Виды пограничных эмоционально-личностных нарушений	143
Виды неврозоподобных нарушений	145

Динамика пограничных психических нарушений	146
Клиническое наблюдение 10	148
Клиническое наблюдение 11	156
2.5. Восстановление преморбидного психического состояния	169
Клиническое наблюдение 12	171
2.6. Обобщенная характеристика уровней психических нарушений	182
2.6.1. Нейрофизиологическое обоснование (<u>О.М.Гриндель</u> , <i>Е.В.Шарова, О.С.Зайцев, Н.В.Романова</i>)	185
2.6.2. Социальные показатели исходов	194
2.6.3. Психопатологические признаки, коррелирующие с исходами	200
Выводы	205
Глава 3. Факторы, определяющие психопатологию тяжелой черепно-мозговой травмы	211
3.1. Характеристики черепно-мозговой травмы	211
3.1.1. Вид повреждения головного мозга	216
3.1.1.1. Диффузные и очаговые повреждения головного мозга	218
3.1.1.2. Интракраниальные гематомы и очаговые ушибы головного мозга	220
3.1.1.3. Черепно-мозговая травма и огнестрельные черепно-мозговые ранения (<i>О.С.Зайцев, А.А.Потапов,</i> <i>Г.Г.Шагинян</i>)	221
3.1.2. Локализация повреждения головного мозга	226
3.1.2.1. Уровень преимущественного поражения головного мозга (<u>Н.Н.Брагина</u> , <i>А.А.Потапов,</i> <i>О.С.Зайцев, Н.Е.Захарова, Е.В.Шарова,</i> <i>Т.М.Котельникова, О.И.Соболева</i>)	226
3.1.2.2. Сторона преимущественного поражения головного мозга	236
3.1.2.3. Внутрислоушарная локализация поражения головного мозга	238
3.1.2.3.1. Поражение лобной доли	239
3.1.2.3.2. Поражение височной доли	240
3.1.2.3.3. Поражение теменной доли	242
3.1.2.3.4. Поражение затылочной доли	243
3.1.2.3.5. Поражение передних и задних отделов полушарий	244
3.1.2.3.6. Поражение базальных отделов полушарий	244
3.1.2.4. Одно- и двуполушарные очаговые изменения	245
3.1.3. Последствия и осложнения черепно-мозговой травмы (<i>О.С.Зайцев, А.А.Потапов, А.Д.Кравчук</i>)	246
3.1.3.1. Тканевые последствия	246
3.1.3.1.1. Атрофия головного мозга	247
3.1.3.1.2. Оболочечно-мозговые рубцовые изменения	248
3.1.3.1.3. Дефекты черепа	250

3.1.3.2. Ликвородинамические последствия	251
3.1.3.2.1. Гидроцефалия	251
3.1.3.2.2. Ликворея	253
3.1.3.3. Черепно-мозговые воспалительные осложнения	254
3.1.3.3.1. Интракраниальные воспалительные осложнения	254
3.1.3.3.2. Абсцессы головного мозга	255
3.1.3.4. Внечерепные осложнения травмы	257
3.2. Индивидуальные особенности пострадавших (<i>О.С.Зайцев, Т.А.Доброхотова</i>)	259
3.2.1. Возраст	259
Крайние возрастные периоды	261
3.2.2. Левшество	263
3.2.3. Преморбидная психопатология	266
Клиническое наблюдение 13	266
3.3. Фактор лечения	273
3.3.1. Общие условия оказания медицинской помощи	273
3.3.2. Нейрохирургическое лечение (<i>А.А.Потанов, А.Д.Кравчук, О.С.Зайцев</i>)	275
Сравнение групп больных, получавших различные виды лечения	275
Исходы травмы в зависимости от объема интракраниальных гематом и вида лечения	278
Оперативные вмешательства по поводу различных последствий и осложнений ЧМТ	278
3.3.3. Психостимулотерапия (<i>О.С.Зайцев, Т.А.Доброхотова, Е.В.Шарова</i>)	282
Сравнение групп пострадавших, получавших психостимулотерапию и лечившихся традиционно	288
Клиническое наблюдение 14	290
Клиническое наблюдение 15	291
3.3.4. Психофармакотерапия	293
3.3.4.1. Нейролептики	294
3.3.4.2. Антидепрессанты	296
3.3.4.3. Транквилизаторы	298
3.3.4.4. Антikonвульсанты	301
3.3.4.5. Нейрометаболические средства	304
3.3.4.6. Эффективная психофармакотерапия на различных уровнях психических нарушений	307
Выводы	309
Заключение	319
Литература	322

ВВЕДЕНИЕ

Одним из главных факторов, определяющих дезадаптацию пострадавших после тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ), являются психические нарушения (Jennett B. et al., 1981; Violon A., De Mol J., 1987; Доброхотова Т.А., Насруллаев Ф.С., 1990; Лихтерман Л.Б. и др., 1993; Arciniegas D.B., Beresford T.P., 2001), не позволяющие многим больным вернуться к прежней трудовой и социальной деятельности, а некоторым – существовать без постоянного ухода и надзора со стороны окружающих.

Необходимость исследования психопатологии тяжелой ЧМТ на современном этапе обусловлена расширением возможностей реаниматологии и нейрохирургии, разработкой новых дифференцированных подходов к диагностике и лечению (Потапов А.А. 1989, Сарибекян А.С., 1992; Лихтерман Л.Б. и др., 1993; Гайтур Е.И., 1999, Амчеславский В.Г., 2002). Их внедрение определило рост числа пострадавших, выживающих после тяжелых, ранее считавшихся несовместимыми с жизнью травм головного мозга, а также тенденцию к удлинению переживаемой больными посттравматической комы (Доброхотова Т.А. и др., 1985, 1992; Jennett B., 1993). Появился новый контингент больных с замедленным и неполным восстановлением психической деятельности.

В центре внимания нейропсихиатров и других специалистов нейротравматологической клиники все чаще оказываются пострадавшие с затяжными, малообратимыми психопатологическими состояниями, требующими разработки:

- адекватной системы оценки;
- прогноза дальнейшего восстановления психической деятельности;
- эффективных методов лечения.

Также, по эпидемиологическим данным, среди перенесших ЧМТ достоверно чаще, чем в популяции, выявляют различные психические расстройства, в частности с тревожной и депрессивной симптоматикой, а также с агрессией (Deb S. et al., 1999; van Reekum R. et al., 2000; Koponen S. et al., 2002; Tateno A. et al., 2003).

Особо остро стоит проблема восстановления психической деятельности у больных, перенесших длительное бессознательное состояние (Higashi K. et al., 1981; Levin H.S. et al., 1991; Andrews K., 1993; Giacino J.T., Zasler N.D., 1995). Публикуется много работ о возможных подходах к реабилитации таких пострадавших с использованием электрической (Kanno T. et al., 1989; Tsubokawa T. et al., 1990; Tsubokawa T., 1996; Шарова Е.В. и др., 2001) или магнитной (Pape T.L. et al., 2006), сенсорной (Wilson S.L., McMillan T.M., 1993) стимуляции, лекарственного лечения (Goldstein L.B., 1993; Lux W.E., 1996; Arciniegas D.B. et al., 2000), трансплантации мезенхимальных стволовых клеток (Amar A.P. et al., 2003). Доказательство эффективности и внедре-

ние любого из этих методов должно быть основано на изучении закономерностей восстановления психической деятельности, что требует обязательного участия психиатров в подобных исследованиях.

Эффективность психопатологического метода для диагностики функционального состояния мозга, прогнозирования исходов и разработки новых подходов к реабилитации больных была доказана в многочисленных психиатрических исследованиях пациентов с тяжелой ЧМТ и ее последствиями (Гиляровский В.А., 1944, 1946; Гуревич М.О., 1948; Шмарьян А.С., 1948; Faust С., 1972; Калинер С.С., 1967, 1974; Семенова-Тян-Шанская М.В., 1975, 1978; Сперанская О.И., 1983; Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., 1998, 1999; Доброхотова Т.А. и др., 2002).

Необходимо расширение данных исследований на новом, современном этапе развития нейротравматологии, с учетом новейших достижений нейрохирургического и нейрореанимационного комплекса. В частности, целесообразна проверка внедряемых стандартов оказания медицинской помощи (Maas A.I.R., 2000; Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Гаврилов А.Г., 2003) – ведения пострадавших и прогнозирования клинического и социального исхода тяжелой ЧМТ.

В настоящей монографии представлена попытка разработки системы оценки и прогнозирования психического состояния пострадавших с тяжелой ЧМТ, с учетом общих закономерностей формирования и динамики посткоматозных психопатологических синдромов.

Выделены и описаны психопатологические варианты:

- посткоматозных состояний сознания;
- динамики психических нарушений;
- ближайшего и отдаленного исхода травмы.

Определены благоприятные и неблагоприятные психопатологические признаки, коррелирующие с исходом, а также факторы, влияющие на темп и качество восстановления психической деятельности после тяжелой ЧМТ, выявленные путем сопоставления групп пострадавших с разными характеристиками травмы (клиническими проявлениями и локализацией повреждения головного мозга) и ее последствиями, индивидуальными особенностями больных (возрастом, наличием признаков левшества, преморбидной патологии), видами лечения.

ГЛАВА 1. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

1.1. Общеклинические представления (по данным научной литературы)

Изучение психопатологии при ЧМТ имеет давнюю историю. Еще в 1861 г. немецкий психиатр W.Griesinger определял травматический психоз как «промежуточное состояние между бессознательным состоянием и ясностью сознания», а возникновение продуктивных нарушений объяснял диссоциацией – «различным по времени оживлением функций отдельных центров мозга». J.H.Jackson в 1884 г. усматривал природу возникающих при поражениях головного мозга психических нарушений в «диссолюциях как диффузного, так и очагового характера», а продуктивную симптоматику считал «выражением активности нервных элементов низших уровней эволюции, не затронутых патологическим процессом».

Если в начале изучения психопатологии основное внимание исследователей уделялось психозам, то в дальнейшем (особенно при анализе ЧМТ, полученных в периоды Первой и Второй мировых войн) психиатры стали изучать посттравматические дефекты и непсихотические последствия травм, а также пароксизмальные психические нарушения.

В большом числе современных исследований, посвященных тяжелой ЧМТ, совершенствуются подходы к ее оценке, определению прогностически значимых факторов, разрабатываются стандарты диагностики и лечения, ведется поиск эффективной реабилитации пострадавших.

Изучение психических нарушений у пострадавших в остром периоде тяжелой ЧМТ (Лобова Л.П. и др., 1969; Семенова-Тян-Шанская М.В., 1975; Сперанская О.И., 1983; Голодец Р.Г. и др., 1984) и в периоде восстановления психической деятельности после нее (Васин Н.Я. и др., 1978; Keshaven M.S. et al., 1981; Кутько И.И., Павлов А.Ю., 1986; Филин Г.А., 1989; Шкловский В.М., 1995) зачастую не поспевает за развитием нейротравматологии и в результате недостаточно полно отражает современные тенденции.

Нейропсихологические исследования пострадавших с тяжелой ЧМТ чаще касаются очаговых повреждений головного мозга (Зейгарник Б.В., 1949; Цветкова Л.С., 1972; Копаева Н.А., 1981; Лурия А.Р., 1984; Гребенникова Н.В., 1985), основное внимание уделяется восстановлению не психической деятельности в целом, а отдельных психических процессов – пре-

имущественно речи (Лурия А.Р., 1947, 1949; Винарская Е.Н. и др., 1969; Копеева Н.А., 1981; Цветкова Л.С., 1985) и памяти (Акбарова Н.И., 1971; Арсенина Н.В. и др., 1978; Violon A. et al., 1978; Кроткова О.А., 1982; Vilkki J. et al., 1988); крайне редко проводится сопоставление выявленных нарушений и показателей социальной адаптации.

Нейротравматологи других специальностей (нейрохирурги, неврологи, реабилитологи), отмечая высокую частоту психических нарушений у больных, перенесших тяжелую ЧМТ, ориентируются на восстановление трудоспособности и самообслуживания (Арбатская Ю.Д., 1975; Миронов Г.И., 1976; Гиткина Л.С. и др., 1992; Andrews K., 1993) и регресс неврологических (двигательных и чувствительных) дефектов (Боголепов Н.К., 1957; Шлыков А.А. и др., 1963; Найдин В.Л., 1972; Щербакова Е.Я. и др., 1974; Grochowski W. et al., 1974; Александрова З.Н. и др., 1978; Мамадалиев А.М., 1988). Ретроспективный анализ таких работ свидетельствует о тенденции к удлинению коматозных состояний после тяжелой ЧМТ (Jennett B., 1980, 1993; Доброхотова Т.А., 1986; Зайцев О.С., 1993; Доброхотова Т.А. и др., 1994) и увеличению вероятности положительной динамики после длительного отсутствия психической деятельности. Если раньше в публикациях встречались сообщения лишь о единичных случаях восстановления психических функций после длительной комы (Шпизель Р.С., 1960; May P.G. et al., 1968; Najenson T. et al., 1978; Tanhehco J., Kaplan P.E., 1982; Arts V.F.M. et al., 1985), то за последние десятилетия появились работы с обобщением более многочисленных наблюдений (Bricolo A. et al., 1980; Kriel R.L. et al., 1988; Nadstawek J. et al., 1991; Зайцев О.С., 1993; Andrews K., 1993).

Ранее проведенные психиатрические исследования пострадавших с тяжелой ЧМТ и ее последствиями (Гиляровский В.А., 1944, 1946; Повицкая Р.С., 1947; Гуревич М.О., 1948; Шмарьян А.С., 1948; Калинин С.С., 1967, 1974; Лобова Л.П. и др., 1969; Тищенко А.Т., 1974; Семенова-Тян-Шанская М.В., 1975, 1978; Сперанская О.И., 1983; Голодец Р.Г. и др., 1984; Голодец Р.Г., Каплан А.А., 1989) показали эффективность психопатологического метода для улучшения диагностики, прогнозирования и разработки новых подходов к реабилитации больных. Необходимо продолжение данных исследований на современном этапе развития нейротравматологической науки.

Задачи психиатрических клинических исследований в нейротравматологической клинике особенно актуальны, так как вся система оказания медицинской помощи (хирургическое вмешательство, интенсивная терапия в остром периоде и последующие лечебные и оздоровительные мероприятия) может считаться успешной лишь при полном восстановлении психической деятельности, обеспечивающем полноценную социальную активность больного, возвращение его к труду, учебе, общественно полезной деятельности (Доброхотова Т.А. и др., 1992). Однако у многих пострадавших по истечении дней, недель и даже месяцев после тяжелой ЧМТ восстанавливаются лишь элементарные психические акты (Мяги М.Я., 1969; Доброхотова Т.А. и др., 1985; Зайцев О.С. и др., 1993), в ходе последующего восстановления психической деятельности обнаруживается сложная психопатологическая картина

дефицитарных и продуктивных психических нарушений (Zaitsev O., 1996), зависящая от локализации преимущественного повреждения головного мозга, общемозговых и соматических реакций (Вяземский Н.М., 1964).

Из-за затянутого восстановления психической деятельности у больных с тяжелой ЧМТ весьма затруднительно применение представлений о периодизации течения травмы с выделением острого, промежуточного и отдаленного периодов (Лихтерман Л.Б., 1990) или, по психиатрическим квалификациям, начальной, острой, поздней и резидуальной стадий (Гуревич М.О., 1948), периодов нарушения сознания, «выхода» и «исхода» (Семенова-Тян-Шанская М.В., 1978).

Еще одна особенность психопатологии тяжелой ЧМТ – ее зависимость от своевременности и адекватности оказанной экстренной (нейрохирургической и реанимационной) помощи. Расширение возможностей сохранения жизни больным, ранее считавшимся безнадежными, появление дифференцированных подходов к диагностике и лечению (Потапов А.А., 1989; Лихтерман Л.Б. и др., 1993; Карахан В.Б., 2001), разработка и внедрение новых стандартов ведения пострадавших (Гайтур Е.И., 1999; Амчеславский В.Г., 2002; Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Гаврилов А.Г., 2003) предполагают видоизменение и психопатологической симптоматики (Сперанская О.И., 1983) – нарастание тяжести дефицитарных расстройств (выживают больные со все более тяжелым повреждением мозга), тенденция к затяжному течению нарушений сознания, увеличение числа пациентов с грубыми когнитивными и эмоционально-волевыми расстройствами.

В современной научной литературе пока не существует единого патогенетически обоснованного подхода к квалификации и классификации психопатологической симптоматики, возникшей в результате тяжелой ЧМТ. При использовании для ее оценки существующих подходов, разработанных для ЧМТ без учета степени тяжести (Калинер С.С., 1967; Семенова-Тян-Шанская М.В., 1975; Шумский Н.Г., 1983; Погади Й. и др., 1988) или только для закрытых травм черепа и головного мозга (Повицкая Р.С., 1947; Гуревич М.О., 1948; Сперанская О.И., 1983) постоянно возникают труднопреодолимые сложности. Термины «психоорганический» или «мозговой» синдром, «энцефалопатия», «церебрастения» могут быть применены почти ко всем психическим нарушениям, отмечаемым при тяжелой ЧМТ. Именно поэтому их использование вряд ли целесообразно. Возможность использования других понятий – «помрачение» или «спутанность» сознания, «психопатоподобный синдром» – требует уточнений. Из-за растянутости восстановления сознания во времени приходится вести поиск терминов, адекватных для обозначения вариантов посткоматозных бессознательных состояний (вегетативное состояние, акинетический мутизм) и стадий их регресса (мутизм с пониманием речи, дезинтеграция речи).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) психические расстройства вследствие тяжелой ЧМТ отнесены к классу V, разделу F0 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства». Посттравматическая деменция должна кодироваться в разделе

F02.8 «Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других рубриках», посттравматический корсаковский синдром – в разделе F04 «Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами», посттравматические делирий и спутанность сознания – в разделе F05 «Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами». Большинство других психических расстройств кодируется в разделе F06 «Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни», среди которых – органический галлюциноз (F06.0), кататоническое расстройство органической природы (F06.1), органическое бредовое расстройство (F06.2), органические (аффективные) расстройства настроения (F06.3), тревожное расстройство органической природы (F06.4), органическое диссоциативное расстройство (F06.5), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) и, наконец, легкое когнитивное расстройство (F06.7). Расстройства личности и поведения размещены в разделе F07, в частности психопатоподобные нарушения (F07.0 «Органическое расстройство личности») и посткоммоционный синдром (F07.2).

В адаптированной для использования в нашей стране и рекомендованной Министерством здравоохранения версии этого раздела МКБ данные о травматическом происхождении того или иного расстройства кодируются последним (четвертым, пятым или шестым) знаком (см. табл. 1.1).

Приведенные в таблице коды явно недостаточны и не всегда адекватны для практической деятельности психиатров, работающих с больными с тяжелой ЧМТ в нейротравматологических отделениях.

В частности, в обсуждаемой рубрификации:

- отсутствуют посткоматозные бессознательные состояния; возможно, они должны кодироваться в другом классе расстройств: S06.7 «Внутричерепная травма с продолжительным коматозным состоянием», однако нейропсихиатры постоянно сталкиваются с этим наиболее тяжелым видом психических расстройств;
- посткоматозная спутанность сознания должна кодироваться в той же рубрике, что и делирий, несмотря на четкое клиническое различие данных психопатологических состояний;
- неоднозначно понятие органического кататонического состояния: ступор и мутизм, чередующиеся с гиперподвижностью, стереотипиями, импульсивными актами, могут наблюдаться на отдельных стадиях выхода из комы, но вряд ли эту совокупность расстройств можно отнести к кататоническим;
- сомнительна квалификация деменции как фона для посттравматического делирия, возникающего при тяжелой ЧМТ на выходе из угнетенного сознания;
- едва ли адекватен термин «посткоммоционный синдром»: все психические нарушения, связанные с диффузным травматическим повреждением головного мозга, можно рассматривать в данной рубрике, однако

Таблица 1.1

**Коды психических расстройств в связи с травмой головного мозга
по адаптированной в России МКБ-10**

F02.8x0	Деменция в связи с травмой головного мозга (5-й знак: 0 – без дополнительных симптомов; 1 – с другими симптомами, преимущественно бредовыми; 2 – с другими симптомами, преимущественно галлюцинаторными; 3 – с другими симптомами, преимущественно депрессивными; 4 – с другими смешанными симптомами)
F04.0	Органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга
F05.x0	Делирий в связи с травмой головного мозга: (4-й знак: 0 – не на фоне деменции; 1 – на фоне деменции; 8 – другой; 9 – неуточненный)
F06.00	Галлюциноз в связи с травмой головного мозга
F06.10	Кататоническое состояние в связи с травмой головного мозга
F06.20	Бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с травмой головного мозга
F06.3x0	Органические расстройства настроения (аффективные) в связи с травмой головного мозга (5-й знак: 0 – психотическое маниакальное; 1 – психотическое биполярное; 2 – психотическое депрессивное; 3 – психотическое смешанное; 4 – гипоманиакальное; 5 – непсихотическое биполярное; 6 – непсихотическое депрессивное; 7 – непсихотическое смешанное)
F06.40	Органическое тревожное расстройство в связи с травмой головного мозга
F06.50	Органическое диссоциативное расстройство в связи с травмой головного мозга
F06.60	Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга
F06.70	Легкое когнитивное расстройство в связи с травмой головного мозга
F06.810	Другие психотические расстройства в связи с травмой головного мозга
F06.820	Другие непсихотические расстройства в связи с травмой головного мозга
F06.910	Неуточненные психотические расстройства в связи с травмой головного мозга
F06.920	Неуточненные непсихотические расстройства в связи с травмой головного мозга
F06.990	Неуточненные психические расстройства в связи с травмой головного мозга
F07.00	Расстройство личности в связи с травмой головного мозга (включая «лобный синдром»)
F07.2	Постконтузионный (посткоммоционный) синдром
F07.80	Другие органические расстройства личности и поведения в связи с травмой головного мозга (включая органическое аффективное расстройство вследствие поражения правого полушария мозга)

– характера пространственно-временной дезорганизации психических процессов;

- длительности (постоянства) выявленных нарушений, в частности тенденции к затяжному (хроническому) течению и пароксизмальности.

Оценка соотношения продуктивных и негативных симптомов, в частности, необходима для более достоверной дифференцировки трех видов нарушения сознания (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С., Алексеева В.С., 1996; Зайцев О.С. и др., 1995; Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., 1998):

- угнетения сознания, представленного негативными симптомами;
- спутанности сознания, при которой преобладают негативные симптомы, но представлены и продуктивные;
- помрачения сознания, характеризующегося преобладанием продуктивных расстройств психики над негативными (рис. 1.1).

Необходимо также отметить определенную закономерность, обнаруживаемую при динамическом анализе психопатологических проявлений при заболеваниях с прогрессивным течением (Морозова Т.Н., 1991): выраженность негативной симптоматики обратно пропорциональна распространенности продуктивной (например, депрессия менее вероятна при усугублении слабоумия). При ЧМТ, характеризующейся регрессивным течением, данная закономерность проявляется возрастом продуктивных расстройств по мере уменьшения негативных.

Анализ структуры клинической картины позволяет дифференцировать сходные синдромы (например, корсаковский и дисмнестический), выделять типичные и атипичные их варианты. Атипичность может проявляться в частичном развитии синдрома или его полиморфизме вследствие присоединения

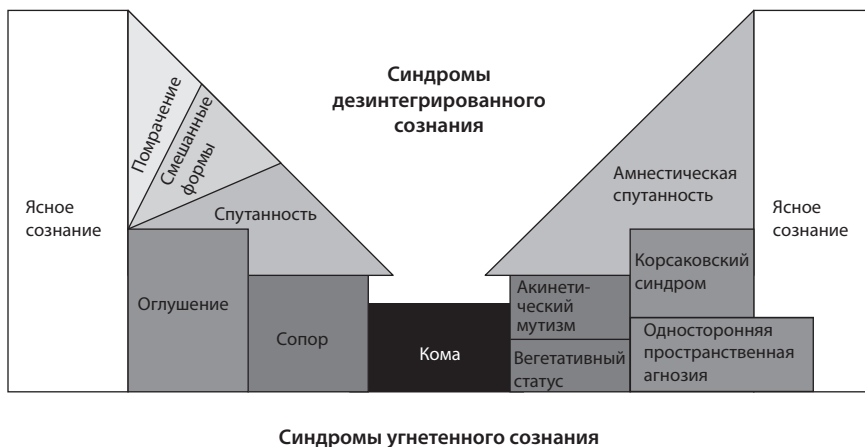


Рис. 1.1. Синдромы нарушения сознания у больных с ЧМТ (Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., 1998).

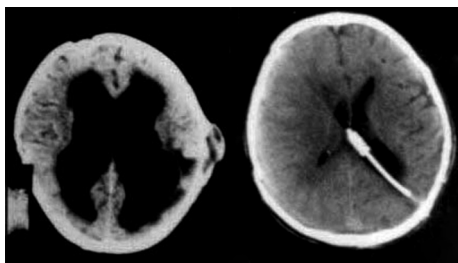


Рис. 3.14. КТ до и после шунтирующей операции по поводу окклюзионной посттравматической гидроцефалии.

Наиболее отчетливым был эффект шунтирующих операций в ряде наблюдений с гидроцефалией (табл. 3.21).

У всех 7 пациентов с окклюзионной формой гидроцефалии (рис. 3.14) симптоматика регрессировала быстро и, как правило, происходил переход на уровень менее тяжелых психических нарушений. У пострадавших с открытой гидроцефалией положительная динамика наступала медленнее и реже (17 (61%) наблюдений).

Положительная динамика в психическом состоянии была более вероятна в группе пострадавших с гидроцефалией, развившейся в ранние сроки (менее 6 мес.) после травмы (14 из 17 пациентов). Она заключалась в переходе на следующую стадию восстановления психической деятельности (см. рис. 3.15). У 5 больных улучшение было отсроченным, а у 4 – проходящим.

В группе из 18 пострадавших с развитием гидроцефалии в более поздние сроки улучшение психического состояния отмечено у 10 больных – у 1 пациента с посткоматозным бессознательным состоянием (появление элементов контакта) и у 9 больных со слабоумием (увеличение общей активности, расширение и упорядочение эмоциональных и поведенческих реакций, некоторое улучшение мышления и памяти). У 2 больных данной группы

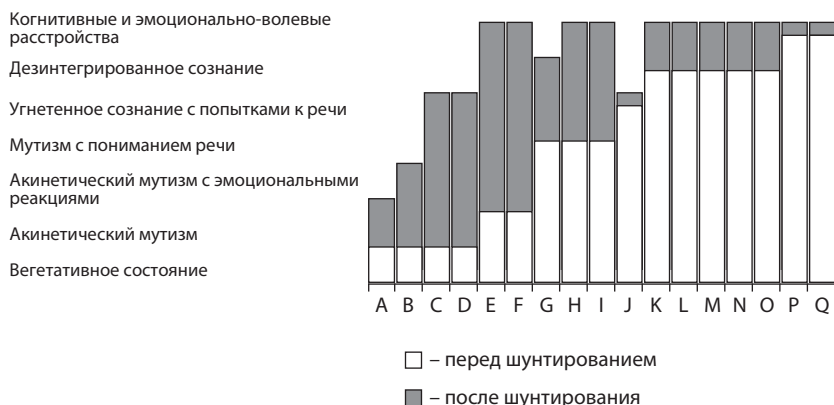


Рис. 3.15. Уровень восстановления психической деятельности в отдельных наблюдениях (A–Q) с развитием гидроцефалии в первые 6 мес. после ЧМТ.

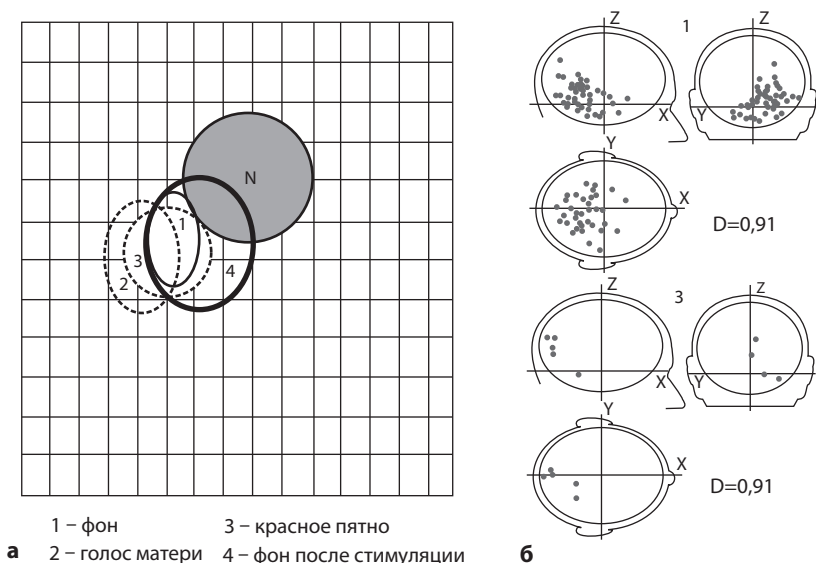


Рис. 3.18. Динамика спектральных характеристик ЭЭГ (а) и локализации эквивалентных источников ее эпилептиформных паттернов (б) под влиянием афферентной стимуляции в наблюдении с обратимым бессознательным состоянием.

На графике а по оси абсцисс – значения средней частоты спектра мощности ЭЭГ, по оси ординат – значения эффективной частотной полосы. Заштрихованная окружность (N) – область значений соответствующих нормативных показателей.

Рис. 3.19. Изменения когерентности ЭЭГ (а – топокарты спектров внутриполушарной когерентности по диапазонам физиологических ритмов), частотных характеристик ее спектра мощности (б), а также топография эквивалентных дипольных источников патологической δ -активности (в) под влиянием афферентных стимулов по типу «концентрации» патологического очага, характерная для хронического посткоматозного бессознательного состояния.

На графике б по оси абсцисс – значения средней частоты спектра мощности ЭЭГ, по оси ординат – значения эффективной частотной полосы. Заштрихованная окружность (N) – область значений соответствующих нормативных показателей.

Видно, что под влиянием внешних стимулов спектр мощности ЭЭГ сдвигается в сторону медленных ритмов и уменьшается его вариабельность – происходит «монотонизация» биоэлектрической активности (б). Усиливается синхронизация биопотенциалов лишь в одной корковой области и преимущественно на ограниченных медленных частотах – δ - θ (а). Увеличивается плотность эквивалентных дипольных источников патологических паттернов ЭЭГ (в).

Зайцев Олег Семенович

**ПСИХОПАТОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Редактор: *В.В.Крылов*

Корректор: *О.В.Воронцова*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, А.Ю.Кишканов*

ISBN 978-5-98322-699-9



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.

Подписано в печать 08.11.10. Формат 60×90/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 21,00

Гарнитура Таймс. Тираж 1300 экз. Заказ №2439

Издательство «МЕДпресс-информ».

119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3

E-mail: office@med-press.ru

www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов

в ОАО «Типография «Новости»

105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46