

О.С.Зайцев

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

2-е издание, исправленное



Москва
«МЕДпресс-информ»
2014

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.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Зайцев О.С.

3-17 Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О.С.Зайцев. – 2-е изд., испр. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 336 с. : ил.
ISBN 978-5-98322-792-7

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, прошедших 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 правой и левой. Представлены основные подходы к психиатрической реабилитации в посткоматозном периоде – психостимултерапии 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 978-5-98322-792-7

© Зайцев О.С., 2014
© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2014

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 (<i>О.С.Зайцев, С.В.Ураков</i>)	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 (<i>О.М.Гриנדель, 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, Г.Г.Шагинян</i>)	221
3.1.2. Локализация повреждения головного мозга	226
3.1.2.1. Уровень преимущественного поражения головного мозга (<i>Н.Н.Брагина, А.А.Потапов, О.С.Зайцев, Н.Е.Захарова, Е.В.Шарова, 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.Потапов, 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 V. 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 V., 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; Koronen 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; Копалева 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; Копалева 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 В., 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; Tanheho 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

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)

Таблица 1.1 (окончание)

F07.90	Неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с травмой головного мозга
F1x.01x	Острая интоксикация с травмой или другим телесным повреждением
F7x.x2	Умственная отсталость различной степени (3-й знак: от 0 при легкой до 3 при глубокой) с отсутствием (4-й знак – 0) или наличием (4-й знак – 1) нарушений поведения, обусловленная предшествующей травмой или физическим агентом

в разъяснениях к соответствующему коду перечисляется в основном лишь неврозоподобная симптоматика (головная боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, трудность сосредоточения, амнезия, бессонница, сопровождаемые депрессией, тревожностью и ипохондричностью);

- неудачно включение в рамки «органического расстройства личности» наряду с феноменологическими терминами таких локально-диагностических оценок, как «лобный синдром» и «правополушарные аффективные расстройства»; вряд ли целесообразно такое строгое соотнесение психопатологии с определенными областями головного мозга, учитывая вероятность возникновения сходных с лобными нарушений при поражении других мозговых структур, а также сходных с «правополушарными» проявлений очагового поражения левого полушария при наличии у больного признаков левшества;
- многие сложные нейропсихиатрические синдромы, такие как односторонняя пространственная агнозия, психические расстройства у больных с афазиями или апраксиями должны квалифицироваться в разделе F06.820 «Другие органические расстройства личности и поведения»;
- за рамками раздела остаются пароксизмальные психопатологические проявления посттравматического эпилептического синдрома (они рассматриваются в другом классе расстройств под шифром G40).

Сходные недостатки присущи используемой в США классификации DSM-IV. В ней выделяют следующие расстройства, обусловленные травмой головы: делирий (под шифром 293.0), деменция (294.1), амнестическое расстройство (294.0 при длительности до месяца рассматриваемое как транзиторное, свыше – хроническое), кататоническое расстройство (293.89), изменения личности (310.1 с различием лабильного, расторможенного, агрессивного, апатичного, параноидного, другого, смешанного и неуточненного вариантов).

В американских руководствах по психиатрии (Kaplan H.I., Sadock B.J., 1996) психопатологические проявления ЧМТ делят на острые (амнезия, агитация, аутизм, острый психоз, делирий) и хронические (амнезия, хронический психоз, расстройство настроения, изменения личности, деменция).

В аналогичных отечественных психиатрических руководствах до последнего времени в качестве основного классификационного признака использовались представления о периодизации ЧМТ с выделением начального,

– 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 возрастанием 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

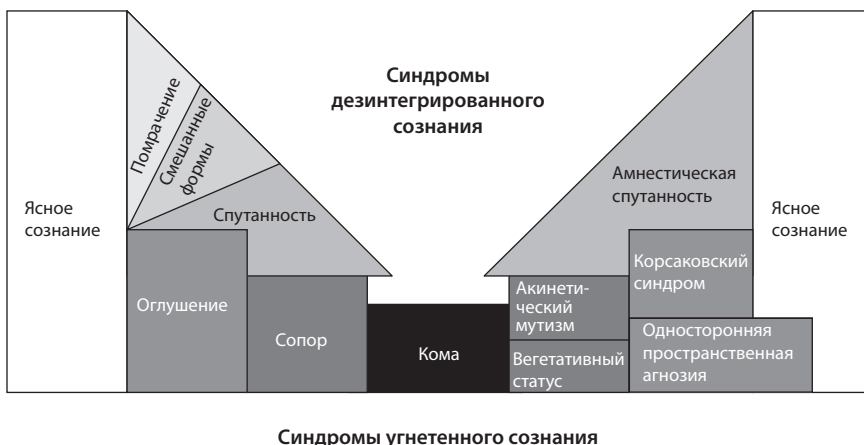


Рис. 1.1. Синдромы нарушения сознания у больных с ЧМТ (Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., 1998).

Таблица 1.4

Распределение изученных наблюдений по возрасту

Возраст получения травмы	Число (и процент) наблюдений					Итого
	Основная группа:	Дополнительные группы				
	тяжелая ЧМТ	1 огне- стрельные ранения	2 гидроце- фалия	3 абсцессы	4 ЧМТ, крайние возрастные периоды	
До 14 лет (детский)	21 (13%)	6 (9%)	10 (28%)	1 (4%)	71 (81%)	109 (29%)
15–29 лет (молодой)	71 (43%)	31 (46%)	14 (40%)	11 (46%)	0	127 (33%)
30–44 лет (младший средний)	40 (24%)	22 (33%)	8 (23%)	8 (34%)	0	78 (21%)
45–59 лет (старший средний)	27 (17%)	6 (9%)	2 (6%)	2 (8%)	0	37 (10%)
60–74 (пожилой)	3 (2%)	2 (3%)	1 (3%)	2 (8%)	16 (18%)	24 (6%)
75 лет и старше (старческий)	1 (1%)	0	0	0	1 (1%)	2 (1%)
Всего	163 (100%)	67 (100%)	35 (100%)	24 (100%)	88 (100%)	377 (100%)

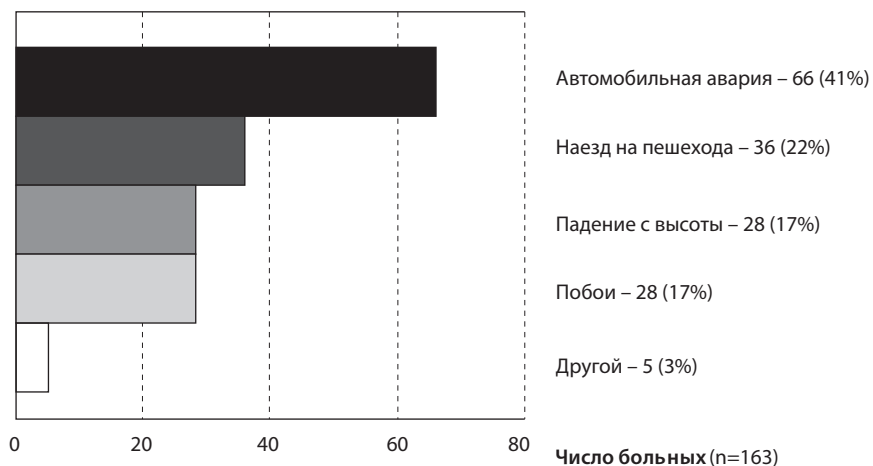


Рис. 1.2. Распределение больных основной группы по виду травматизма.

Таблица 1.8

**Клинические и социальные градации исходов ЧМТ после длительной комы
(Зайцев О.С., 1993; Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., 1999)**

Клинические синдромы	Социальные показатели
1. Отсутствие нарушений	I. Прежний объем работы по специальности без утомляемости, преморбидный уровень общения
2. Стойкий неврозоподобный синдром	II. Прежний объем работы по специальности с утомляемостью, некоторое ограничение общения
3. Эмоционально-личностный дефект	III. Сниженный объем работы по специальности, заметное снижение круга общения
4. Умеренный познавательный дефект	IV. Работа не по специальности, облегченный труд, затруднения взаимодействия с коллективом
5. Слабоумие с ориентировкой	V. Ведение хозяйства, работа в специально созданных условиях, бедность внесемейных контактов
6. Слабоумие с дезориентировкой	VI. Полное самообслуживание, помощь по хозяйству, контакты ограничены семьей
7. Слабоумие с распадом речи	VII. Самообслуживание при легкой опеке без помощи по хозяйству, затруднение общения в семье
8. Вегетативный статус	VIII. Частичное самообслуживание, непостоянный посторонний уход, бедный формальный контакт
	IX. Отсутствие самообслуживания, постоянный уход, наличие лишь элементарного контакта
	X. Невозможность существования без постоянного ухода, полное отсутствие контакта

ГЛАВА 2. ВАРИАНТЫ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Квалификация и систематизация психических нарушений в значительной степени затруднялась их многообразием, отмеченным у всех пострадавших с тяжелой ЧМТ, отсутствием классификационных построений, специально приспособленных для них, малым числом конкретных подробных описаний отдельных психопатологических феноменов в специальной литературе.

Это потребовало разработки нового клинико-психопатологического подхода к оценке психических нарушений. При этом основной задачей было сделать данный подход универсальным, т.е. подходящим для всех периодов травмы – от острых проявлений до отдаленных исходов – и охватывающим весь спектр нарушений психической деятельности у больных с тяжелой ЧМТ.

Определение выраженности дефицитарной психопатологической симптоматики стало первым и ведущим принципом разрабатываемого подхода. Именно он был положен в основу выделения четырех уровней психических расстройств. Выяснение психопатологической структуры, соотношения продуктивных и негативных нарушений, характерных синдромов явилось вторым принципом оценки, позволяющим различать отдельные варианты клинической картины на каждом из уровней психических расстройств. Установление длительности выявленных нарушений стало третьим не менее важным признаком, позволяющим выделить варианты течения на каждом из уровней симптоматики, а также выявить пароксизмальные психические нарушения.

Приводимые в данной главе статистические данные (доля больных с различными вариантами, средние длительности этапов и отдельных синдромов) получены при анализе основной группы из 163 пострадавших с тяжелой ЧМТ.

2.1. Синдромы угнетенного сознания

Отмечены у всех больных как характерный компонент клинической картины остро периода тяжелой ЧМТ.

Критерии диагностики синдромов угнетения сознания – снижение всех проявлений психической деятельности, угасание (вплоть до исчезновения) реакций на внешние раздражители, ослабление или невозможность пробуждения (бодрствования).

Клинические проявления

Основные обнаруженные у больных клинические варианты угнетенного сознания представлены в виде градаций (табл. 2.1).

В первые часы, дни после травмы клиническая картина соответствовала одному из начальных синдромов угнетения сознания – коме (умеренной или глубокой), сопору или оглушению (умеренному или глубокому). В дальнейшем в наблюдениях с изначалью менее глубоким угнетением сознания (бо-

Таблица 2.1

Синдромы угнетения сознания: кома и посткоматозные состояния, их клинические характеристики и оценка по шкале комы Глазго

Синдромы	Клиническая характеристика	Баллы ШКГ
Кома (любой глубины)	Отсутствие признаков психической жизни; неразбудимость; невозможность открывания глаз даже в ответ на сильные раздражения; после выхода – полная конградная амнезия	$G1+P1+D1-5=$ $=3-7$
Посткоматозные бессознательные состояния		
Вегетативный статус	Состояние относительной стабилизации витальных функций, начинающееся после комы с первого открывания глаз, возможности бодрствования и завершающееся первой попыткой к фиксации взора, затем и слежения	$G4+P1+D2-4=$ $=7-9$
Акинетический мутизм	Состояние, начинающееся с первой фиксации взора, характеризующееся акинезией и мутизмом при возможности фиксации взора и слежения, завершающееся восстановлением двигательной активности, понимания обращенной речи и собственной речевой деятельностью или выявлением афазии; возможны реакции на близких (акинетический мутизм с эмоциональными реакциями), двигательное возбуждение (гиперкинетический мутизм)	$G4+P1+D3-5=$ $=7-10$
Посткоматозные состояния с крайне ограниченным контактом		
Мутизм без понимания речи	Возможность совершения отдельных произвольных движений при отсутствии выполнения инструкций, попыток к собственной речи; отдельные манипуляции с предметами – спонтанные или при стимуляциях, обращениях (в последнем случае – без соответствия между действиями и содержанием сказанного окружающими)	$G4+P1+D5=10$
Мутизм с пониманием речи	Понимание речи и выполнение инструкций без попыток к артикуляции, произнесению слов; как правило – выраженное снижение (блокада) произвольной двигательной активности; при внешней стимуляции, раздражениях возможны отдельные манипуляции с предметами; по мере регресса – ответы жестами, кивками головы	$G4+P1+D6=11$

Таблица 2.1 (окончание)

Синдромы	Клиническая характеристика	Баллы ШКГ
Посткоматозное состояние с отдельными попытками к речи	Крайняя бедность речевой продукции без возможности ее использования для общения, получения информации, определения степени ориентировки или выявления афазии; попытки к артикуляции, произнесению звуков, слогов – в основном по просьбе окружающих или как реакция на стимуляцию	Г4+Р2–3+Д6= =12–13
Синдромы реинтеграции сознания		
Посткоматозная спутанность сознания	Возможность речевого общения, позволяющего выявить или (при афазии) предположить дезориентировку больного в себе и окружающем – ситуации, лицах, месте, времени; невозможность целенаправленного адекватного поведения, целостного восприятия и запоминания происходящего	Г4+Р4+Д6=14

Примечания. 1. Выделенная серым цветом посткоматозная спутанность сознания выходит за рамки синдромов угнетенного сознания.

2. Приведены соответствующие градации (по ШКГ): Г – открывания глаз; Р – речи; Д – движений; после знака «=» – суммарные баллы.

лее 7 баллов по ШКГ, 37% пострадавших) происходило нарастание тяжести нарушений вплоть до комы (4–7 баллов по ШКГ). Терминальной комы (3 балла по ШКГ) у наблюдаемых пациентов не отмечалось, по-видимому, из-за того, что пострадавшие с летальным исходом не включались в анализ.

В зависимости от появляющихся признаков восстановления психической деятельности состояние пострадавших квалифицировалось как:

- вегетативный статус;
- различные варианты посткоматозного мутизма;
- состояние с отдельными попытками к речи, при котором из-за бедности речевой продукции оказывалось невозможным определение степени ориентировки или выявление афазии.

Состояния после выхода из комы

Выделены три основных варианта состояний после выхода пострадавших из комы.

► Посткоматозные бессознательные состояния

Обнаружены у 59 (36%) пострадавших основной группы. Отличались от комы появлением лишь элементарных признаков восстановления: открывания глаз (вегетативный статус), фиксации взгляда и слежения (акинетический или гиперкинетический мутизм), а в дальнейшем – отдельных эмоциональных реакций на близких (акинетический мутизм с эмоциональными реакциями).

Наступали, как правило, после глубокой комы (4–5 баллов по ШКГ). Предшествующую кому отличала высокая длительность – в среднем $10,9 \pm 1,8$ сут., у 68% пострадавших данной группы она длилась более 6 дней.

Только в наблюдениях с данным вариантом отмечались клинические и нейровизуализационные признаки вовлечения орально-стволовых и подкорково-диэнцефальных отделов. Лишь у 22% пациентов с посткоматозными бессознательными состояниями отмечались наименее глубокие корковый и корково-подкорковый варианты поражения головного мозга. Преимущественно диффузное поражение головного мозга выявлено у 44% пациентов данной группы, артериальная гипотензия в остром периоде ЧМТ – у 54%, гипоксия – у 68%. Средний возраст был ниже, чем в наблюдениях с двумя другими вариантами выхода из комы, – в среднем $24,4 \pm 3,5$ года, детей было 26%.

При благоприятной динамике с больными устанавливался контакт, и их состояние начинало соответствовать синдромам, отмеченным во втором варианте.

► **Посткоматозные состояния с крайне ограниченным контактом**

Выявлены сразу после комы у 104 (51%) больных основной группы:

- **мутизм без понимания речи**, при котором больные в ответ на обращения или спонтанно совершали отдельные произвольные движения, манипуляции без выполнения команд и собственной речи (данный синдром, включая наблюдения, в которых он развился после посткоматозных бессознательных состояний, отмечен у 20% пострадавших основной группы);
- **мутизм с пониманием речи**, характеризующийся выполнением инструкции при отсутствии собственной речевой деятельности (отмечен у 56% пострадавших основной группы: не только сразу после комы, но и после вегетативного статуса и/или акинетического мутизма);
- **посткоматозное состояние с отдельными попытками к речи**, отличающееся возможным произнесением больными ограниченного набора звуков, слогов, простых слов (наблюдалось у 71% пострадавших – как непосредственно после комы, так и в результате регресса посткоматозных бессознательных состояний и мутизма).

Предшествующая кома у больных с выходом из нее в состояния с крайне ограниченным контактом была значительно менее длительной (в среднем $3,3 \pm 0,7$ сут.), чем в наблюдениях с посткоматозными бессознательными состояниями, и только у 27% из группы пациентов с этим вариантом – глубокой (4–5 баллов по ШКТ).

Среди наблюдений с данным вариантом преобладали пациенты с корковым и корково-подкорковым уровнем поражения головного мозга, лишь у 13% пострадавших регистрировались признаки преимущественно подкоркового поражения. Реже, чем при предыдущем варианте, отмечались преимущественно диффузное поражение головного мозга (у 31%), артериальная гипотензия (28%) и гипоксия (у 31%). Средний возраст был выше, чем у пациентов с выходом из комы в бессознательные состояния – в среднем $31,4 \pm 3,1$ года, детей было 11%.

Благоприятная динамика состояния больных с восстановлением возможности отвечать на вопросы, как правило, позволяла выявить основные черты