

А. К. Напреенко — д-р мед. наук, професор, **Н. А. Максименко**
 Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца
 (г. Киев)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

Глобализация развития техногенных производств, интенсификация жизни, возрастающие психогенные нагрузки, ухудшение биосферы приводят во всем мире к росту травматизма [1—3]. Изменения социально-экономических условий в Украине за последние 10 лет привели к достаточно стойкому росту травматизма, вообще, и черепно-мозгового в частности [4].

Несмотря на успешное развитие медицины, число психопатологических последствий травматических поражений головного мозга постоянно увеличивается, что свидетельствует об актуальности исследования подобных болезненных состояний.

Наша практическая работа постоянно подтверждает слова Н. И. Пирогова о том, что нет такой травмы головного мозга, которую можно назвать легкой. И после нетяжелой черепно-мозговой травмы возникает комплекс вегетативно-сосудистых, ликвородинамических и психопатологических изменений [5]. Именно об этом свидетельствует частота нарушений психики пострадавших в различных периодах черепно-мозговой травмы (ЧМТ). У 90—92 % наблюдаются различные психические расстройства, как правило, непсихотические [6].

В основе формирования последствий ЧМТ, как в остром, так и в отдаленном периодах, лежат сложные комплексы многих патологических факторов: мозаичные нарушения общего и регионального мозгового кровообращения, местная реактивность сосудов, образование рубцов, формирование оболочечно-мозговых спаек, кист, атрофии. Все это приводит к изменению корковой регуляции и нарушению адаптации организма в результате недостаточности высших регуляторных вегетативных механизмов [7, 8].

Несмотря на большое число публикаций, посвященных последствиям ЧМТ, многие вопросы указанной проблемы остаются нерешенными. Одним из таких вопросов является недостаточная изученность течения непсихотических психических расстройств в зависимости от ряда факторов, таких как период церебротравматической болезни, преимущественная локализация патологического процесса, наличие хирургического вмешательства, неврологического дефицита, личностные особенности пострадавшего, а также в целом синдромологическая систематизация указанных расстройств.

С целью исследования роли указанных факторов нами было обследовано 110 больных с непсихотическими (неврозоподобными) психическими расстройствами в различные периоды после перенесенной ЧМТ (от 10 дней до 15 лет). Группы пациентов формировались путём случайной выборки и не имели существенных отличий по возрастному и половому признакам. Так, в числе обследуемых оказалось 68 мужчин, что составило 61,8 %, и 42 женщины — 38,2 %, соответственно. Возрастной разброс пациентов составил от 18 до 50 лет. Обследование пациентов производилось на базе нейро-

хирургического отделения Городской клинической больницы экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья, а также 17-го отделения (пограничных состояний) Запорожской областной психиатрической больницы. В исследуемую группу вошли пациенты с перенесенными ЧМТ различных степеней тяжести. По характеру травмы были различными — бытовые, уличные, автотранспортные, производственные.

Социальное положение обследованных: с высшим образованием — 18 (16,3 %) пациентов, со средним и среднеспециальным образованием — 83 (75,5 %), неполное среднее образование было у 9 (8,2 %) пациентов. Таким образом, превалировала группа пациентов со средним и среднеспециальным образованием.

Среди обследованных пациентов работающих было 78 человек (70,9 %), неработающих — 24 (21,8 %), пенсионеров — 8 (7,3 %). Как видно из приведенных данных, рассматриваемая патология затронула, в основном, людей наиболее трудоспособного возраста, в связи с чем данная проблема имеет не только медицинское, но и социальное значение.

В процессе выполняемой работы использовались следующие методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (опросники Шмишека, ЛОБИ); экспресс-диагностика вегетативно-сосудистых расстройств (методика Вейна); неврологическое обследование; инструментальное (Эхо-ЭГ, ЭЭГ, РЭГ, компьютерная или ядерно-магнитно-резонансная томография, краниография, доплеро-сонография). Инструментальные методы исследования применялись индивидуально для каждого пациента с учетом показаний для их проведения, а также с последующей оценкой динамики результатов. Все полученные данные обрабатывались статистически.

По нашим наблюдениям у 51 больного (что составляет 46,4 %) психические нарушения развивались в остром периоде ЧМТ, у 21 пациента — в промежуточном, и у 38 пациентов — в периоде отдаленных последствий, т. е. через год и более от момента травмирования.

В процессе изучения психопатологии у этих больных на фоне физических повреждений была выявлена синдромологическая структура указанных расстройств (табл. 1).

Таблица 1

Психопатологические синдромы у обследуемых пациентов

Синдромы	Абс. к. (n = 110)	%
Астенический	35	31,8
Астено-субдепрессивный	4	3,6
Астено-ипохондрический	3	2,72
Астено-абулический	2	1,8
Астено-апатический	2	1,8

Окончание табл. 1

Синдромы	Абс. к. (n = 110)	%
Ипохондрический	4	3,6
Тревожный	1	0,9
Тревожно-астенический	2	1,8
Тревожно-субдепрессивный	2	1,8
Тревожно-фобический	1	0,9
Истерический	1	0,9
Истерио-ипохондрический	2	1,8
Депрессивно-ипохондрический	3	2,72
Депрессивный	5	4,5
Неврастеноподобный	32	29
Психопатоподобный	8	7,3
Психоорганический	3	2,72

Остановимся на основных синдромах более подробно.

Астенический синдром, выявленный у 46 (41,8%) пациентов, проявлялся состоянием повышенной утомляемости, раздражительности, неустойчивого настроения, сочетающимся с вегетативными симптомами и нарушениями сна. Посттравматическая астения проявлялась сочетанием раздражительности и истощаемости в различных соотношениях. При превалировании истощаемости, вялости и безразличия, что наблюдалось преимущественно в остром периоде травматической болезни головного мозга, уменьшалась способность к физическому и умственному напряжению, преобладало пониженное настроение со снижением побуждений, безразличием, вялостью. Адинамический компонент был выражен тем больше, чем тяжелее астения. Больные жаловались на рассеянность, забывчивость, невозможность сосредоточиться. Состояние пациентов ухудшалось при утомлении, изменениях погоды («метеопатия»), отмечались неблагоприятные вегетативно-сосудистые сопровождения этой симптоматики.

При *неврастеноподобном* синдроме, наблюдавшемся у 32 (29 %) пациентов, на переднем плане раздражительность и истощаемость. Пациенты жаловались на нетерпеливость, несдержанность, утомляемость, чрезмерную чувствительность к внешним раздражителям (шум, яркий свет, стук и т. д.), головные боли, головокружения, нарушения сна. Во время беседы обнаруживалась эмоциональная лабильность, плаксивость, иногда — несдержанность. Выявленные состояния расценивались нами как ослабление психических функций различной степени, что в целом можно отнести к эмоционально-волевым расстройствам. Большая часть этих расстройств наблюдалась у пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ (давность травмы более 1 года). У 3 (7,14 %) пациентов наряду с чрезмерной лабильностью эмоций, слабодушием, обнаруживалось снижение интеллектуальной активности и ухудшение памяти, что может быть расценено как начальные проявления психоорганического синдрома. У 8 пациентов наряду

с несдержанностью, раздражительностью отмечалась неспособность к целенаправленной деятельности, особенно требующей длительного времени, периоды раздражительности сменялись периодами некоторой эйфоричности, изменялись влечения, обнаруживались признаки легкого когнитивного расстройства, т. е. появлялись черты, несвойственные данной личности в преморбиде. Данные проявления расценены нами как психопатоподобный синдром.

Тревожно-астенический синдром был диагностирован у 2 пациентов и проявлялся тремором, немотивированной тревогой. При этом пациенты отмечали ощущения «надвигающейся беды или катастрофы», возникающие периодически и не привязанные к какой-либо ситуации. «Внеприступные» периоды характеризовались астенией, слабостью, вялостью, сонливостью днем и расстройствами сна ночью в виде пресомнических нарушений или же частых пробуждений. У 2 (3,6 %) пациентов тревожный синдром протекал на фоне пониженного настроения, сопровождался мыслями о неизлечимости такого состояния, ощущением безысходности, что было расценено как тревожно-субдепрессивный синдром.

Ипохондрический синдром изолированно диагностировался у 4 (3,6 %) пациентов и характеризовался утрированным беспокойством за свое здоровье, постоянными сомнениями в возможности выздоровления или благоприятного течения заболевания, патологической фиксации на процессе лечения и болезненных переживаниях. Даже отмечая улучшение в результате проводимой терапии, пациенты основной акцент делали на оставшихся болезненных симптомах, а улучшение рассматривали как временное явление. Ипохондрические наслоения не определяли клинической картины заболевания, а лишь придавали ей особый оттенок, сочетаясь с другой симптоматикой: астенической, тревожной, истерической, депрессивной. Эти расстройства не отличались большой стойкостью и исчезали или ослабевали при общем улучшении состояния больных.

Аффективные нарушения диагностировались в 14 случаях (12,7 %). Эти расстройства представлены различным спектром депрессивных нарушений: от субдепрессий до клинически оформленных депрессий. Вариабельность динамики гипотимии, синдромокинез во многом определялся превалированием тех или иных этиологических факторов (собственно ЧМТ, наличия и личной значимости психотравмирующих обстоятельств, предшествующих травме или развившихся вторично, вслед за ней), выраженностью конституционально-типологических и психологических особенностей, а также астенических явлений.

Изучая психогенные расстройства у лиц, перенесших ЧМТ, К. Schneider [9] обнаружил «повышенную депрессивную реактивность, которая возникает как следствие постоянных вазомоторных расстройств, головных болей и головокружений после травмирования. Эта реакция не является непосредственным выражением изменения, обусловленного поражением мозга, но служит выражением появившихся на почве органического поражения ЦНС характерологических особенностей». Такая склонность к депрессивному реагированию, по-видимому, связана с большей

Таблиця 3

Динамика виявлених типів акцентуацій до ЧМТ і в момент першого дослідження

Тип акцентуації	Число випадків (n = 110)	
	до отримання ЧМТ	в момент першого дослідження
Демонстративний	6	2
Педантичний	1	3
Застреваючий	3	8
Возбудимий	18	26
Гипертимічний	18	4
Дистимічний	4	7
Афективно-лабільний	39	46
Тревожний	10	14
Емотивний	1	—
Афективно-екзальтований	1	—
Гармонічні особистості	9	—

сохранностью личности больных, перенесших легкие ЧМТ по сравнению с более тяжелыми травмами. Тревожная субдепрессия (в нашем исследовании выявленная у 2 пациентов) как более целостная, более тонкая, связанная с большей интрапсихической переработкой психотравмирующих влияний, возникла у более сохраненных лиц.

Каждый из указанных факторов по-своему влияет на формирование, структуру, течение и исход непсихотических психических расстройств травматического происхождения. Ввиду сочетания вышеописанных факторов, различной их представленности, наличия поля интерференции в ряде случаев не всегда удавалось четко провести межсиндромальную грань.

Знание клинических вариантов течения указанных расстройств делает возможным адекватно и своевременно подобрать и скорректировать комплекс терапевтических и профилактических мероприятий [10].

В соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра выявленные расстройства у пациентов, перенесших ЧМТ, укладывались в рубрику F 06, F 07. Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство вследствие ЧМТ — F 06.62, органическое депрессивное расстройство вследствие ЧМТ — F 06.32, органическое тревожное расстройство вследствие ЧМТ — F 06.42, органические диссоциативные расстройства вследствие ЧМТ — F 06.52, а также органические расстройства личности вследствие ЧМТ — F 07.8.

Экспериментально-психологическое обследование всех пациентов с целью выявления преморбидных особенностей личности, получившей ЧМТ, проводилось трижды. Вначале опросники заполнялись пациентами ретроспективно, с анализом периода жизни до получения ЧМТ. Второй раз опросники заполнялись пациентами в момент первого исследования. В третий раз экспериментально-психологическое обследование проводилось после проведенного курса лечения, результаты которого будут отражены в нашей следующей статье. Результаты первых двух обследований отражены в таблицах 2 и 3.

Таблиця 2

Типи виявлених преморбидних особливостей пацієнтів, отримавших ЧМТ (по результатам аналізу анкет, заповнених ретроспективно)

Тип акцентуації	Абс. число пацієнтів (n = 110)	%
Демонстративний	6	5,5
Педантичний	1	0,9
Застреваючий	3	2,7
Возбудимий	18	16,4
Гипертимічний	18	16,4
Дистимічний	4	3,6
Афективно-лабільний	39	35,5
Тревожний	10	9
Емотивний	1	0,9
Афективно-екзальтований	1	0,9
Гармонічні особистості	9	8,2

Таким образом, в результате проведенного анализа удалось выяснить, что среди обследуемых пациентов преобладали личности с аффективно-лабильным типом акцентуации (35,5 %), относительно высокий процент (по 16,4 %) составили также пациенты с возбудимыми и гипертимическими чертами характера. На третьем месте по частоте встречаемости в обследуемой группе пациенты с тревожными чертами характера (9 %). Всего 8,2 % пациентов были расценены в преморбиде как гармонические личности.

Как видно из таблицы 3, в результате перенесенной ЧМТ у большего (в сравнении с данными до травмы) числа пациентов обнаружили возбудимые черты характера, дистимические, тревожные, аффективно-лабильные, застревающие, педантические; у меньшего числа — демонстративные, гипертимические; не определились эмотивные, аффективно-экзальтованные. Девять пациентов, которые ретроспективно оценили себя как гармонические личности в преморбиде, обнаружили в момент первого исследования тот или иной тип акцентуации, что свидетельствует о том, что все пациенты, получившие ЧМТ, нуждаются в специализированной психиатрической помощи.

В соответствии с полученными результатами нами был также проведен анализ типа преморбидных особенностей личности и социальных обстоятельств получения ЧМТ данными пациентами. Обработанные данные представлены в таблице 4.

Таким образом, по результатам проведенного анализа наибольший процент нейротравматизма составляют личности с возбудимым, гипертимным, а также эмоционально лабильным типом характера. Достаточное количество травм (11,8 %) — это криминальные травмы, большая часть которых получена возбудимыми личностями. Самый большой процент (52,7 %) составили дорожно-транспортные травмы.

Таблиця 4

Типы акцентуации личностей и их соотношение с социальными обстоятельствами получения ЧМТ

Тип акцентуации	Тип травмы				
	Дорожно-транспортная	Производственная	Спортивная	Бытовая	
				Падение	Криминальная
Возбудимый (n = 18)	5	1	1	2	9
Демонстративный (n = 6)	2	—	—	2	2
Педантический (n = 1)	—	—	—	1	—
Застревающий (n = 3)	2	—	—	1	—
Гипертимический (n = 18)	9	1	2	5	1
Дистимический (n = 4)	2	—	—	1	1
Аффективно-лабильный (n = 39)	26	4	3	6	—
Аффективно-экзальтированный (n = 1)	—	—	—	1	—
Тревожный (n = 10)	5	—	—	5	—
Эмотивный (n = 1)	1	—	—	—	—
Гармонические личности (n = 9)	6	—	1	2	—

Данный анализ проводился для более углубленного изучения клинико-динамической характеристики рассматриваемой патологии на разных этапах ее развития, что способствовало поиску закономерностей развития основных симптомов психических расстройств, развивающихся вследствие ЧМТ.

На основании результатов предварительных исследований мы пришли к выводу, что синдромокинез и течение непсихотических психических расстройств на фоне церебротравматической болезни в значительной степени зависит от конституциональных особенностей личности, получившей ЧМТ, периода церебротравматической болезни, тяжести и вида травмы, социальных обстоятельств ее получения, наличия психотравмирующей ситуации, значимой для пациента, которая имела место до травмирования или же возникла вторично, непосредственно после ЧМТ, а также ряд других способствующих и провоцирующих факторов (например, наличие нейрохирургического вмешательства; размеры, локализация и характер морфологического очага поражения головного мозга).

Определение механизма травмы и характерных морфологических проявлений даст возможность клиницистам целенаправленно проводить диагностику и соответствующее лечение [5].

Данные вопросы требуют дальнейшего, более углубленного изучения с целью разработки и проведения дифференцированных мероприятий для лечения и предупреждения развития непсихотических психических расстройств у пациентов, перенесших ЧМТ.

Список литературы

1. Зогуля І. С. Черепно-мозкова травма: класифікація, клініка, діагностика, надання невідкладної медичної допомоги // Український медичний часопис. — 1997. — № 1. — С. 25—31.
2. Иванов Н. Глобализация и проблемы оптимальной стратегии развития // Мировая экономика и международные отношения. — 2000. — № 2. — С. 15—19.
3. Казаков В. Н., Лях Ю. Е., Владимирский А. В. Концептуальная система национальной медицинской компьютерной сети «Укр-МедНет» // Архив клинической и экспериментальной медицины. — 1999. — Т. 8, № 1. — С. 7—12.
4. Кривенко С. Н., Климовицкий В. Г., Владимирский А. В. Социально-экономические аспекты множественной бытовой травмы

в Донбассе // Вестник гигиены и эпидемиологии. — 2000. — Т. 4, № 2. — С. 275—278.

5. Полищук Н. Е., Верхоглядова Т. П., Лессовой А. С. та ін. Клініка та судово-медична експертиза черепно-мозкових ушкоджень. — К., 1996. — С. 118.

6. Разумовская-Молюкало Л. П. Прогноз психического состояния пострадавших с закрытой черепно-мозговой травмой // Научная конференция нейрохирургов УССР. — Одесса, 1984. — С. 93.

7. Баронов В. А. Закрытые травмы головного мозга. — Л.: Медицина, 1966. — 225 с.

8. Деменко В. Д. Современные взгляды на проблему последствий закрытой черепно-мозговой травмы // Актуальные проблемы медицинской науки. — 1998. — № 2. — С. 203—206.

9. Шнайдер К. (Shneider K.) Клиническая психопатология. — К.: Сфера, 1999. — 236 с.

10. Напреенко А. К., Логановский К. Н. Экологическая психиатрия. — К.: Полиграфкнига, 1997. — 95 с.

Надійшла до редакції 21.03.2007 р.

О. К. Напреенко, Н. О. Максименко

Особливості клінічних проявів психічних розладів непсихотичного рівня у пацієнтів, що перенесли черепно-мозкову травму

Національний медичний університет ім. А. А. Богомольця (Київ)

Показана актуальність проблеми. Описані психопатологічні синдроми, які були виявлені в процесі обстеження 110 хворих, що перенесли черепно-мозкову травму. Встановлено, що у розвитку виявлених порушень, крім травми значну роль відігравала низка факторів, які проаналізували автори.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, непсихотичні психічні розлади, психопатологічні синдроми.

А. К. Napryeyenko, N. A. Maksimenko

Peculiarities of clinical manifestations of non-psychotic psychological disorders in patients after brain injury

National medical University named after A. A. Bohomolets (Kyiv)

Actuality of problem is shown. Mental disorders after brain injury were studied in 110 patients. Along with injury, other factors are shown to play a role in the development of above disorders.

Key words: brain injury, non-psychotic psychological disorders, psychopathological syndromes.