

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	8
Введение. Предмет психиатрии, ее содержание и задачи	9
Глава 1. История психиатрии и проблема систематики психозов	14
Глава 2. Биологические основы психической патологии.....	19
Глава 3. Методы обследования психически больных	29
Глава 4. Классификация психических заболеваний	44
Глава 5. Основные категории психопатологии: симптом, синдром, болезнь	48
Глава 6. Патология восприятия.....	57
Глава 7. Патология мышления (расстройства сферы ассоциаций).....	71
Глава 8. Патология эмоций (расстройства аффективные).....	91
Глава 9. Патология сознания.....	98
Глава 10. Патология сферы самосознания	114
Глава 11. Патология эффекторных функций	118
Глава 12. Патология памяти и интеллектуальной сферы	128
Глава 13. Лечение психически больных.....	142
Глава 14. Шизофрения	163
Глава 15. Аффективные психозы	187
Глава 16. Психозы позднего возраста.....	212
Глава 17. Эпилепсия	231
Глава 18. Сосудистые заболевания головного мозга	249
Глава 19. Психические расстройства при черепно-мозговой травме ...	260
Глава 20. Опухоли головного мозга	266
Глава 21. Психические расстройства при инфекционно-органических заболеваниях мозга.....	272
Глава 22. Симптоматические психозы.....	288

Глава 23. Алкоголизм	299
Глава 24. Наркомания и токсикомания	315
Глава 25. Реактивные (психогенные) психозы	325
Глава 26. Неврозы	334
Глава 27. Психосоматические расстройства	345
Глава 28. Посттравматическое стрессовое расстройство	355
Глава 29. Расстройства личности (психопатии)	361
Глава 30. Умственная отсталость (олигофрения)	378
Глава 31. Организация психиатрической помощи	396
Ответы на контрольные задачи	408
Список литературы	410
Предметный указатель	416

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий учебник написан в соответствии со всеми требованиями, которые предъявляют к подобным изданиям. Его отличительная особенность заключается в том, что авторы поставили цель изложить содержание предмета, опираясь на данные классической психиатрии, фундамент которой формировался в трудах выдающихся врачей-психиатров, ученых, не только определивших важнейшие психопатологические симптомы и синдромы, но также выделивших отдельные нозологические формы психозов. В. Кандинский, С. Корсаков, В. Бехтерев, В. Гиляровский, П. Ганнушкин, А. Снежневский, В. Морозов, Ф. Пинель, Ж. Эскироль, Б. Морель, В. Гризингер, Э. Крепелин, К. Вернике, Э. Блейлер, их ученики — плеяда выдающихся деятелей отечественной и зарубежной психиатрии. Они стали создателями основных глав науки о душевных болезнях, об их диагностике и терапии. В настоящее время психиатрия тесно связана и со смежными областями знаний: психологией, социологией, этикой, биологией, генетикой. Она идет в фарватере эпистемологии, решая задачи этиопатогенетической диагностики, лечения, прогноза психических заболеваний. Такой дидактический подход определил структуру учебника. Изложение материала начинается с исторического анализа развития науки, проблемы систематики психозов. Это дает возможность глубже раскрыть проблемы психиатрической пропедевтики, точно изложить методы исследования психически больных, что имеет первостепенное, практическое значение.

В учебнике отражены актуальные на сегодняшний день особенности становления, течения, лечения и профилактики психических и поведенческих расстройств, знание которых позволит врачу-стоматологу не только диагностировать психопатологические проявления, но и учитывать их влияние на проведение стоматологических манипуляций. В главах учебника подробно рассмотрены вопросы оказания медицинской помощи как пациентам, обнаруживающим психические и поведенческие расстройства, так и здоровым людям с определенными личностными характеристиками, психологическими реакциями, обратившимся за помощью к врачу-стоматологу.

В учебник включена подробная информация по общей психопатологии. Авторы рассматривают дескриптивную психопатологию в эволюционном формировании категориального аппарата семиотики душевных заболеваний. При таком подходе естественным является стремление авторов дать понятие о важнейших симптомах и синдромах (галлюцинациях, псевдогаллюцинациях, бреде, мании, меланхолии, дисмнезии, амнезии), следуя принципу *ad fontes* (к источнику), опираясь на первоначальные

определения этих категорий в трудах классиков (Корсаков С., Байарже Ж., Клерамбо Г., Майер-Гросс В. и др.).

В учебнике подробно детализированы те психопатологические проявления психических и наркологических расстройств, с которыми врач-стоматологи наиболее часто сталкиваются в своей практической деятельности, оказывая неотложную или плановую стоматологическую помощь психически больным людям.

Частная психиатрия построена на убедительной доказательной базе, подчеркивающей важность изучения основных дефиниций психических заболеваний с анализом систематики психозов, учетом дихотомии «нозология — симптоматология» и реалий Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Поскольку основной проблемой клинической психиатрии до настоящего времени остаются диагностика и лечение шизофрении, этому вопросу в учебнике уделено специальное внимание. Особая важность точного клинического определения шизофрении обусловлена тем, что, к сожалению, сохраняется тенденция к ее расширительной диагностике, что не соответствует реальной практике. Принципиальная позиция авторов четко определять границы шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии, инволюционных психозов и других нозологических единиц педагогически верна и необходима. Такой подход позволяет установить четкие дифференциально-диагностические клинические критерии в отношении важнейших психических заболеваний, которые верифицируют современными методами прижизненной визуализации деятельности мозговых структур.

Пограничные психические расстройства (неврозы, посттравматическое стрессовое расстройство, психопатии) описаны с учетом исторического формирования проблемы. Авторы подчеркивают значимость стрессогенных эмоциональных факторов в развитии клинических вариантов этой патологии.

Каждая глава, посвященная частным аспектам психиатрии, отражает не только актуальность изучения основных психических и наркологических расстройств для врача-стоматолога, но и вопросы их клинической диагностики, терапевтической тактики.

Важный аспект при работе с пациентами, страдающими психическими и поведенческими расстройствами, — профилактика развития у больных разнообразных стоматологических проблем в полости рта. Для правильной организации превентивной работы с данной категорией пациентов важно учитывать, по какой причине у пациента повышается риск развития стоматологических проблем. Указанные причины подробно представлены на страницах учебника.

Учебник Б.Д. Цыганкова, С.А. Овсянникова, И.А. Пастух и А.И. Тюневой написан высокопрофессионально. Ему присущи выразительный язык, клиническая доказательность, что выделяет данный учебник среди других подобных изданий, делая изложенный в нем материал доступным и убедительным при изучении психиатрии и наркологии.

*Д.Ф. Хритинин,
д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАН,
профессор кафедры психиатрии
и медицинской психологии
Первого Московского государственного
медицинского университета
им. И.М. Сеченова (Сеченовского Университета),
лауреат премии Правительства РФ
в области науки и техники*

ВВЕДЕНИЕ. ПРЕДМЕТ ПСИХИАТРИИ, ЕЕ СОДЕРЖАНИЕ И ЗАДАЧИ

Психиатрия (от греч. *psyche* — душа, *iatreo* — лечение) — медицинская дисциплина, целью которой является изучение болезненных изменений в нервно-психической сфере и их причин для разработки эффективных методов лечения, профилактики, реабилитации и социальной поддержки психически больных.

В настоящее время психиатрия все больше приобретает статус социальной науки. Как и предполагал П.Б. Ганнушкин, она вышла из стен психиатрических больниц: врачи-психиатры оказывают помощь больным в специализированных диспансерах, медицинские психологи и психиатры-психотерапевты работают в учреждениях общемедицинской сети, на предприятиях, врачи-стоматологи оказывают помощь как в психиатрических учреждениях стационарного типа, так и в структуре лечебно-профилактических учреждений.

Стоматологическую помощь пациентам с психическими заболеваниями в большинстве регионов РФ оказывают в специализированных учреждениях (психиатрических больницах, диспансерах, дневных стационарах), но если пациент не сообщает о наличии у себя психических расстройств и не состоит на учете в психонаркологическом диспансере, то за стоматологической помощью он обратится в стоматологическую поликлинику, не специализированную в плане приема людей с проблемами в сфере психического здоровья. Как показывает практика, при подозрении на наличие психических расстройств у пациента 47% врачей-стоматологов не отказывают пациенту в лечении, 17% отказывают в лечении, 12% посоветуют обратиться к другому врачу-стоматологу, 29% обоснуют пациенту необходимость консультации врача-психиатра, 9% проведут лечение, несмотря на неадекватные требования, предъявляемые пациентом к лечению (Ерилин Е.А., 2019). Вместе с тем у стоматологических пациентов выявляют следующие группы психических расстройств (Ванчакова Н.П., 2013).

1. Стоматологические больные с расстройствами настроения (тревога, депрессия, гнев).
2. Стоматологические больные с телесными иллюзиями или галлюцинациями, локализованными в ротовой полости и других областях тела и головы.
3. Стоматологические больные с нарушениями мышления (сверхценные идеи, бредовые идеи отношения в адрес врачей и медицинского персонала и, как следствие, бредовое поведение).

4. Стоматологические больные с личностными нарушениями, в том числе кверулянты, ориентированные на судебные процессы.
5. Стоматологические больные с нарушениями интеллекта, которые препятствуют лечению и санации ротовой полости.
6. Стоматологические больные с проблемами адаптации к стоматологическому лечению, боли, ограничениям в жизни, обусловленными этапами и особенностями стоматологического лечения и протезирования.

Решение проблемных ситуаций в процессе организации лечебного сопровождения пациентов, у которых на текущий момент есть психические нарушения, требует от врача-стоматолога высокого уровня подготовки в области психиатрии и наркологии. С целью клинического понимания всех этапов развития болезненного процесса и установления диагноза при таких обстоятельствах необходимы основательные знания вопросов общей психопатологии для создания определенного представления о характере, типе и диапазоне болезненных проявлений в сфере психической деятельности.

В ситуации обращения к врачу-стоматологу больного с признаками психического расстройства врач обязан выявить эти нарушения, грамотно их квалифицировать и описать как в медицинской документации, так и в направлении к консультанту врачу-психиатру. В профессиональные обязанности врача-стоматолога входят оказание неотложной психиатрической помощи при остром психомоторном возбуждении больного и предотвращение суицидальной попытки при выявлении суицидальных намерений. Для врача-стоматолога, специализирующегося в челюстно-лицевой хирургии, необходимо умение формирования навыков, направленных на диагностику и квалификацию синдромов выключенного и помраченного сознания, которые часто встречаются при черепно-мозговых травмах (ЧМТ). В работе с пациентами, имеющими психофизические и косметические недостатки, дефекты лицевого черепа, необходимо знать особенности их психологии, учитывать личностные характеристики, чтобы правильно строить взаимоотношения «врач—больной», руководствуясь принципами деонтологии.

Люди, страдающие психическими заболеваниями, нуждаются в комплексной стоматологической помощи, включающей терапевтическую, эндодонтическую, хирургическую и ортопедическую помощь. Однако оказание комплексной стоматологической помощи пациентам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами, во многом осложняется проблемами, связанными с непредсказуемым поведением больных и сложностью коммуникации.

Важно понимание того, что любое стоматологическое вмешательство может привести к нарушению психического равновесия больного, сте-

пень выраженности которого во многом будет зависеть от личностных особенностей пациента.

В ситуации ожидания стоматологического приема, сопряженного с определенным объемом лечебных манипуляций, у пациента возможно развитие ряда изменений в его психоэмоциональном состоянии. У одних — эйфория, проявляющаяся недооценкой пациентом всей серьезности оперативного вмешательства; у других — краткосрочная депрессивная реакция, проявляющаяся снижением фона настроения, интроверсией; у третьих — выраженные беспокойство, волнение, страх, тревога. Указанные психоэмоциональные изменения не только осложняют проведение лечения, но и могут повлиять на гомеостаз, тем самым осложнив проведение анестезии.

Все эти изменения психики обычно обратимы и в данном случае характеризуют степень проявления психоэмоционального стресса. В момент проведения данных манипуляций возможно развитие обморока, гипертонического криза, истерической слепоты, аритмии, неврологических расстройств (Могельницкий, 1927; Карачаровский, 1946; Tomlin, 1974).

Необходимо также понимание роли отрицательных эмоций в развитии синдрома дисморфофобии у пациентов с различными дефектами лица, дурным запахом изо рта и прочим, так как эти болезненные проявления часто встречаются в клинической картине заболевания у пациентов, обращающихся на прием к врачу-стоматологу. Оценивая весь спектр проблем, возникающих в лечебном сопровождении указанных пациентов, врачам-стоматологам целесообразно проходить специальную подготовку для работы с данной категорией пациентов.

Психиатрия как медицинская наука — часть клинической медицины. Для изучения психических заболеваний наряду с основными методами клинической медицины (осмотр, пальпация, аускультация) используют важнейшие приемы для выявления и оценки психического состояния: наблюдение за поведением больного, беседы с ним. И наблюдение, и беседы фактически служат объективными методами изучения особенностей психики, ее патологии. При наблюдении за больным заметны своеобразие или неправильность, неадекватность его поступков, очевидными становятся такие симптомы, как страх, ужас, паника, возбуждение, нелепые высказывания (бред), галлюцинации, при наличии которых больные затыкают уши или громко разговаривают с несуществующими собеседниками. При обонятельных галлюцинациях, ощущении воздействия на них вредных газов больные, например, спят, надев противогаз, собирают воздух в квартире в особые банки, которые затем везут для исследования в специальные лаборатории. Больные могут выполнять различные непонятные для окружающих движения: подпрыгивать, размахивать руками,

пришелкивать языком, выполняя особые ритуалы для освобождения от различных навязчивых страхов (например, загрязнения, заражения). Они порой ходят по особому маршруту, чтобы на пути обязательно была аптека (из-за развивающегося страха умереть, который перерастает в реакцию паники). Многие больные, как замечают родственники, часто и подолгу моют руки, другие ходят по улице с опаской, надевают парики, гримируются, чтобы их не заметили враги, которые ведут постоянное преследование с целью убить.

Депрессивные больные не встают с постели, у них «нет сил» и желания выполнять обычные гигиенические процедуры. Чтобы избавиться от невыносимой тоски, они готовят различные приспособления с целью суицида.

При оценке психического заболевания нельзя недостаточно учитывать роль личности больного, уровень его интеллекта, степень зрелости. Особенно важным это становится при оценке так называемых пограничных психических расстройств (неврозов, психопатий, реакций на стресс), психогенных заболеваний. Личностными особенностями обусловлено развитие различных вариантов неврозов (неврастения, невроз навязчивых состояний), реактивных состояний, реактивных депрессий.

В процессе развития психиатрии происходило постепенное расширение различных ее разделов, что привело к выделению геронтопсихиатрии, детской и подростковой, пограничной, судебной, военной психиатрии, наркологии. Эти субспециальности, основываясь на общих психиатрических знаниях, развивают свое направление, опираясь также на данные смежных наук (психологию, нейробиологию, генетику и др.).

Психиатрия как медицинская дисциплина очень тесно связана и с соматической медициной (терапией, кардиологией, гастроэнтерологией, урологией, сексопатологией и др.). Любая соматическая болезнь оказывает влияние на личность больного, становится стрессовым фактором, а стресс вносит свои коррективы в особенности клинической картины соматического заболевания. Недаром еще со времен Ювенала существует афоризм: «Нужно молиться богам, чтоб в теле здоровом и дух был здоровым».

Психические нарушения при соматических заболеваниях складываются из психосоматогенных расстройств и реакций личности на болезнь. Человек тревожно-мнительного склада, у которого появилась гипертоническая болезнь, будет болеть не так, как сангвиник-оптимист, его реакции с преобладанием тревожности, опасений и уныния будут приводить к более затяжным обострениям соматического заболевания, и параллельно с этим будет все больше проявляться ипохондрическая фиксация на своем нездоровье с неверием в выздоровление. Точно так же обстоит дело и при других заболеваниях.

Все же основной целью и задачей психиатрии остаются как максимально раннее обнаружение и диагностика психического заболевания, так и лечение на ранних этапах, которое дает лучший результат. В этом отношении доказательная диагностика основана на возможно более полном обследовании больного. Современные методы обследования, такие как генетический (при олигофрениях), прижизненная визуализация работы мозга [компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) и др.], лабораторные, биохимические [диагностика сифилиса, синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа)], дают возможность врачу-психиатру получать достаточные данные, которые позволяют делать диагностические заключения, устанавливая этиопатогенетическую сущность заболевания, и правильно лечить больного. Введение вопросов психогигиены в круг изучаемых психиатрией проблем даст возможность осуществить основную задачу науки — профилактику психических заболеваний.

Глава 19

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Травматические поражения черепа играют значительную роль в происхождении различных видов психической патологии, в том числе и психозов различной структуры. В нашей стране ЧМТ ежегодно диагностируют у 4 человек из 1000 населения (Лихтерман Л.Б. и др., 1993). В США от ее последствий ежегодно страдают 2 млн человек. Среди пострадавших в связи с ЧМТ преобладают мужчины. Особое распространение расстройств вследствие ЧМТ регистрируют в период войн. Н.И. Пирогов характеризовал войны как травматические эпидемии. В настоящее время в России в структуре данной патологии доминируют ЧМТ бытового характера, в последнее время отмечен рост дорожного травматизма.

Повреждения головного мозга, вызванные ЧМТ, делятся на сотрясения (коммоции), ушибы (контузии), сдавления (компрессии). Такое деление до известной степени условно, во многих случаях диагностируют сочетанную травму. При типичных проявлениях ЧМТ (Т90 по МКБ-10) возникающие в ее результате психические нарушения принято делить в соответствии с этапами развития травматических повреждений. Психическая патология начального периода характеризуется состояниями выключения сознания (кома, сопор, оглушение — см. главу 9 «Патология сознания»). В остром периоде преимущественно развиваются острые психозы с состояниями помрачения сознания: делириозные, эпилептиформные, сумеречные. В период реконвалесценции или в позднем периоде преобладают подострые и затяжные травматические психозы, которые могут повторяться, принимать периодическое течение. Психические расстройства отдаленного периода ЧМТ выступают как варианты психоорганического синдрома в структуре травматической энцефалопатии.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В остром периоде (сразу после получения травмы) возникает потеря сознания с оглушением, сопором или комой. Дальнейшее течение и про-

гноз в таких случаях определяются длительностью бессознательного состояния и степенью его выраженности. В настоящее время качественная реанимационная помощь позволяет создать благоприятный прогноз с существенным улучшением психического состояния даже после длительного (несколько недель) отсутствия сознания. Считают, что при продолжительности комы более месяца качественное восстановление психических функций становится проблематичным, однако опыт Великой Отечественной войны показал, что в ряде случаев регрессиентность течения такова, что восстанавливается приемлемый уровень адаптации. Выход из длительной комы обычно постепенный, с восстановлением движения глаз, эмоциональных реакций на обращение персонала, родных, с появлением далее и восстановлением собственной речи. Постоянно отмечают проявления резкой истощаемости (астенический синдром) с выраженными вегетативными нарушениями. Характерны раздражительность, неустойчивость аффекта, одним из облигатных признаков этого состояния бывает гиперестезия — повышенная чувствительность ко всем внешним раздражителям, боли, что следует учитывать врачам-стоматологам в своей практике.

В острой стадии травматической болезни при ЧМТ могут возникать различные психотические состояния как экзогенные формы реакции, по К. Бонхофферу¹ (1912). Они становятся промежуточной стадией между бессознательным состоянием и полным восстановлением сознания. **Делирий** развивается преимущественно у людей, злоупотребляющих алкоголем. Чаще регистрируют типичную картину с преобладанием иллюзорно-галлюцинаторных проявлений, аффект тревоги, страха. Поведение обусловлено патологическими переживаниями [см. в главе 23 раздел «Алкогольные (металкольные) психозы»].

Сумеречное помрачение сознания чаще возникает после дополнительных вредных воздействий, развивается быстро, сопровождается, как и делирий, иллюзорными, галлюцинаторными расстройствами, однако часто возникает вторичный бред. Выражены злорадия, дисфория с разрушительными тенденциями, возможна также картина амбулаторного автоматизма. Этот период полностью забывается после его разрешения.

Онейроид бывает сравнительно редким признаком психозов при ЧМТ, развивается в первые дни острого периода болезни на фоне легкой сонливости и адинамии. Больные переживают калейдоскопически сменяющие друг друга картины фантастического содержания, при этом преобладает благодушно-эйфорический фон настроения. Фантастическая фабула несет печать псевдогаллюцинаторной патологии. Продолжительность онейроида не превышает 2–3 дней, при этом выражена астения.

¹ Примечание редакции. Бонхоффер (Bonhoeffer, Karl, 1868–1948), немецкий психиатр. В России принято написание Бонхоффер.

Корсаковский синдром возникает чаще сразу после исчезновения оглушения. В таких случаях обнаруживают явления фиксационной амнезии, конфабуляции, ретроградную амнезию. Корсаковский синдром посттравматического генеза сопровождается дезориентировкой во времени. Р.Я. Голант описала случаи, когда развитие корсаковского синдрома следует непосредственно из травматического делирия. Чаще всего этот симптомокомплекс формируется после длительной потери сознания, особенно после продолжительной комы.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Признаки отдаленных последствий ЧМТ — быстрая утомляемость, изменения личности, синдромы, связанные с органическим поражением мозга. В отдаленном периоде ЧМТ могут развиваться травматические психозы. Они появляются, как правило, в связи с дополнительными воздействиями психогенного или экзогенно-токсического характера. В клинической картине травматических психозов преобладают аффективные, галлюцинаторно-бредовые синдромы, которые развиваются на фоне уже существующей органической основы с проявлениями астении. Изменения личности выступают в виде характерных черт с неустойчивостью настроения, проявлениями раздражительности вплоть до агрессивности, аффективности, признаками общей брадифрениции с тугоподвижностью мышления при ослаблении критических способностей.

К отдаленным последствиям закрытых травм черепа относят такие психические нарушения, как астенический синдром (почти постоянное явление). Нередки истерические реакции. Возможны кратковременные расстройства сознания, эпилептиформные припадки, нарушения памяти, ипохондрические расстройства. Изменения личности представляют собой своеобразную вторичную органическую психопатизацию с ослаблением интеллектуально-мнестических функций. Разнообразные невротические и психопатические расстройства возможны не только как отдаленные последствия тяжелых травм, но бывают следствием и легких, не сопровождающихся расстройством сознания травм головного мозга, особенно при повреждениях мягких тканей лица, челюсти и зубов, сопровождающихся дефектом внешности. Такая патология может дебютировать как в ближайшие месяцы после травмы, так и через несколько лет после нее.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Заболевание развивается вследствие локальных рубцовых изменений в головном мозге. Чаще всего ее причиной становятся открытые травмы

черепа, а также ушибы и контузии мозга. Возникают припадки джексоновского типа, генерализованные судорожные пароксизмы. Значительна при этом роль провоцирующих факторов (потребление алкогольных напитков, психические перегрузки, переутомление). У таких больных могут развиваться кратковременные сумеречные состояния сознания или аффективные эквиваленты судорожных пароксизмов (дисфории).

Для клинической картины имеет значение локализация ЧМТ. При поражении лобных долей мозга, например, в структуре изменений личности преобладают вялость, заторможенность, вязкость, общая брадифрения. Прогрессируют безволие, равнодушие к своему заболеванию. При травматическом поражении лобного отдела мозга могут развиваться нарушение счета (акалькулия), упрощение и уплощение мыслительного процесса с формированием деменции, склонность к персеверации, выраженное снижение двигательной, волевой активности (абулия). Подобная симптоматика обусловлена отсутствием волевого импульса, что не дает возможности доводить начатое до конца из-за отсутствия активности. Для таких больных характерны непоследовательность действий, разбросанность, небрежность во всем, включая одежду, неадекватность действий, беззаботность, беспечность. Утрата инициативы, активности и спонтанности вследствие резкого снижения «лобного импульса» приводит иногда к невозможности без посторонней помощи выполнять повседневные действия (принимать пищу, мыться, ходить в туалет). В поздних стадиях болезни (в исходе заболевания) выражены полное отсутствие интересов, безучастность ко всему, оскудение словарного запаса и мыслительных способностей (дефицит когнитивных функций).

При повреждении базальных частей височной доли мозга развиваются тяжелые изменения личности с выраженными проявлениями душевного безразличия, холодности, расторможенностью инстинктов, агрессивностью, асоциальным поведением, извращенной оценкой своей личности, своих способностей. Повреждения самой височной доли приводят к появлению эпилептических черт: отсутствию чувства юмора, раздражительности, недоверчивости, замедлению речи, моторики, склонности к сутяжничеству.

Темпорально-базальные травматические повреждения мозга становятся причиной раздражительности, агрессивности, гиперсексуальности. При сочетании с алкоголизмом появляются половая распущенность, аморальное поведение, цинизм. Очень часто отмечают сексуальную патологию с повышением либидо и ослаблением эректильной функции, возникают и явления преждевременного семяизвержения при наличии заинтересованности (локальное поражение) парацентральных долек.

ЛЕЧЕНИЕ

Терапия больных, перенесших ЧМТ, предусматривает в остром периоде соблюдение покоя (в течение 3–4 нед), проведение дегидратационной терапии с внутривенным или внутримышечным введением лекарственных средств. Проводят интенсивную нейропротективную терапию с назначением ноотропов, витаминов группы В, адаптогенов и др. Используют препараты с седативным эффектом при нарушениях сна, чувстве тревоги. При эпилептиформных пароксизмах применяют противосудорожные средства. Препараты из этой группы назначают также в качестве нормотимиков для стабилизации настроения, устранения раздражительности, вспыльчивости, агрессивности, дисфории, смягчения психопатоподобных проявлений в отдаленные периоды после травмы. При стойкой астении показаны активизирующие препараты, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры.

Контрольные вопросы

1. Каковы проявления острого периода ЧМТ?
2. Дайте характеристику синдромов помрачения сознания при ЧМТ.
3. Какими особенностями характеризуется эпилептиформный синдром при ЧМТ?
4. Каковы особенности астенического синдрома при ЧМТ?
5. Чем характеризуется травматическая энцефалопатия?
6. Каковы особенности клинических проявлений травматического слабоумия?
7. Как строится программа терапии при ЧМТ?

Контрольная задача

1. Больной И. 44 лет, рабочий. Получил травму головы 4 года назад. Отброшенная круговой пилой ножка стула ударила его по голове и нанесла ушибленную рану на левом внутреннем краю глаза, где до сих пор виден тонкий рубец длиной 3 см. Со слов жены, больной тогда сначала был без сознания, а в последующие дни находился в состоянии некоторого оглушения, был «как пьяный». Через несколько недель начал работать, хотя жена протестовала. Он уволился и в течение года не работал. Стал жаловаться на головные боли, головокружение, некоторое ослабление памяти, чувствительность к давлению в месте травмы, жужжание и треск в ушах, а также расстройство зрения. Стал крайне чувствительным к шуму, по малейшему поводу мог вспылить, начинал кидаться вещами. Нигде не находил себе покоя, был суетливым. В клинике понимает суть вопросов, во времени

и месте ориентирован точно. Обнаруживает состояние своеобразной рассеянности, при ответах осматривается кругом, как будто что-то ищет. Небольшие рассказы читает правильно, но извлекает из них очень скудные сведения. Вычитание из 100 по 7 быстро его утомляет — он говорит, что кружится голова. Долго думает, какого возраста его дети. Жалуется на сильные головные боли, которые чаще возникают при изменении погоды. ЭЭГ дает картину общемозговых нарушений без четкой локализации. Отмечена рассеянная неврологическая симптоматика.

Выберите верный диагноз (астеническое состояние, посттравматическая энцефалопатия, эпилепсия, опухоль головного мозга).