

минов, интерферонов в периоды сезонного подъема заболеваемости, вакцинопрофилактика, а также коррекция режима дня и питания ребенка.

Литература

Балаболкин И.И. Влияние острых респираторных инфекций на течение аллергических заболеваний у детей подросткового возраста/ И.И. Балаболкин, Т.Б. Сенцова, В.А. Булгаков

ва// Материалы 19-го съезда педиатров России.-М., 2001.-С.61.

Балаболкин И.И. Профилактика респираторной аллергии у детей/ И.И. Балаболкин// Российский педиатрический журнал.-2003.-№6.-С.55-56.

Балкарова Е.О. Вирусно-бактериальные ассоциации у пациентов с atopическим синдромом/ Е.О. Балкарова, А.Г.Чучалин, Н.А.Калганова// 10-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – СПб., 2000. -№75. - С.26.

Мизерницкий Ю.Л. Детский научно-практический пульмонологический центр МЗ РФ: состояние и ближайшие перспективы/ Ю.Л. Мизерницкий, С.Ю. Царегородцев, С.Ю. Калганов// Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2002.-№5.-С.59-62.

Петрова П.Г. Захарова Д.А., Иноземцева Л.О. Микроэлементный дисбаланс среды и иммунный статус организма/ тез.докл. ХРоссийского-Японского медицинского симпозиума.-2003.-43с.

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

И.А. Иванов

ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ И ИХ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В 80-х гг. прошлого века число больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) ежегодно увеличивалось в среднем на 2%. К сожалению, за последние 15 лет рост числа больных с черепно-мозговыми травмами приобрёл ещё более нарастающий темп. По прогнозам специалистов, в 21-м веке случаи стихийных (наводнения, ураганы, землетрясения, засухи и т.д.) и техногенных катастроф, обусловленных человеческим фактором, будут только учащаться. Большое количество тяжёлых травм люди получают в состоянии алкогольного опьянения. А бытовое пьянство и алкоголизм среди населения России за прошедшие полтора десятилетия приобрели форму национального бедствия.

На первом месте среди травм мирного времени стоят бытовые, затем идут дорожно-транспортные, производственные, спортивные. При черепно-мозговых травмах (сотрясениях, контузиях, ушибах, сдавлениях мозга) возникают функциональные и органические, локальные и обширные изменения: разрушение структуры мозговой ткани, её отёк и набухание, кровоизлияния, в дальнейшем – гнойное или асептическое воспаление, процессы атрофии клеточных элементов и волокон, рубцовое замещение повреждённой ткани. Отмечаются нарушения гемо- и ликвородинамики, нейрорефлекторных механизмов, регулирующих обмен веществ, деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Л.И.Смирнов (1947) объединил эти процессы под названием травматическая болезнь.

В течении травматической болезни выделяют четыре периода: начальный, острый, подострый, или поздний, и отдалённый. Психические нарушения, возникающие в результате черепно-мозговых травм, принято соотносить с этими этапами развития травматического заболевания: 1) психические нарушения начального периода, проявляющиеся в основном расстройствами сознания (оглушение, сонор, кома) и последующей астенией; 2) острые травматические психозы, возникающие непосредственно после травмы головного мозга в начальный и острый периоды; 3) подострые или затяжные травматические психозы, являющиеся продолжением острых психозов или впервые появляющиеся спустя несколько месяцев после травмы в подостром периоде и 4) психические нарушения отдалённого периода, обычно появляющиеся впервые спустя через несколько лет или же вытекающие из более ранних психических расстройств. Тема нашего разговора – психические расстройства в отдалённом периоде ЧМТ, которые в клиническом отношении наиболее многообразны и тяжелы по своим последствиям.

Отдалённые последствия черепно-мозговых травм возникают тогда, когда после перенесенной травмы не наступает полного выздоровления. Это зависит от многих факторов: тяжести травмы, возраста больного в тот момент, состояния его здоровья, особенностей характера, предрасположенности организма, эффективности проводимого лечения и воздействия дополнительных вредоносных факторов, например, как это часто бывает, алкоголизации. Психические нарушения в отдалённый период травми-

ческой болезни возникают не только после тяжёлых, но и после лёгких черепно-мозговых травм. Поэтому вполне обосновано предупреждение, что к лёгким черепно-мозговым травмам не должно быть «лёгкого отношения». Профессор Г.К. Ушаков, заведующий кафедрой психиатрии 2-го МОЛГМИ в 70-х гг. прошлого века на своих лекциях по этому поводу говорил: «... В прогностическом отношении лучше перенести одну тяжёлую, но излеченную черепно-мозговую травму, чем несколько лёгких, но не пролеченных».

Трудность разграничения органического и функционального факторов сказывается на систематизации непсихотических травматических расстройств в отдалённый период. Понятие «травматическая энцефалопатия» не лишено недостатков, так как в основном указывает на наличие структурно-органических изменений. Выделяют несколько её вариантов. Это - травматическая астения, иначе церебрастения, травматическая апатия, травматическая энцефалопатия с психопатизацией, циклотимоподобными расстройствами. В отдалённый период наряду с непсихотическими нарушениями наблюдаются пароксизмальные расстройства, острые и затяжные травматические психозы, травматическое слабоумие. Поговорим о каждом из них в отдельности.

Травматическая церебрастения. Астенический синдром в отдалённый период, являясь «сквозным» при травматической болезни, встречается примерно у 1/3 больных и в целом будет исчисляться огромным количеством страдающих этим недугом людей, учитывая не одну миллионную армию перенесших черепно-мозговую травму. А «сквозным» называется, потому что

возникает, как правило, на ранних этапах черепно-мозговой травмы.

Картина болезни выражается в основном в виде раздражительности и истощаемости. Больные становятся несдержанными, вспыльчивыми, нетерпеливыми, неуступчивыми, легко вступают в конфликты, а потом раскаиваются в случившемся. Наряду с этим для больных характерны повышенная утомляемость, нерешительность, неверие в собственные силы и возможности. Обычно астенический синдром сочетается с пониженным фоном настроения, тревожными и ипохондрическими реакциями, сопровождается выраженными вегето-сосудистыми расстройствами: покраснением кожи, потливостью, колебанием пульса. Больные жалуются на рассеянность, забывчивость, невозможность сосредоточиться, нарушение сна. Повышенная истощаемость, нетерпеливость отмечают при выполнении точных работ, требующих напряжения внимания и сосредоточенности. Из-за повышенной отвлекаемости внимания усвоение нового материала затруднено или невозможно. Часто отмечается непереносимость к звуковым и световым раздражителям. Характерны жалобы на головные боли, головокружения, усиливающиеся при плохой погоде, колебании атмосферного давления. Отдых приводит к значительному улучшению. Интеллектуальные нарушения у больных с церебрастеническим синдромом выражены незначительно. Кроме повышенной истощаемости и связанного с ней нарушения внимания, в частности недостаточной сосредоточенности, может отмечаться нерезко выраженное нарушение памяти. Больные особенно плохо переносят жаркое время года, пребывание в душных помещениях. Таких людей обычно называют метеопатами.

Травматическая апатия. Проявляется в сочетании повышенной истощаемости с вялостью, заторможенностью, снижением активности, инициативы. Интересы ограничиваются прежде всего узким кругом забот о собственном здоровье и необходимых условиях существования (утилитарный эгоцентризм). В поведении сквозит безучастно-равнодушное отношение к действительности. Все эти названные проявления болезни в основном возникают в связи с преимущественным поражением лобного отдела головного мозга. Память обычно нарушена.

Травматическая энцефалопатия с психопатизацией чаще формируется у лиц со своеобразными, даже

патологическими чертами характера до болезни и выражается в основном в истерических формах поведения и эксплозивных (взрывчатых) реакциях, злобным, брутальным аффектом со склонностью к агрессивным действиям. Поведение у первой группы больных может принимать черты театральности, демонстративности, в некоторых случаях на высоте аффекта могут возникнуть функциональные судорожные пароксизмы, протекающие часто весьма бурно. Эгоизм и эгоцентричность становятся личностными особенностями больного. Больные конфликтуют, не уживаются в коллективе, часто меняют место работы. Больной считает, что быт в семье и поведение близких в семье должны быть направлены на него, на лечение и уход за ним. У лиц с преимущественно возбудимыми чертами характера отмечаются грубость, конфликтность, злость, агрессивность, нарушение влечений. Такие больные склонны к злоупотреблению алкоголем, наркотиками, в состоянии опьянения устраивают драки, погромы, которые потом нередко не могут воспроизвести в памяти. Под влиянием дополнительных внешних факторов, чаще всего алкоголизации, повторных черепно-мозговых травм, психотравмирующих ситуаций, которые создают прежде всего сами же больные, нарастают черты взрывчатости, мышление приобретает конкретность, инертность. У некоторых больных появляются черты эпилептоидности - педантизм, слащавость, склонность к рассуждению «о безобразиях».

В ряде случаев психопатоподобный синдром характеризуется повышенным фоном настроения с оттенком беспечности, благодушия. Такие больные говорливы, суеверны, легкомысленны, внушаемы, не критичны к своему состоянию (А.А.Корнилов, 1981). На этом фоне наблюдается расторможенность влечений - пьянство, бродяжничество, сексуальные похождения. В свою очередь, систематическое употребление спиртных напитков усугубляет аффективную возбудимость, склонность к правонарушениям, препятствует социально-трудовой адаптации. Психопатоподобные расстройства при отсутствии дополнительных внешних вредностей протекают обычно регрессиентно, т.е. наблюдается обратное развитие.

Циклотимоподобные расстройства сочетаются либо с астенией, либо с психопатоподобными нарушениями и характеризуются колебаниями настроения в виде невыраженных депрессий

и маний (субдепрессий и гипоманий). Пониженное настроение обычно сопровождается плаксивостью, жалостью к себе, опасениями за собственное здоровье и упорным стремлением лечиться. Повышенное настроение отличается восторженностью, умиленностью со склонностью к слабодушию. Иногда отмечаются сверхценные идеи переоценки собственной личности и склонность к сутяжничеству, написанию жалоб в различные инстанции. Пример из практики: в 1994 г. инженер-механик по образованию, 44 лет, попал в дорожно-транспортное происшествие в форме лобового столкновения двух автомашин. В результате полученной закрытой черепно-мозговой травмы около 2 часов находился в бессознательном состоянии. Лечился в хирургическом отделении одной из центральных улусных больниц в течение 4 месяцев. В остром периоде отмечалась т.н. антеро-ретроградная амнезия (беспамятство всего того, что предшествовало и последовало после травмы). Был признан инвалидом 2-й группы по неврологическому профилю. В дальнейшем начали проявляться психопатоподобные расстройства в виде повышенной возбудимости, грубости, конфликтности. Мог проявлять агрессивные тенденции, особенно по отношению к близким. Употребление алкоголя начало принимать систематический и даже безудержный характер. Спустя 2 года после полученной ЧМТ больной попал в поле зрения психиатров. К этому времени намерения устроиться на работу не имели успеха, четко выявилась интеллектуальная и профессиональная несостоятельность. Вторая группа инвалидности была установлена уже по причине травматического слабоумия. Неоднократно находился на стационарном лечении в республиканской психиатрической больнице. А с 2002 г. находится в ней без выписки, к этому времени достаточно четко выступило периодическое аффективное колебание в виде субдепрессий и гипоманий на фоне умеренно выраженных проявлений слабоумия. В гипоманиакальном состоянии становится раскованным, чувства дистанции и такта исчезают, становится говорливым, деятельным. Обычно нарушается сон.

В состоянии субдепрессии становится незаметным, замкнутым, пассивен, бездеятелен. Обычно жалуется на нарушение сна, упорно просит назначения достаточно высокой дозы азалептина. Мыслей о нежелании жить никогда не высказывал.

Травматическая эпилепсия. Она обычно возникает через несколько лет после черепно-мозговой травмы, полученной чаще в виде ушиба мозга, а также огнестрельных ранений, и в результате открытого её характера. Названные виды травмы головы, как правило, обуславливают со временем образование грубых рубцовых изменений ткани мозга. Клинически травматическая эпилепсия отличается значительным полиморфизмом пароксизмальных проявлений. Встречаются большие и малые припадки, кратковременные выключения сознания (абсансы), локальные припадки типа джексоновских, сумеречное расстройство сознания, нарушение настроения в виде тоскливо-злобного или тоскливо-тревожного настроения (дисфории), атипичные припадки с ярко выраженным вегетативно-сосудистым компонентом («диэнцефальные»). Как и другие пароксизмальные расстройства, дисфории провоцируются психотравмирующими обстоятельствами или учащаются при их наличии. В результате полиморфных и частых эпилептиформных проявлений при травматической эпилепсии может наступать прогрессирующее изменение личности, иногда весьма сходное с тем, что бывает при истинной (генуинной) эпилепсии. При травматической эпилепсии довольно часто наблюдаются различные атипичные припадки, которые не всегда можно отличить от истерических, тем более, что они могут сочетаться. В первую очередь следует указать на диэнцефальные припадки с приступообразным сложным комплексом вегетативных расстройств (озноб, ощущение жара, мочеизнурение, жажда, повышенное потоотделение, слюнотечение и др.), иногда сопровождающиеся атипичными судорожными проявлениями на фоне изменённого сознания. При диэнцефальных эпилептических припадках, в межприпадочном периоде остаются ярко выраженные и стойкие вегетативно-сосудистые расстройства, эпизодически обостряющиеся в состоянии припадка. При травматической эпилепсии часто возникают расстройства сознания различной структуры, длящиеся от нескольких минут до нескольких дней. Нередко наблюдаются своеобразные варианты сумеречного помрачения сознания с менее глубоким помрачением сознания, чем при истинных эпилептических сумеречных состояниях. В последующем воспоминания о переживаниях психотического периода (обычно бредовых) частично сохраняются. Травматические суме-

речные помрачения сознания иногда возникают аутохтонно (самостоятельно, без внешних воздействий), представляя собой как бы эквивалент эпилептического припадка, а также после эпилептического припадка или в связи с разными неблагоприятными воздействиями - психотравмой, алкогольными эксцессами, переутомлением

Травматические психозы. К психозам отдалённого периода относятся острые преходящие, затяжные, рецидивирующие и хронические травматические психозы. Среди острых психозов часто наблюдаются сумеречные состояния сознания, которые нередко провоцируются заболеваниями внутренних органов, алкогольными эксцессами и психотравмирующими ситуациями. Их развитию предшествуют головная боль, головокружение, нарушение сна, астенические симптомы. Особенностью сумеречных расстройств сознания травматического происхождения является включение в их структуру делириозных, онейроидных компонентов с последующей частичной амнезией.

Аффективные психозы проявляются в виде периодически возникающих маниакальных и депрессивных состояний (продолжительностью 1-3 месяца) и называются периодически травматическими психозами. Приступы бывают как монополярные, так и биполярные. Они, как правило, наблюдаются спустя 10-15 лет после перенесенной травмы головного мозга. Маниакальные приступы случаются чаще депрессивных и преимущественно встречаются у женщин. Маниакальный синдром при травматическом психозе нередко сопровождается эксплозивностью (взрывчатостью), быстро сменяющейся благодушием. Для него характерны идеаторная непродуктивность, истоцаемость аффекта. Депрессия сопровождается слезливостью или мрачно-злобным настроением, вегето-сосудистыми приступами, ипохондрической фиксацией на своём здоровье. Депрессия с тревогой и страхом часто сочетается с помрачением сознания (лёгким оглушением, делириозными явлениями). Депрессии травматического происхождения отличаются отсутствием витального чувства, преобладанием тревоги, связанной нередко с сенестопатиями, психосенсорными и вегето-сосудистыми нарушениями. Если депрессии часто предшествует психическая травма, то маниакальное состояние провоцируется приёмом алкоголя. Приподнятое состояние принимает вид то эйфории, то возбуждения с гневливостью, то ду-

рашливости с напускным слабоумием и детским поведением. При тяжёлом течении психоза возникает помрачение сознания типа сумеречного или аментивного, что прогностически менее благоприятно. Приступы психозов по своей клинической картине обычно похожи один на другой, как и другие пароксизмальные расстройства, и склонны к повторяемости.

Галлюцинаторно-бредовый психоз чаще встречается у мужчин после 40 лет, много лет спустя после травмы. Его начало обычно провоцируется приёмом больших доз спиртного, оперативным вмешательством. Развивается остро, начинается с помрачения сознания, а затем ведущими становятся обманы слуха («голоса») и бредовые идеи. Острый психоз обычно переходит в хронический. Пример из практики начала 80-х гг.: Мужчина в возрасте 36 лет, работал водителем «Сельхозтехники» в одном из центральных районов Якутии. Обратился к психиатру с жалобой на наличие «голосов», страхи. Как выяснилось, около 10 лет назад, будучи за рулём, потерпел аварию. Машина перевернулась. Помнит, что была кратковременная потеря сознания, но каких-то серьёзных проявлений сотрясения головного мозга не было и за медицинской помощью не обращался. За год до обращения к врачу, возвращаясь из дальнего рейса домой, услышал, что кто-то окликает его по имени. На первый «клик» не обратил никакого внимания. После повторных «кликов» начал оглядываться, искать глазами кто его зовет, но никого рядом не было, «стало как-то жутко». Позже случившемуся начал давать объяснение: «Почудилось, ехал невыспавшийся, уставший был». К несчастью, «клики» через полгода возобновились, но он их не боялся, так как содержание вербальных галлюцинаций было индифферентным. Стал даже привыкать к ним. Со временем произошла трансформация содержания «голосов», появились слова угроз. Естественно, он начал бояться «голосов», что и заставило его обратиться к психиатру. На рентгенограмме черепа внутри одного из полушарий головного мозга был выявлен локальный участок кальцинации (обызвествления), что можно было объяснить как последствие случившегося в прошлом кровоизлияния.

Спустя год после первого посещения психиатра он, как позже выяснилось, уволился с места работы и переехал с семьёй в другой район. К этому времени «голоса» императивно-угрожающего содержания учас-

тились, идеи преследования начали распространяться на большее количество людей из окружения. Испытывал страх за свою жизнь, стал вести затворнический образ жизни. Дальнейшая судьба этого человека мне неизвестна.

Травматический галлюциноз часто является результатами локального поражения височных отделов мозга. Галлюцинаторные образы отличаются своей акустической завершенностью, больными они идентифицируются с реально существующими лицами, «голоса» локализируются в объективном пространстве. Больные отвечают им вслух, ведут с ними беседы, споры. Тематика разнообразна, чаще - это угрозы, брани, приказы, хор голосов. Больные поглощены галлюцинациями, но по выздоровлению критически оценивают болезненные переживания. Временами могут присоединяться зрительные галлюцинации. Отмечается интеллектуально-мнестическое снижение и аффективная неустойчивость.

Паранойальный психоз формируется в отличие от галлюцинаторно-бредового постепенно, в течение многих лет и выражается в бредовой трактовке обстоятельств получения травмы и последующих событий. Могут развиваться идеи отравления, преследования. У ряда лиц, особенно злоупотребляющих алкоголем, формируется бред ревности. Течение хроническое: непрерывное, либо с частыми обострениями.

Корсаковский синдром при черепно-мозговых травмах может развиваться как в острый, так и в отдаленный период. Основным содержанием этого синдрома являются нарушения памяти, в частности запоминания, фиксации текущих событий. Поэтому больной не может назвать дату, месяц, год, день недели, не знает, где он находится, кто его врач. Пробелы в памяти он замещает вымышленными или имевшими место ранее событиями, фактами из своей жизни. Сознание не нарушено. Больной доступен контакту, но критика своего состояния резко нарушена. В последующем может регрессировать, прогрессировать, осложняться другой симптоматикой или сохраняться в неизменном виде на протяжении длительного времени.

Травматическое слабоумие. Оно возникает примерно у 5% лиц, перенесших черепно-мозговую травму. Чаще наблюдается как следствие тяжелых открытых черепно-мозговых травм с поражением лобных и височных долей. Травмы в детском и позднем возрасте вызывают более выраженные дефекты интеллекта. Развитию слабоумия способствуют повторные травмы, частые психозы, присоединяющиеся сосудистые поражения головного мозга, злоупотребление алкогольными напитками.

Основным признаком травматического слабоумия являются расстройства высших интеллектуальных функций, в первую очередь мышления. Эти расстройства выражаются в своеобразном непонимании сложной обстановки в целом при правильном усвоении отдельных её деталей, невозможности выделения существенных признаков, сугубой конкретности представлений с непониманием переносного смысла и нарушением критики. Иногда критическое отношение к отдельным болезненным проявлениям, к отдельным компонентам ситуации частично сохранено.

Довольно постоянны бывают расстройства памяти - от нарушения запоминания до картины амнестического симптомокомплекса (Корсаковский синдром). Для травматического слабоумия характерна повышенная психическая истощаемость. Кроме общей тенденции к обратному развитию, свойственной травматическому слабоумию, следует отметить эпизодические ухудшения состояния, связанные с различными психогенными и соматогенными факторами. Иногда трудно определить степень снижения интеллекта в связи со снижением активности, нарушением побуждений и отсутствием интереса к окружающему и собранностью у больных. Когда удаётся достаточно заинтересовать больного и он не слишком утомлён, впечатление о его слабоумии значительно ослабляется.

В случае присоединения церебрального атеросклероза, алкоголизма, после повторных травм слабоумие может стать прогрессирующим.

Лечение. В остром периоде травматические нарушения лечат нейро-

хирурги, невропатологи и ряд других специалистов в зависимости от характера и тяжести черепно-мозговой травмы. Психиатры включаются в процесс лечения в случае возникновения психических нарушений на любом из этапов развития травматической болезни. Терапия назначается комплексно с учётом состояния больного и возможных осложнений. В остром периоде необходим постельный режим, полноценное питание и заботливый уход. С целью снижения внутричерепного давления назначают мочегонные препараты, внутривенно вводят сернокислую магнезию (курсовое лечение), при необходимости проводят спинномозговую пункцию. Правильность применения спинномозговой пункции при закрытых черепно-мозговых травмах как с диагностической, так и терапевтической целью, доказана на практике, но при этом необходимо соблюдать необходимые меры предосторожности. Пункцию нужно проводить при положении больного лёжа. Рекомендуется поочередное применение метаболических препаратов (церебролизина, ноотропов), а также средств, улучшающих циркуляцию крови (трентал, стугерон, кавинтон, циннаризин). При выраженных вегето-сосудистых нарушениях используют транквилизаторы (глицин, седуксен, нозепам, феназепам), малые дозы нейролептиков (этаперазин, клопиксол). При сильном возбуждении применяют нейролептики в виде внутримышечных инъекций (аминазин, тизерцин). При галлюцинациях и бреде используют галоперидол (сенорм), трифтазин (тразин) и др. При наличии припадков и других эпилептических расстройств необходимы противосудорожные средства. Наряду с лекарственными средствами назначают физиотерапию, иглорефлексотерапию, различные методы психотерапии. В случаях тяжелых травм и длительного восстановительного периода требуется кропотливая работа по восстановлению трудоспособности и проведению профессиональной реабилитации. Профилактика психических нарушений при черепно-мозговых травмах заключается в ранней диагностике, своевременном и адекватном лечении как острых явлений, так и возможных последствий и осложнений.