

## ОГЛЯДОВІ СТАТТІ

УДК 616.892-02:616.831-001

© Казаков В.Е., 2011

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПСИХОПАТОЛОГИЮ ПОСЛЕДСТВИЙ  
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (обзор литературы)****Казаков В.Е.***ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»*

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) весьма распространенное явление, представляющее потенциальную опасность для жизни и здоровья пострадавших. Эпидемиологические исследования последних 5-ти лет свидетельствуют о чрезвычайно высокой частоте ЧМТ - до 4-х случаев в год на 1000 взрослого населения и 4,56 на 1000 детского населения [1-13], при этом удельный вес больных с тяжелой нейротравмой достигает 64,3-65,7% от общего числа госпитализированных в специализированные стационары. Данные ВОЗ указывают на увеличение числа пострадавших от ЧМТ не менее чем на 20% в год. По статистическим данным в России ежегодно страдают от ЧМТ до 600 тыс. человек [12]. О возрастании контингента больных с отдаленными последствиями ЧМТ в структуре заболеваемости свидетельствует ряд ученых [14-18]. В ряде случаев исходы острой ЧМТ у взрослых неблагоприятные. Так, частота инвалидизации как исхода острой ЧМТ у взрослых при тяжелых травмах составляет 59,1%, травмах средней тяжести - 5,7%, легких травмах - 0,5%. [2,8,11] По данным ряда авторов спустя 5-10 лет после ЧМТ 17,9% пострадавших лишаются трудоспособности. [2-11] В структуре черепно-мозгового травматизма доминирует бытовой (40-60%). Значительное место занимают умышленные нанесения повреждений (до 45%) в состоянии алкогольного опьянения, дорожно-транспортный травматизм, преимущественно автодорожный. Удельный вес производственного травматизма сравнительно невелик (4-12%), спортивного еще меньше (1,5-2%) [19]. ЧМТ классифицируется по виду повреждения мозга - очаговая, диффузная, сочетанная, по тяжести - легкая, среднетяжелая, тяжелая. К легкой травме относят сотрясение и легкий ушиб (контузия) мозга, среднетяжелой - ушиб мозга средней тяжести, к тяжелой - тяжелый ушиб и сдавление мозга. Легкая травма отмечается в 83% всех случаев ЧМТ, среднетяжелая 8-10%, тяжелая 10%. Выделяют острый, промежуточный и отдаленный периоды ЧМТ. [10]

Последствия ЧМТ многообразны. Наиболее часто возникают ликвородинамические последствия в виде гидроцефалии, которая развивается вследствие резорбции и продукции цереброспинальной жидкости, окклюзии ликворопроводящих путей. К отдаленным последствиям ЧМТ относятся комплекс неврологических и психических нарушений. Через 2-10 лет после травмы у 90% пациентов обнаруживают нервно-психические расстройства. Ряд авторов [2, 10, 19, 20] отмечают, что у лиц перенесших как легкие, так и тяжелые ЧМТ на отдаленном этапе психические нарушения начинают преобладать над неврологическими и возникает социальная дезадаптация вплоть до инвалидизации. Клиническая картина психопатологии при ЧМТ изучается уже ряд веков. Еще W. Griesinger (1861) описывал травматический психоз, определяя его клинику как «промежуточное состояние между бессознательным и ясным сознанием», возникновение продуктивных нарушений им объяснено как диссоциация во времени «оживление функ-

ций отдельных центров мозга». J.H.Jackson(1884) возникновение психических нарушений при травме связывал также с диссоциацией «диссолюции как диффузного так и очагового характера». Как указывалось, в отдаленные периоды ЧМТ нередко возникают психозы. По данным Л.И. Ушаковой [20] психозы возникают уже в остром периоде контузий или коммоций головного мозга и протекают в виде делириозных или сумеречных состояний, а также корсаковского синдрома. Еще М.О. Гуревич (1946) и В.А. Гиляровский (1954) выделяли травматическую энцефалопатию, эпилепсию и травматическое слабоумие отдаленного периода. [22] Во время Великой Отечественной Войны был накоплен огромный фактический материал о закрытых и открытых ЧМТ. А к 50-60 годам прошлого века появилось множество научных трудов, посвященных клинике поздних травматических психозов. [23-25]

Если в начале изучения психиатрической патологии при ЧМТ основное внимание психиатров, особенно психиатров постсоветского пространства, уделялось психозам, то в дальнейшем, очевидно с актуальностью проблемы ЧМТ и ее анализом, полученным в периоды Первой и Второй мировых войн, началось изучение посттравматических дефектов и непсихотических последствий травм, а также пародоксальных психических нарушений. Тогда же, в 50-х годах, появились публикации ведущих психиатров с описанием разнообразных клинических форм поздних травматических психозов. Так, В.А. Гиляровский (1954), Гуревич М.О. (1946), Р.Я. Голант (1943, 1948, 1950) и др. описывают маниакальные и псевдоманиакальные состояния, А.Н.Молохов - галлюцинаторно-бредовые, Т.П.Симсон, Р.Я.Голант, М.О. Гуревич (1946) - психосенсорные расстройства, Г.Е. Сухарева, Р.Г. Голодец - шизофреноподобные картины. Л.И. Ушакова (1958) выделила критерии для дифференциальной диагностики между травматическими психозами с шизофреноподобной симптоматикой и шизофренией. Несмотря на то, что клиническая картина у больных с травматическим психозом напоминала шизофрению, а именно отмечались галлюцинаторно-параноидные, кататонические, гебефренические и апатобулические состояния, в анамнезе и клинической картине травматических больных обращали на себя внимания некоторые специфические для травмы проявления. Все больные после перенесенной травмы имели те или иные неврозоподобные нарушения, в виде неврастенических жалоб, истерических или психастенических переживаний. У ряда больных с отдаленными последствиями ЧМТ психические расстройства были эпизодическими, после лечения все проявления сглаживались, часть больных продолжали работать, хотя и с уменьшенной нагрузкой. У некоторых больных возникший психоз периодически повторялся под влиянием переутомления, присоединившихся соматических заболеваний и приводил к изменениям личности, выражающихся в злобности, раздражительности, аффективной неустойчивости, а также к интеллектуально-мнестическим

нарушениям. Часто в начале психоза больные были растеряны, тревожны, порой возбуждены. Большинство больных амнезировало острый период заблуждения. При тяжелой ЧМТ в остром периоде нередко возникало помрачение сознания. Для характеристики динамики состояний, непосредственно возникающих после помраченного сознания, использовали представление о промежуточных (Griesinger W, 1892) или переходных синдромах [19, 26, 27]. Употребляемый для обозначения восстановления сознания термин «амнестическая спутанность» [28, 29] объединяет клинические проявления неполностью восстановленного сознания и амнестических синдромов (корсаковского, грубо дисмнестического), при этом отличительной чертой данного состояния является дезориентировка в окружающей среде в сочетании с грубыми нарушениями мнестических функций. Судебные психиатры среди психических нарушений отдаленного периода ЧМТ различают эмоционально-волевые расстройства, синдромы изменения сознания, шизофреноподобные психозы, собственно дефекты посттравматического состояния, в том числе слабоумие (Гордова Т.Н., 1973, Зайцев, с.33). [27] Маниакальные расстройства, обусловленные ЧМТ упоминаются в литературе значительно реже, чем депрессивные [30-31], чаще данные расстройства встречаются при поражении лимбической области правого полушария, атрофии подкорковых структур. Психопатологические проявления травматического эпилептического синдрома остаются крайне малоизученными, эпилептиформные явления отмечаются у 26,3% случаев, посттравматическая эпилепсия у 16,7% [32]. У правойшей отмечается зависимость структуры психопатологических проявлений эпилептического синдрома от стороны преимущественного поражения головного мозга [33]. Психомоторные пароксизмы с амнезией момента приступа, абсансы, приступы с вербальными галлюцинациями, насильственные мысли, афазии чаще отмечаются при левостороннем поражении, а психо-сенсорные пароксизмы без амнезии приступа, дереализационные, деперсонализационные пароксизмы, припадки с искаженным восприятием пространства и времени, обонятельными, вкусовыми, музыкальными, ритмическими, сценноподобными галлюцинациями, висцеро-вегетативными и вестибулярными проявлениями – при правостороннем.

В.А.Качура [22] в своей кандидатской диссертации отмечал, что клиническая картина бредовой формы позднего травматического психоза представляет собой сложное сочетание астенического и бредового симптомокомплекса. Астенический симптомокомплекс состоит из симптомов, встречающихся при различных клинических вариантах отдаленных последствий закрытой ЧМТ, а именно повышенной утомляемости, головных болей, раздражительности, эмоциональной неустойчивости, ослабление памяти и волевой активности, ослабления внимания и интеллектуальной функции, непереносимости жары, метеозависимости, непереносимости шума, резких запахов, яркого света, солнечной радиации, нарушений сна и аппетита, половой слабости, снижения толерантности к алкогольным напиткам. Существуют также симптомы, по мнению В.А.Качуры [22], специфические именно для бредовой формы травматического психоза, к ним относятся чувствительность, утрированная обидчивость, подозрительность, недоверчивость, неприятные предчувствия, внутреннее беспокойство, колебание настроения с тенденцией к заострению отрицательных эмоций. В бредовом симптомокомплексе ведущим психопатологическим признаком являются бредовые идеи преследования в сочетании с бредовыми идеями отношения и отравления. Нередко в клинической картине отмечаются

идеи воздействия, самообвинения и сомоуничжения, реже бред физического воздействия, ревности, ипохондрического содержания и заражения. Бред характеризуется политематичностью, предметностью, отнесенностью простотой построения, патологической интерпретацией реальных событий, своеобразной «гиперсоциализированной» окраской болезненных переживаний. Бредовые идеи преимущественно отрывочные, сочетаются с пониженным настроением, страхом, фрагментами синдрома психического автоматизма, единичными, чаще слуховыми галлюцинациями, кратковременными сумеречными эпизодами. Астенический и бредовой симптомокомплекс тесно взаимосвязаны, образуя единое интегративное целое. Между основными симптомами бредового симптомокомплекса (идеями преследования, отношения, страхом, депрессией) и симптомами астенического симптомокомплекса (затравление отрицательных эмоций, подозрительность, недоверчивость, настороженность, внутреннее беспокойство, сензитивность, склонность к боязливым сомнениям) прослеживается генетическая взаимосвязь, что позволило автору рассматривать последние в качестве невротоподобных аналогов психопатологических проявлений бредового симптомокомплекса в своеобразной невротоподобной предстатии.

В настоящее время появляются отдельные работы исследующие непсихотические расстройства при ЧМТ. При изучении пограничных психических расстройств у лиц, перенесших ЧМТ, выявляется следующее распределение синдромов: 44,8% составляют астенические расстройства, 41,0% - депрессивные, 10,0% - тревожно-фобические, 3,6% - ипохондрические [34].

В развитии непсихотических психических расстройств, обусловленных ЧМТ, ведущее значение имеют соматогенные воздействия-59,7%. К ним автор относит осложнение после травмы, тип и тяжесть повреждений. На втором месте находятся социально-психологические причины, в том числе и макросоциальная атмосфера, профиль занятости личности, его материально-бытовые условия (22,7%). В развитии последствий ЧМТ немаловажное значение имеют и конституционально-биологические особенности, а именно преморбид, соматотип, наследственная отягощенность (17,6%). При анализе социально-бредовой адаптации у больных с непсихотическими психическими и травматическими расстройствами ряд авторов выделяют астенический, астено-невротический, психопатоподобный и психоорганический синдромы, при этом отмечено, что доля больных с восстановленной трудоспособностью снижается от первого к четвертому типу [35]. Для посттравматического психопатоподобного синдрома характерно преобладание элементарных аффективных реакций [27], а именно эксплозивных, дистимических, истероидных или смешанных.

При исследовании травматических астенических расстройств [36] в 80,6% наблюдений они сочетаются с другими психопатологическими нарушениями, а именно тревожно-депрессивной симптоматикой (24,7%), эйфорией (29%), заторможенностью, снижением инициативы (21,5%), нарушениями памяти, внимания, возможности локализовать события во времени (75%). Невротические состояния после тяжелых ЧМТ малообратимы. В связи с порой возникающей необходимостью компенсировать больными сниженный потенциал познавательных возможностей возникают вторичные невротические развития.

Для обозначения возникших в результате ЧМТ эмоциональных расстройств используют термины «тревожная субдепрессия», «астеноипохондрический синдром», «астенодепрессивный синдром», «депрес-

сия с неврозоподобными синдромами» [37]. Непсихотические травматические расстройства могут протекать регрессиентно, волнообразно и прогрессиентно. [19]

В руководстве по психиатрии под редакцией А.С. Тиганова, [19] описаны часто встречающиеся в отдаленном периоде ЧМТ синдромы аффективных нарушений. Эмоциональные (как и личностные) особенности больных после ЧМТ, особенно при наличии комы в остром периоде, оказываются обедненными, исчезает присущее им до болезни разнообразие эмоциональных переживаний и искажается их bipolarность. Преобладает благодушный фон настроения, могут появляться аффекты злости и гнева, сопровождающиеся агрессией. Эти проявления прогностически благоприятные, они приходят на смену безэмоциональности. Имеющиеся варианты эмоциональных нарушений зависят от повреждений в различных отделах головного мозга. Наиболее грубые изменения эмоциональной сферы наблюдаются при ушибах и гематомах лобных отделов, bipolarность – при поражении правого полушария, эмоциональный паралич при кровоизлиянии в левую лобную область, синдром эйфории с расторможенностью при ушибах лобно-базальных отделов мозга, синдром гневливости – при двустороннем поражении лобно-височных отделов, тоскливая депрессия – при ушибе височного отдела правого полушария, тревожная депрессия – левого, апатическая депрессия отмечается при ушибах передних отделов полушарий.

Очень часто в отдаленном периоде ЧМТ отмечается дисфорический синдром, который проявляется фазностью течения и напряженным тоскливо-злым аффектом. Периоды дисфории кратковременны, возможно вечернее ухудшение настроения.

У больных в отдаленном периоде ЧМТ, достоверно чаще в сравнении с лицами не переносившими ЧМТ, отмечаются затруднения засыпания, частые пробуждения, поверхностный сон. Полиграфическая регистрация ночного сна выявила нарушение структуры циклов сна, неполные циклы с выпадением отдельных стадий медленноволнового сна и даже фазы парадоксального сна. По данным авторов количество завершённых циклов в отдаленном периоде ЧМТ сокращается почти в два раза. [14] Предвестником положительного прогноза течения заболевания является увеличение продолжительности фазы парадоксального сна, что свидетельствует об активации адаптационно-компенсаторных механизмов деятельности мозга. Следует отметить, что не только фазы сна, но и особенности суточной экскреции катехоламинов могут свидетельствовать о механизмах течения адаптационных процессов у больных с ЧМТ. Как оказалось, в остром периоде при ЧМТ выявляется высокий уровень экскреции адреналина и норадреналина и смещение акрофазы с дневных на вечерние часы. При благоприятном течении в отдаленном периоде возобновлялся максимум выделение амина в дневное время (11-15ч), однако все еще продолжалось повышенное экскретирование в вечерние часы (19-23ч) [14, 38-40].

В психиатрической литературе для характеристики отдаленных последствий ЧМТ часто употребляются достаточно близкие, но при этом неоднозначные понятия, такие как травматическая деменция [41-43], хронический психоорганический синдром [44-45], травматическая энцефалопатия и церебрастения [46-47]. Анализируя психические расстройства отдаленного периода ЧМТ, В.А. Гиляровский [48] выделял: психопатологические синдромы с ведущими локальными изменениями (апатобулическими, амнестическими) - 19%; травматическая церебропатия - 15%; травматическая энцефалопатия - 14%; травматиче-

ская эпилепсия - 26%; посттравматические психопатии - 17%; травматическая деменция - 9%. Психоорганический травматический синдром представляет триаду Н. Walter-Buel (1951), то есть недержание аффекта, ослабление памяти и понимания. В эпидемиологическом психиатрическом клиническом исследовании 70-80-х годов прошлого века рядом авторов были выделены следующие разновидности травматического психоорганического синдрома: психопатоподобный (эксплозивный, истероподобный и смешанный) - 23,4%; пароксизмальный - 30,2%; дефицитарный (снижение уровня личности, легкое и выраженное слабоумие) - 11,1%; астенический («сквозной») - 30,5%; эндоморфный - 4,8% [49].

По мнению ряда авторов самой распространенной формой психических расстройств в отдаленном периоде травм головного мозга является травматическая энцефалопатия [2, 50]. Выделяют несколько вариантов травматической энцефалопатии, из них наиболее часто встречается травматическая астения (cerebraстения), которая проявляется раздражительностью, истощаемостью, нарушением внимания, нарушением запоминания, диссомниями, головными болями, метеозависимостью. Может также встречаться травматическая апатия, которая выражается сочетанием повышенной истощаемости с вялостью, заторможенностью, снижением активности. Интересы ограничиваются заботами о собственном здоровье и необходимых условиях существования. У больных нарушается память. У пациентов с травматической энцефалопатией частым симптомом является головная боль, которая нередко становится причиной инвалидизации. Хроническую головную боль рассматривают как часть посткоммоционного синдрома, включающего повышенную утомляемость, нарушение концентрации внимания, снижение работоспособности, диссомнию, головноекружение, раздражительность, тревожность, депрессию и вегетативные расстройства. В основе патогенеза отдаленных периодов ЧМТ лежат отдаленные от места поражения деструктивно-дистрофические и репаративно дегенеративные процессы. При благоприятном течении наступает клиническое уравновешение, обусловленных ЧМТ патологических сдвигов, при неблагоприятном - клинические проявления, связанные со спазмными рубцовыми, атрофическими гемо- и ликворнодисциркуляторными, вегетовисцеральными, аутоиммунными и другими процессами, приводящими к возникновению травматической болезни головного мозга. По мнению ряда авторов отсутствует корреляция между тяжестью травмы и интенсивностью и длительностью цефалгического симптома, а также отсутствует прямая связь между головной болью и структурными поражениями головного мозга [2].

Посттравматическая энцефалопатия в понимании большинства психиатров соответствует представлениям о психоорганическом синдроме при ЧМТ. Данный термин охватывает широкий спектр состояний, к которым многие авторы относят и посттравматическую деменцию [49, 51]. Однако чаще имеются в виду психопатоподобный и астенический синдромы, возникшие на скомпрометированной умеренно выраженными когнитивными нарушениями почве [27, 51]. Часто встречающийся термин «посттравматическая церебрастения» одни авторы рассматривают как компонент психоорганического синдрома или травматической энцефалопатии [44, 47], другие - как отдельный синдром, настаивая на необходимости дифференциальной диагностики [54]. По поводу терминов «cerebraстения», «энцефалопатия», «психоорганический синдром» и «деменция» существует ряд разногласий среди авторов. Одни из них подчеркивают регрессиентный характер деменции при ЧМТ [23, 48,

51-52], другие под этим понятием подразумевают стойкие необратимые или прогрессирующие нарушения [44, 54]. Стационарный характер деменции связывают с конвекситатным поражением [25], а нарастание интеллектуально-мнестического снижения объясняют присоединением дополнительных патогенных факторов. При описании отдельных видов слабоумия используют представления о его парциальном (лакунарном) или глобальном (тотальном) характере о простых или сложных синдромах, о влиянии локализации мозгового поражения на клиническую картину.

На современном этапе интенсивного развития диагностики и лечения психических заболеваний преобладает нейропсихологический подход для решения диагностических задач и построение лечебной тактики у пациентов не только с тяжелой ЧМТ, но и с ЧМТ средней и даже легкой степени тяжести. Этот метод является чувствительным и обнаруживает даже незначительную функциональную патологию. Сочетание нейропсихологического подхода с методами нейровизуализации позволяет изучить механизмы нарушений в различные периоды после легкой и средней степени тяжести ЧМТ. Как известно, на протяжении 1-го месяца после ЧМТ легкой и средней степени тяжести преобладают функциональные, а не структурные нарушения. То есть при наличии жалоб на когнитивные (внимание и память), соматические (головные боли, головокружение) и аффективные нарушения (депрессия, раздражительность), зачастую не выявляют патологию результаты неврологического исследования, КТ и МРТ. В связи с этим более адекватно исследование с помощью нейропсихологического обследования, а не методов (КТ и МРТ) предназначенных для выявления более грубой (структурной) патологии.

Следует отметить, что особая уязвимость лобных и височных областей, мозолистого тела, глубоких срединных структур при мозговой травме [68] обуславливает возникновение наиболее типичных нарушений, а именно нарушения скорости переработки информации, внимания, управляющих функций, мнестические и речевые нарушения. Именно нарушения управляющих функций, к которым относится рабочая память, планирование, серийная организация и способность к решению задач [60], являются наиболее стойкими и вызывают наибольшее количество жалоб со стороны больных.

Е. Wilde и соавт [73] показали, что у подростков с легкой ЧМТ шкала комы Глазго и КТ на протяжении первых шести дней после травмы не выявляют патологии. Вместе с тем, при применении диффузной тензорной МРТ обнаруживаются нарушения проводящих путей мозолистого тела, возможно связанные с отеком и воспалением этой области. При этом выраженность нарушений коррелирует с общей тяжестью жалоб больных на когнитивные и эмоциональные расстройства.

Характер функциональных нарушений свидетельствует, что у больных актуализируется в целом та же мозговая функциональная система, что и у здоровых испытуемых, но в ней привлекаются для компен-

сации дополнительные звенья (гомологичные полушарные структуры и структуры прилежащие к очагам активации). При этом у больных с ЧМТ отмечается недостаточность мозговых ресурсов для выполнения деятельности, что проявляется в невозможности увеличении мозговой активации в соответствии с растущими запросами для решения текущих задач. Наряду с изменениями мозговой активации, фиксируемые на фМРТ, у больных в остром периоде после ЧМТ отмечаются когнитивные нарушения в основном управляющих и мнестических функций, а также нейродинамики в рамках «ядерной» симптоматики.

Функциональные нарушения мозговой активации удерживаются достаточно долго. Так, в исследовании ряда авторов, больные с ЧМТ, даже спустя 1-5 лет допускали грубые ошибки при выполнении модифицированного теста скоростного серийного сложения цифр, удерживалось также смещение вправо и активация дополнительных (нижне-, верхнелобная и прецентральная извилина) областей. [62]

Достаточно долго после ЧМТ (даже легкой) удерживается не только нарушение управляющих функций, но и нарушения функций приема и переработки информации. В работе ряда авторов показано значительное нарушение активации переработки зрительной информации и моторного ответа в течение одного часа после ЧМТ [66].

Не смотря на отсутствие видимых нарушений при исследовании МРТ, КТ и обследования неврологического статуса, а также при отсутствии жалоб пациента, у больных с легкой ЧМТ, уже спустя 1-3 года после травмы в 30% случаев могут возникать хронические когнитивные нарушения, а в 20% - инвалидизация [67]. Следует учесть, что функция приема и переработки информации заметно улучшается в течение первого года после легкой травмы (уменьшение мозговых ресурсов, вкладываемых в успешное выполнение деятельности и увеличение локальной активации), но нарушение функции произвольности (диффузность мозговой активации и ее смещение в правое полушарие) удерживаются достаточно долго (до 5-ти лет). При этом данные нарушения могут впервые проявиться лишь в отдаленном периоде [72].

Приведенные данные литературы свидетельствуют о широком диапазоне психопатологических диагностических форм у пациентов, перенесших ЧМТ. Выявилась достаточно высокая распространенность не только непсихотических, но и психотических травматических расстройств. Между тем, до настоящего времени наличие психотических форм травматического генеза является дискуссионным. Поэтому выше приведенные обстоятельства являются значимыми для постановки нозологического диагноза. В обзоре литературы также подчеркнута важность применения нейропсихологического подхода при обследовании больных ЧМТ. Этот чувствительный метод не только позволяет определить структуру когнитивных расстройств, но и в некоторой мере объясняет возникновение психопатологических проявлений спустя длительный промежуток времени после ЧМТ.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. **Кислицын Ю.В.** Качество жизни пациентов с тяжелым ушибом головного мозга в отдаленном периоде. / Ю.В. Кислицын, К.Г. Новиков // Журн. неврол. и психиатр. 2009; 109: 11: 94-96
2. **Скоромец А.А.** Исследование эффективности комплексного препарата цитофлавин для коррекции последствий легкой черепно-мозговой травмы. / А.А. Скоромец, Е.Л. Пугачева // Журн. неврол. и психиатр. 2010; 110:3:31-36
3. **Агеева К.Д.** Процесс накопления и распространения последствий травмы головы среди населения. / К.Ф. Агеева // Журн. неврол. и психиатр. 2001; 101:5:46-48
4. **Исхаков О.С.** Взаимосвязь механизма травмы с видами повреждения мозга и исходами у детей с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой. / О.С. Исхаков, А.А. Потапов, В.М. Шипилевский // Вопр. нейрохир. 2006; 2:26-31
5. **Бернев В.П.** О работе нейрохирургической службы Санкт-Петербурга в 2000-2005 гг. Всероссийская научно-практическая конференция «Поляковские чтения» / В.П. Бернев // Тезисы докладов. Санкт-Петербург 2007; 18-20
6. **Горбунов М.В.** Медико-социальные аспекты череп-

- но-мозговой травмы у детей и пути ее профилактики (по материалам Ульяновской области) / М.В. Горбунов Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. М.:2006; 27.
7. **Narayan R.K.** Posttraumatic Stress Disorder in patients with traumatic brain injury. / R.K. Narayan, M.E. Michel // J. Neurotrauma 2002; 19:5:503-557.
  8. **Даминов В.Д.** Применение глиатизина в комплексном лечении больных, перенесших черепно-мозговую травму / В.Д. Даминов, В.В. Германович // Фарматека 2007; 15.
  9. **Лихтерман Л.Б.** Черепно-мозговая травма / Л.Б. Лихтерман // Мед. газета. – 2000. - №16 – с.12-13.
  10. **Макаров А.Ю.** Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация. / А.Ю. Макаров. // Неврол. журн. – 2001. - №2. – с. 26-27
  11. **Одинак М.М.** Применение глитилина при острой черепно-мозговой травме // М.М. Одинак, И.А. Вознюк / Воен.-мед. журн. – 2000. - №32 – с.31-32.
  12. **Путилина М.В.** Оптимизация программы реабилитации пациентов с черепно-мозговыми травмами / М.В. Путилина // Рус. мед. журн. – 2005. - №13 – с.22-24.
  13. **Чикина Е.С.** Черепно-мозговые травмы: применение современных ноотропных препаратов в острый период и при лечении посттравматической энцефалопатии / Е.С. Чикина // Рус. врач – 2005 - №11 – с.16-17
  14. **Перцев Г.Д.** Особливості перебігу процесів циркадної адаптації у хворих з віддаленими наслідками черепно-мозкової травми / Г.Д. Перцев // Український вісник психоневрології. – 2011. – т.19, вип. 2(67). – с.26-29
  15. **Волошин П.В.** Неврологические аспекты черепно-мозговой травмы / П.В. Волошин // Тезисы областной научно-практической конференции «Современная периодизация черепно-мозговой травмы». – Харьков: МЗ СССР, 1989. – с. 16-19
  16. **Пашковский В.М.** Диагностика и лечение легкой черепно-мозговой травмы. Методические рекомендации /В.М. Пашковский, О.О. Жуковский. – Черновцы: изд-во Буковинской государственной медицинской академии, 2004. – 14с.
  17. **Тайцлин В.И.** Закрытая черепно-мозговая травма и ее последствия /В.И. Тайцлин // Международный медицинский журнал. – 2002. – т.2 - №1. – с. 58-62
  18. **Шевага В.Н.** Ранние и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы: медико-социальные аспекты и возможности нейропротекции / В.Н. Шевага // Здоров'я України. – 2009. - №5/1. – с.45
  19. **Доброхотова Т.А., Зайцев О.С.** Психические нарушения при черепно-мозговой травме /руководство по психиатрии: в 2-х т. // Под ред. А.С. Тиганова. – т.2. – М.: Медицина 1999. – с. 156-191.
  20. **Вейн А.М.** Заболевания вегетативной нервной системы / А.М. Вейн. – М.: Медицина, 1991. – 256 с.
  21. **Ушакова Л.И.** Клинические особенности психоза в отдаленном периоде закрытых черепно-мозговых травм / Л.И. Ушакова // Вопросы психиатрии и невропатологии – 1958 – вып. 4. – с. 122-131
  22. **Качура В.А.** Клиническая картина и некоторые данные исследования ВНД при бредовой форме позднего травматического психоза / В.А. Качура // Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. – М. – 1974. – 165с.
  23. **Гиляровский В.А.** Психиатрия / В.А. Гиляровский – М. – 1954 – 375с.
  24. **Голант Р.Я.** Клиническая группировка психозов и психических нарушений преимущественно при закрытых травматологических поражениях головного мозга. / Р.Я. Голант, В.П. Андреев, Л.Р. Лурия // Журн. неврол. и психиатр. - №6, - 1943.
  25. **Гуревич М.В.** Проблема травматических психозов / М.О. Гуревич // Журн. неврол. и психиатр. - №4, - 1946
  26. **Steinberg E.J.** Erscheinungstformen und verlaufsgesetz – Lichkeiten acuter vaskularer psychosen // Psychiat., Neurol., med Psychol (Lpz). – 1969. – Vol. 31. – p. 55-59
  27. **Зайцев О.С.** Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О.С. Зайцев – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 336с.
  28. **Голодец Р.Г.** Клинико-психопатологические аспекты острой ЧМТ /Р.Г. Голодец, Н.Я. Васин, О.И. Сперанская // Журн. невропатол. и психиатр. – 1984. - №12. – с.1848-1852
  29. **Доброхотова Т.А.** Восстановление сознания после длительной комы у правой и левой с тяжелой ЧМТ. / Т.А. Доброхотова, О.М. Гриндель, Н.Н. Брагина // Журн. невропатол. и психиатр. – 1985. - №5. – с. 720-726
  30. **Brachen P.** Mania following head injury / P. Brachen // Br. J. Psychiatry. – 1987, May. – Vol. 150. – p. 690-692
  31. **Brooks N.** Return to work within the first seven years of severe head injury / N. Brooks, W. McKinlay, C. Symington et al. // Brain inj. – 1987 – Vol.1. – p.5-19
  32. **Татаринов В.И.** Об оптимальной форме организации психиатрической помощи больным с травматическим поражением головного мозга / В.И. Татаринов // Социал. и клин. психиатр. – 2000. - №1. – с.83-84
  33. **Доброхотова Т.А.** Психопатология ЧМТ / Т.А. Доброхотова, О.С. Зайцев // В кн.: «Клиническое руководство по ЧМТ.» Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. – М.: Антидор, 1988. – Т.1. – с.269-313
  34. **Крале О.В.** Клиническая типология, реабилитация и психопрофилактика нозогенных пограничных психических расстройств у лиц с сочетанной травмой. / О.В. Крале // Автореф дисс. ... канд.мед.наук. – Томск, 2009. – 26с.
  35. **Белов В.П.** Динамические характеристики уровней социально-трудовой адаптации больных в отдаленном периоде ЧМТ / В.П. Белов, А.М. Хачатурян // Социал. и клин. психиатр. – 1997. - №3. – с. 38-45
  36. **Александровский Ю.А.** Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. / Ю.А. Александровский // М.: Медицина, 1993. – 400с.
  37. **Кобзев Г.Н.** Аффективные нарушения по материалам амбулаторной практики у больных с последствиями закрытой ЧМТ. / Г.Н. Кобзев // Автореф. дисс....канд. мед. наук. – М., 1996
  38. **Волошин П.В.** Неврологические аспекты периодизации черепно-мозговой травмы. /П.В. Волошин, И.И. Шогам// Журнал «Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.» – М.: Медицина. – 1990, №6. – с. 25-27
  39. **Ярош В.А.** Вікові особливості перебігу віддалених наслідків легкої закритої черепно-мозкової травми. (структурно-функціональні та цереброваскулярні порушення): автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.01.15/ В.А. Ярош; АМН України. Ін-т неврології, психіатрії та наркології. – Х., 2007. – 20с.
  40. Клинико-параклинические взаимоотношения в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы / [Деменко В.Д., Н.Ф. Базарный, Н.В. Борисенко и др.] // Украинский вісник психоневрології. – 2001. – т.9, вип. 1(26). – с.24-25
  41. **Блейхер В.М.** Клиника приобретенного слабоумия /В.М. Блейхер// Киев: Здоров'я, 1976
  42. **Белов В.П.** Особенности интеллектуально-мнестических нарушений в отдаленном периоде ЧМТ /В.П. Белов, А.В. Семикин // Сов. мед. – 1986. - №8. – с.102-105
  43. **Bush I.** “Traumatische Demenz” und Hydrocephalus internus permagnus” ans der Sicht des Rehabilitationsmediciners /I. Bush// Nervenarst. – 1983. – Vol.54, №7. – p.372-376
  44. **Авербах Я.К.** О некоторых особенностях течения психических расстройств на отдаленном этапе ЧМТ /Я.К. Авербах// Актуальные вопросы психиатрии. – М., 1981. – с.10-12
  45. **Haller P.** Das chronische organische psychosyndrom./ P. Haller, A. Dress, H. Muller et al. // Med. Welt. – 1979. – Vol. 30, №3. – p.109-113
  46. **Barat M.** Les troubles des fonctions superiors des traumatizes craniens graves / M. Barat, J.-M. Giozoiere, J.-M. Mazaux et al. // Bordeaux med. – 1981. – Vol. 14, №16 – p. 1059-1064
  47. **Пивень Б.Н.** О структуре психических нарушений экзогенно-органической природы /Б.Н. Пивень//Журн. невропатол. и психиатр. – 1987. - №3. – с. 404-409
  48. **Гиляровский В.А.** Отдаленные последствия закрытых травм головы в нервно-психической сфере. /В.А.

- Гиляровский// В кн.: В.А. Гиляровский. Избранные труды. – М., 1973. – с.257-264
49. **Шумаков В.М.** Психические расстройства в отдаленном периоде ЧМТ (по данным эпидемиологического исследования) /В.М. Шумаков, В.Я. Гиндикин, Р.К. Ряшшитова// Журн. невропатол. и психиатр. – 1981. - №9. – с. 1362-1367
50. **Педиченко Е.Г.** Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи. /Е.Г. Педиченко, И.П. Шлапак, А.П. Гук и др.// Учеб.-метод. пособие: 2-е изд. перераб и дополн. – К.: ЗАО «Віпол», 2009. – 216 с.
51. **Белов В.П.** Травмы головного мозга /В.П. Белов// В кн.: «Судебная психиатрия» - 2-е изд. Под ред. Г.В. Морозова. – М., 1988. – с. 146-166
52. **Choi S.C.** Enhanced specificity prognosis in severe head injury/S.C. Choi// J. Neurosurg. – 1988. – Vol. 69, №3. – p.381-385
53. **Kaplan H.J.** Clinical psychiatry from synopsis of psychiatry. / H.J. Kaplan, B.J. Sadock // - Baltimore: Williams & Wilkins, 1988
54. **Violon A.** Psychological sequelae after head traumas in adults/ A. Violon, De Mol// Acta neurochir. – 1987. – Vol.85, №3-4. – p. 96-102.
55. **Arciniegas D.B., Silver J. M.** Pharmacotherapy of post-traumatic cognitive 27. impairments. Behavioural Neurology 2006; 17: 25—42.
56. **Christodoulou C, DeLuca J., Richer J.H.** et al. Functional magnetic resonance imaging of working memory impairment after traumatic brain injury. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry 2001; 71: 161 — 168.
57. **Constantinidou F, Robin T., Robinson L.** Benefits of Categorization Training in Patients With Traumatic Brain Injury During Post-acute Rehabilitation: Additional Evidence From a Randomized Controlled Trial. Journal of Head Trauma Rehabilitation 2008; 23: 5: 312-328.
58. **Gogitidze N. V., Kroikova O.A.** Neuropsychological approaches to problem of mental recovery after traumatic brain injury. The 3<sup>rd</sup> Annual Conference of the International Association for the Study of Traumatic Brain Injury. September 8-10. 1993. Tokyo (Japan) 1993; 89.
59. **Gogitidze N.V., Dobrokhotova T.A., Zaitsev O.S.** Neuropsychotropic drug in rehabilitation of patients with severe head injury NTC of WFNS. Meeting 95. Neurotrauma (Preventions, Interactions, Outcome). Programme and Abstracts. Thessaloniki (Greece) 1995; 114—116.
60. **Gogitidze N. V., Kravtchouk A.D.** Neurological assessment in patient with posttraumatic chronic subdural hematomas. International Conference on Recent Advantages of Neurotraumatology. Abstracts. Riccione (Italy) 1996; 497.
61. **Haran G, Karny N., Nachshon I.** Effect of lithium carbonate on lateralized cognitive functions. J Nerv Ment Dis 1987; 175: 11: 688-691.
62. **Leininger B.E., Gramling S.E., Farrell A.D.** et al. Neuropsychological deficits in symptomatic minor head injury patients after concussion and mild concussion. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1990; 53: 293-296.
63. **Liplon M.L., Gellella E., Lo C.** et al. Multifocal white matter ultrastructural abnormalities in mild traumatic brain injury with cognitive disability: a voxel-wise analysis of diffusion tensor imaging. Journal of Neurotrauma 2008; 25: 1335-1342.
64. **Mani T.M., Miller S.M., Yanasak N., Macciocci S.** Evaluation of changes in motor and visual functional activation over time following moderate-to-severe brain injury. Brain Injury 2007; 21: 11: 1155—1163.
65. **McAllister T.W., Saykin A.J., Flashman L.A.** et al. Brain activation during working memory 1 month after mild traumatic brain injury: a functional MRI study. Neurology 1999; 53: 1300-1308.
66. **McAllister T.W., Flashman L.A., McDonald B.C., Saykin A.J.** Mechanisms of working memory dysfunction after mild and moderate TBI: Evidence from functional MRI and neurogenetics. Journal of Neurotrauma 2006; 23: 10: 1450-1467.
67. **McDonald B.C., Flashman L.A., Saykin A.J.** Executive dysfunction following traumatic brain injury: neural substrates and treatment strategies. Neurorehabilitation 2002; 17: 333-344.
68. **McMillan T.M.** Minor Head Injury. Current Opinion in Neurology 1997; 10:479-483.
69. **Peiletier L., Sauerwein H.C., Lepore F.** et al. Non-invasive alternatives to the Wada test in the presurgical evaluation of language and memory functions in epilepsy patients. Epileptic Disorders 2007; 9: 2: 111 — 126.
70. **Strongman G.E., O'Neil-Pirozzi T.M.** et al. Prediction of memory rehabilitation outcomes in traumatic brain injury by using functional magnetic resonance imaging. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2008; 89: 974-981.
71. **Warden D.L., Gordon B., McAllister T.W.** et al. Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. Journal of Neurotrauma 2006; 23: 10: 1468—1501.
72. **Wilde E.A., McCauley SR., Hunter J V.** et al. Diffusion tensor imaging of acute mild traumatic brain injury in adolescents. Neurology 2008; 80:948—955.

**Казаков В.Е.** Современные взгляды на психопатологию последствий черепно-мозговой травмы // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, №6. – С. 235-240.

Приведенные данные литературы свидетельствуют о широком диапазоне психопатологических диагностических форм у пациентов, перенесших ЧМТ. Выявилась достаточно высокая распространенность не только непсихотических, но и психотических травматических расстройств. Между тем, до настоящего времени наличие психотических форм травматического генеза является дискуссионным. Поэтому выше приведенные обстоятельства являются значимыми для постановки нозологического диагноза. Подчеркнута важность применения нейropsychологического подхода при обследовании больных ЧМТ. Этот чувствительный метод не только позволяет определить структуру когнитивных расстройств, но и в некоторой мере объясняет возникновение психопатологических проявлений спустя длительный промежуток времени после ЧМТ.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, последствия, диагностика, классификация

**Казаков В.С.** Сучасні погляди на психопатологію наслідків черепно-мозкової травми // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, №6. – С. 235-240.

Дані літератури свідчать про широкий діапазон психопатологічних діагностичних форм у пацієнтів, що перенесли ЧМТ. Виявилася досить висока поширеність не тільки непсихотичних, але й психотичних форм травматичних розладів. Разом з тим, до нашого часу наявність психотичних форм травматичного генезу дискусюється. Таким чином, вище наведені обставини є невід'ємною умовою для постановки нозологічного діагнозу. Підкреслена важливість застосування нейropsychологічного підходу при обстеженні хворих на ЧМТ. Цей високочутливий метод не тільки дозволяє визначити структуру когнитивних розладів, але певною мірою пояснює виникнення психопатологічних проявів після ЧМТ.

**Ключові слова:** черепно-мозкова травма, наслідки, діагностика, класифікація

**Kazakov V.** Actual views on psychopathological aspects of traumatic brain injury // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, №6. – С. 235-240.

The literature data show a wide range of psychopathological diagnostic forms at the patients who have transferred traumatic brain injury. The posttraumatic disorders consist of both psychotic and non-psychotic forms. Much attention was paid to usage of neuropsychological method to find-out the structure of cognitive disorder.

**Key words:** traumatic brain injury, diagnostics, classifications

Надійшла 12.09.2011 р.  
Рецензент: проф. А.М.Петруня