

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 615.85:616.831

В.Е. Казаков

К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ РУБРИКАЦИЯХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск

Целью данной работы является акцентуация внимания на отдельных разделах МКБ-10, создающих затруднения при статистической оценке различных вариантов отдаленных последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Материалы и методы исследования. Проведено лонгитудинальное исследование 437 больных с отдаленными последствиями ЧМТ психиатрического спектра. При этом использовали следующие методы: анамнестический, катamnестический, клинико-психопатологический, клинико-статистический, психодиагностический.

Результаты и их обсуждение. Рубрика F07.0 включает диагнозы, которые относятся к разным полюсам по клинической и социальной значимости, а именно: органическое расстройство личности, синонимом которого являются психопатоподобные синдромы органического генеза, и синдром лобной доли. Как известно, органические расстройства личности могут быть разной степени выраженности, в том числе исчерпываться астеническими проявлениями. Что касается синдрома лобной доли, то он подразумевает грубые эмоционально-волевые и интеллектуальные расстройства.

Выводы. Приведенные в статье клинические описания будут способствовать обращению еще более пристального внимания на уточнение классификации широкого спектра психопатологических проявлений, наблюдаемых в отдаленном периоде ЧМТ.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, международная классификация болезней.

Одним из актуальных вопросов психиатрии современного периода является утверждение международной классификации болезней (МКБ) 11 пересмотра. В 2015 году новая классификация будет опубликована ВОЗ на всех основных языках. МКБ-10 [1], несмотря на многочисленные критические высказывания после ее публикации в 1992 г., оказалась достаточно удачной и по сроку существования в 2 раза превзошла предыдущие классификации. Врачи различных специальностей, в том числе и психиатры, позитивно оценили приспособленность классификации для практического использования, а именно исключение из рубрикации малопрогрессирующей шизофрении, акцент на продолжительности симптоматики и др. [2–4]. Однако, несмотря на несомненно позитивные стороны МКБ-10, в отдельных рубриках классификатора, по нашему мнению, существуют определенные шероховатости.

Целью этой работы является акцентуация внимания на отдельных разделах МКБ-10, создающих затруднения при статистической оценке различных вариантов отдаленных последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Материалы и методы исследования

Проведено лонгитудинальное исследование 437 больных с отдаленными последствиями ЧМТ пси-

хиатрического спектра. При этом использовались следующие методы: анамнестический, катamnестический, клинико-психопатологический, клинико-статистический, психодиагностический.

Результаты и их обсуждение

У 9,5% пациентов с выявлением очага в префронтальной области лобной доли отмечалось органическое расстройство личности, которое проявлялось раздражительностью, злобой, агрессией, периодически сменяемой шутливостью, неоправданным весельем, эйфорией. Именно эта категория больных могла совершать антисоциальные акты. У них наблюдались вязкость, застревание, инертность ассоциаций, затруднявшая изложение материала, выраженная отвлекаемость. Эта группа пациентов занимает незначительный удельный вес в общей массе больных с органическими расстройствами личности и проявляется в ряде случаев достаточно компенсированными эмоционально-волевыми расстройствами по эксплозивному, дистимическому типам и истероформному варианту. Сложные переплетения вышеуказанных проявлений дополняются астеническими и вегетативными расстройствами с выраженной истощаемостью, заключающейся не только в снижении трудоспособности, но и в истощаемости аффективного накала, в результате чего эксплозивные вспышки со-

глобно-разрушительным компонентом заканчиваются грубым раскаянием вплоть до плаксивости и самообвинения. Однако несмотря на столь значительную распространенность в общей структуре расстройств личности, данная группа входит в шифр F07.0 наряду с синдромом лобной доли, синдромом последствий лоботомии, состоянием после лейкотомии, затрудняя как статистический анализ, так и социальную квантификацию органических расстройств личности в целом. Это, очевидно, связано с социальной опасностью и морфологическим структурированием очага, хотя, по нашему мнению, рубрику F07.0 целесообразно разделить.

В 11% случаев у пациентов отмечались состояния, которые по классификации МКБ-10 могли быть отнесены к рубрике F 06.0 «органический галлюциноз». Мы наблюдали пациентов со следующими вариантами галлюциноза, возникшего через 3–4 года после ЧМТ. У 85% из них отмечались тактильные галлюцинации, рассматриваемые нами как посттравматический дерматозойный бред. По словам больных, после ЧМТ их измучило нашествие вшей, которые активно лазили и кусали больных, мешали им спать, измучили их. Пациенты ощущали нестерпимый зуд от прикосновений лапок насекомых, неоднократно, но безуспешно обращались к дерматовенерологу. У всех больных отсутствовало помрачение сознания, они ориентировались в месте, времени и собственной личности, сохранялась их профессиональная деятельность, семейная жизнь. О так называемых «вшах» сообщали со смущением. Считали, что после ЧМТ у них «упал иммунитет» и поэтому на них напали насекомые. Самих насекомых не видели, только ощущали их прикосновения, но на теле «находили» многочисленные следы от укусов, которые охотно демонстрировали родственникам и врачам. Пациенты отмечали связь появления насекомых с травмой. У всех больных отмечалась церебральная симптоматика. Неврологом был установлен диагноз: «травматическая энцефалопатия».

По нашему мнению, у пациентов все же не отмечались изолированные галлюцинации. Тактильные галлюцинации, параллельно с уверенностью в нападении насекомых, ощущениями «ползания», «прилипания», «зуда» и др. вызывали устойчивые подозрения в том, что некие лица «решили их извести», «завладеть их домом» и т.п. Катанез показал, что вначале, казалось бы, критично относящиеся к своим галлюцинациям пациенты, с течением времени становились все более неадекватными, истинный галлюциноз приобретал черты псевдогаллюциноза. У больных возникал симптом «деланности», «навязанности». Все чаще возникали наплывы мыслей, симптом «пустой головы», появлялся бред отношения. Однако, несмотря на явную психопатологическую картину, пациенты продолжали работать и заниматься семейными делами. Поскольку мы весьма редко видим истинный галлюциноз, а наблюдаем преимущественно галлюцинации, сочетающиеся с бредовыми идеями, то, возможно, рубрики F06.0 и F06.2 нуждаются в объединении под общей рубрикой, отражающей бредовые расстройства.

Клиническая иллюстрация

За помощью к психиатру обратился пациент 43 лет, работающий мастером на заводе. Перенес закрытую ЧМТ 8 лет назад. Из хронических соматических заболеваний отмечает хронический холецистит в стадии ремиссии. Алкоголь в течение последних двух лет не употребляет вообще. До этого спиртное употреблял эпизодически, в небольших количествах (рюмку водки по праздникам). ЧМТ обусловлена тем, что пациент попал в ДТП. Находился рядом с водителем, ударился головой о лобовое стекло, кратковременно терял сознание. Головные боли в течение первого года после травмы беспокоили очень часто. Затем отмечал их только при колебании атмосферного давления. Жена укоряла его за то, что после травмы у него ухудшился характер: стал раздражительным, обидчивым, конфликтным. На работе пытался сдерживаться, но это не всегда удавалось. Особенно часто его раздражало начальство. Все промахи непосредственного начальника казались ему преступлением. Был очень чистоплотным – сам стирал свои вещи, занимался уборкой, не доверяя жене. Спустя 6 лет после травмы стал ощущать зуд. Вначале в области складок тела, затем зуд распространился по всему телу. По ночам не мог спать из-за сильного зуда. Вынужден был сказать об этом жене. Жена посоветовалась с фармацевтами и принесла ему какие-то мази «от аллергии». Но они не помогли. Стал подозревать, что где-то «подхватил» каких-то насекомых, скорее всего клопов или вшей. Еще более тщательно, по несколько раз в день, стал мыться. Выбросил свою прежнюю одежду, постельное белье, ковры. Хотел выбросить и одежду жены, но она не позволила. По совету друзей стал мазаться ветеринарными мазями. Не помогало. Чувствовал свою вину перед женой. Стал спать на полу, чтобы не заразить ее. Искал следы укусов насекомых, но не находил. Ощущал, как они ползают по телу, как касаются своими микроскопическими лапками, причиняя жуткие мучения. Обратился к терапевту. Она направила к дерматологу, который посоветовал обратиться к психиатру.

В психическом статусе: угрюм, дисфоричен. В ожидании своей очереди поссорился с больными. Выражены вегетативные реакции, в том числе игра вазомоторов, лабильность пульса. Эмоционально и обстоятельно рассказал о своем «несчастье». Речь трудноперебиваема, на глазах слезы, собирается уходить из семьи, так как боится заразить своих близких насекомыми. Воспринимает случившееся как трагедию. Умоляет помочь ему, уверен, что из-за постоянного зуда обязательно сойдет с ума, подозревает, что вши ему специально подбросил жилец из соседнего дома. Зуд ощущает даже в мозгах. Внимание труднопереключаемо.

Неврологический статус: гиперосмия, острота зрения не нарушена, поля зрения не изменены, легкая анизокория, левый зрачок шире. Ослаблена конвергенция, больше слева. Слегка не доводит глазные яблоки до наружного угла. Тригеминальные точки безболезненные, лицо симметрично. Слух не нарушен, нистагма нет. Глоточные рефлексы сохранены, голос не изменен, глота-

ние не нарушено. Девиаций языка, атрофии его мышц, фибрилляции не отмечено.

Сухожильные и периостальные рефлексы с конечностей равномерные, живые. Брюшные рефлексы живые, патологических рефлексов не отмечается, мышечная сила удовлетворительная. При пробах Будды, Мингадини, Баре признаков пареза не выявлено. Мышечный тонус не изменен. Атрофии мышц не наблюдается.

В позе Ромберга устойчив, пальце-носовую пробу выполняет с незначительным промахиванием, больше слева. Чувствительность сохранена, менингеальных явлений нет. Функции тазовых органов не нарушены. Тремор сомкнутых век и пальцев вытянутых рук, вазомоторная лабильность: при легком волнении появляются красные пятна на лице, шее и передней поверхности грудной клетки. Дермографизм розовый, нестойкий, без выраженной асимметрии. Пиломоторная реакция ограничена зоной раздражения. Вегетативный индекс Кердо положительный.

Ортоклиностатическая проба: в горизонтальном положении пульс 82 уд./мин., АД – 140/90 мм рт. ст. В положении стоя АД – 150/100 мм рт. ст., пульс – 100 уд./мин. Через 2 минуты после вставания АД – 150/80 мм рт. ст., пульс – 96 уд./мин. Через 10 минут – АД – 140/90 мм рт. ст., пульс – 80 уд./мин.

Проба Мак-Клюра-Олдрича: справа – рассасывание папулы через 60 минут, слева – через 90 минут.

Электродермотермометрия: температура в лобной области справа – 33,1°C, слева – 33,2°C, на предплечьях: справа – 32,1°C, слева – 32,6°C, на кистях: справа – 32,6°C, слева – 33,3°C, на голенях: справа – 31,1°C, слева – 32,2°C, на стопах: справа – 31,7°C, слева – 31,2°C.

Лечение: после инъекции трифтазина почувствовал значительное улучшение. Последующий трехмесячный курс антипсихотиков привел к стойкой ремиссии.

Диагноз: органическое галлюцинаторно-бредовое (протозойный бред) расстройство травматического генеза.

Отмечались и реже встречаемые в литературе проявления. Через 1–3 года после ЧМТ при полном отсут-

ствии помрачения сознания, больные видели у себя в мозге микроскопические, но яркие цветные отчетливые фигурки движущихся, копошащихся людей. Эти фигурки были достаточно отчетливы даже днем, при открытых глазах пациента, но четкость видения еще более возрастала в том случае, если пациент закрывал глаза, а также по вечерам. Больные были совершенно критичны к своему состоянию, обращались за помощью к неврологу, нейрохирургу, опасались опухоли мозга, находили четкую связь между своими необычными видениями и перенесенной ЧМТ. В начале появления галлюцинаций очень пугало пациентов, затем они привыкли к ним. Изменений в соматическом состоянии не отмечалось. Колебаний настроения не было. На поведение больных галлюцинации влияния не оказывали. Течение заболевания было длительным, стабильным, не поддававшимся медикаментозной коррекции.

Лет через 5 после травмы больные становились некритичны, отмечались элементы синдрома Кандинского-Клерамбо, высказывания приобретали параноидный характер.

Выводы

Приведенные клинические описания будут способствовать обращению еще более пристального внимания на уточнение классификации широкого спектра психопатологических проявлений, наблюдаемых в отдаленном периоде ЧМТ. В дальнейшем мы планируем уделить внимание систематизации накопленных данных.

Список использованной литературы

1. *Международная классификация болезней 10 пересмотра / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – Киев, 1999. – С. 41–65.*
2. *Савенко Ю. Навстречу МКБ-11 / Ю. Савенко // Независимый психиатрический журнал. – 2005. – № 3.*
3. *Sadler J. (ed.) Values and Psychiatric Diagnosis / J. Sadler (ed.) – Oxford Univ. Press. – 2005. – P. 124–129.*
4. *Savenko Yu. Concept of the "Psychotic level" in ICD-10/XIII World Congress of Psychiatry. – Cairo. – 2005. Abstract book. – P. 257.*

ДО ПИТАННЯ ПРО ДЕЯКІ РУБРИКАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВІДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

V. С. Казаков

Ключові слова: черепно-мозкова травма, міжнародна класифікація хвороб.

Метою даної роботи є акцентуація уваги на окремих розділах МКХ-10, що створюють труднощі при статистичній оцінці різних варіантів віддалених наслідків ЧМТ.

Матеріали і методи. Проведено лонгітудинальне дослідження 437 хворих з віддаленими наслідками ЧМТ психіатричного спектра. При цьому використовували такі методи: анамнестичний, катамнестичний, клініко-психопатологічний, клініко-статистичний, психодіагностичний.

Результати та їх обговорення. Рубрика F07.0 містить діагнози, які належать до різних полюсів за клінічною та соціальною значущістю, а саме: органічний розлад особистості, синонімом якого є психопатоподібні синдроми органічного генезу, і синдром лобної частки. Як відомо, органічні розлади особистості можуть мати різний ступінь вираженості, в тому числі обмежуватися астеничними проявами. Що стосується синдрому лобної частки, то під ним мають на увазі грубі емоційно-вольові та інтелектуальні розлади.

Висновки. Наведені в статті клінічні описи сприятимуть привертанню ще більшої уваги до уточнення класифікації широкого спектра психопатологічних проявів, які спостерігаються у віддаленому періоді ЧМТ.

THE NEW DATA ABOUT MENTAL DISORDERS CLASSIFICATION IN THE LONG TERM OF TBI

V. Kazakov

Key words: traumatic brain injury, International Classification of Diseases.

The aim of this work is to focus the attention on individual sections of the ICD-10, creating difficulties in the statistical evaluation of the various variants of remote consequences of TBI.

Materials and Methods. Conducted a longitudinal study of 437 patients with long-term consequences of TBI psychiatric spectrum. We used the following methods: anamnestic, catamnesis, clinical-psychopathological, clinical, statistical, and psychodiagnostic.

Results and Discussion. Section F07.0 includes diagnoses that relate to different poles of clinical and social significance, namely organic personality disorder, which are synonymous with psychopathic symptoms of organic origin and the frontal lobe syndrome. As is well known, organic personality disorder can have varying severity, including asthenic manifestations only. With regard to the frontal lobe syndrome, it involves rough emotional-volitional and intellectual disorders.

Findings. Hope that the article will help to pay more attention to clarify the classification of a wide range of psychopathological manifestations observed in the long term TBI.