

**Психические расстройства
обусловленные органическим
поражением головного мозга
вследствие ЧМТ (клиника,
диагностика, коморбидность)**

Докладчик: А.В.Ященко

Частота: У 90% обнаруживают нервно-психические расстройства через 2-10 лет после ЧМТ. Пациенты с последствиями ЧМТ составляют 10% всех больных, наблюдаемых в психоневрологических диспансерах, из них 65% - мужчины, 35% - женщины.

Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы относятся к сравнительно стойким, малообратимым психопатологическим расстройствам. Наиболее часто встречается психическое нарушение в виде астенического симптомокомплекса, обозначаемого как посттравматическая церебрастения. При этом наблюдается повышенная истощаемость, психическая и физическая утомляемость, раздражительность, гневливость. Преобладают также гиперестетические расстройства различной интенсивности, что зависит от общего состояния организма и особенно от колебаний барометрического давления. Изменения погоды значительно ухудшают состояние больных (симптом Пирогова).

Эйфорические расстройства характеризуются повышенным настроением, переоценкой свойств собственной личности, некритическим отношением к своим поступкам (мориодный синдром). Иногда встречаются сексуальные расстройства, перверзии, склонность к бродяжничеству и алкоголизации. Течение процесса однообразное, монотонное.

Травматическая апатия формируется обычно на фоне астенического синдрома. При этом резко снижаются побуждения больных, интересы их не выходят за рамки собственного существования и удовлетворения естественных потребностей.

Не ранее чем через полгода, чаще спустя несколько лет, после перенесенной травмы могут появляться судорожные припадки и эпизодически возникающие расстройства сознания (посттравматическая эпилепсия). Они могут быть непосредственно связаны с травмирующими психогенными ситуациями.

В отдаленном периоде после черепно-мозговой травмы в редких случаях встречаются и аффективные психозы с периодическим возникновением маниакальных и депрессивных синдромов, галлюцинаторно-бредовые расстройства с вербальными галлюцинациями, острыми бредовыми идеями, психическими автоматизмами (симптом открытости, ментизм, слуховые псевдогаллюцинации).

Травматическая болезнь при длительном неблагоприятном течении заканчивается развитием дементного синдрома (травматическое слабоумие), при котором наблюдаются выраженные нарушения памяти, безынициативность, благодушно-беспечное настроение, снижение интеллекта. Дополнительные вредности (повторные травмы, алкоголизация, сосудистые расстройства) способствуют более быстрому появлению слабоумия.

В отдельных случаях отдаленные последствия травматической болезни имеют регрессиентное течение с постепенным восстановлением интеллектуально-мнестических функций. Иногда же травматическое слабоумие быстро прогрессирует и может следовать сразу же за корсаковским синдромом.

Степени тяжести черепно-мозговой травмы:

- легкая
- средняя
- тяжелая

Периоды развития травматического процесса:

1. Начальный период, период острых проявлений (острейший) - наступает непосредственно за травмой, продолжительность 7 - 10 дней.
2. Острый, вторичный период от нескольких дней до 1 месяца.
3. Период рековалесценции, длительность до 1 года.
4. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы возникают после 1 года

Выделяют следующие расстройства сознания при ЧМТ:

1. Коматозное состояние
2. Сопорозное состояние
3. Оглушенное состояние
4. Аментивные состояния.
5. Делирий.
6. Онейроидные состояния
7. Сумеречные расстройства сознания

Степени нарушения памяти у больных с черепно-мозговой травмой:

- 1) Легкая степень мнестических расстройств - частично сохраняется возможность произвольного воспроизведения.
- 2) Средняя - резкое нарушение произвольного воспроизведения и зависимость репродукции от чувственной ситуации.
- 3) Глубокие, стойкие мнестические расстройства, сочетаются с глубокими корково-подкорковыми поражениями, с паркинсонизмом, каталепсией и сопровождается безотчетными страхами не имеющими физиологического обоснования.

Сотрясение головного мозга наиболее часто встречающийся вид травм головного мозга. Полиморфизм клинической картины приводит к разнообразным последствиям, к стойким дефектам личности. Нервная и иммунная и эндокринная система взаимодействуя между собой формируют функциональный буфер, коррегирующий и приспособливающий организм к изменениям окружающей среды. В результате травмы проявляются вторичные иммунодефицитарные состояния - невротизация, аллергизация, нарушение эндокринного равновесия.

Прогноз зависит от формы и степени тяжести ЧМТ. В 20% случаев последствия ЧМТ приводят к инвалидности, в 45% - к снижению трудоспособности, только 25% больных возвращаются к прежнему труду. При тяжёлых или повторных ЧМТ, сопутствующих заболеваниях течение прогрессирующее и ремиттирующее.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1) Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Москва медицина 2000г.**
- 2) Лихтерман Л.Б. ,Корниенко В.Н.,Потапов А.А. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. М. Книга ЛТД 1993г.**
- 3) Никифоров Б.М. Клинические лекции по неврологии и нейрохирургии. Питер1999г.**
- 4) Справочник по психиатрии. Снежневский А.В. Москва-медицина 1985г.**

Спасибо за внимание

