

7. Скобелкин О. К., Морев А. И. Хирургия, 1981, 9, с. 83.
8. Смирнова В. И., Никитин А. М., Лапина Т. А., Протасевич А. А. Хирургия, 1976, 10, с. 98.
9. Смолянская А. З., Кыш В. И., Гриненко Г. И., Ананьев В. С. Клин. хирургия, 1982, 5, с. 17.
10. Федоров В. Д., Воробьев Г. И., Усков А. Г., Рудин Э. П. Вестн. хирургии, 1979, 12, с. 38.
11. Чадаев А. П. В сб.: Материалы докладов молодых научных сотрудников. М., 1971, с. 381.
12. Юхтин В. И., Бсбский А. С., Чадаев А. П. Хирургия, 1973, 10, с. 135.
13. Wojanowicz K., Berner J. Dtsch. Z. Verdau u. Stoffwechsellkr, 1976, 36, 34—233.
14. Donovan J. A., Arabi Y., Keighly M. R. B., Alexander-Williams J. Brit. J. Surg., 1980, 67, 138.
15. Дробни М. Хирургия кишечника. Будапешт, 1983.
16. Levy A. G., Benson J. W., Hewlet E. L. Gastroenterol., 1976, 70, 157.

УДК 616.89—009

К. Г. ДАНИЕЛЯН, Г. М. РУШАНЯН, А. А. АКОПЯН

К ВОПРОСУ О СИНДРОМОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Освещены вопросы синдромологических и дифференциально-диагностических особенностей резидуально-органических нервно-психических расстройств различной этиологии в разные периоды течения болезненного процесса.

Особенности синдромокинеза при резидуально-органических невротических и психотических состояниях изучены далеко недостаточно. До сих пор при изучении вышеуказанных психозов обращалось особое внимание прежде всего на структуру отдельных невротических и психотических приступов. Однако клиническая практика показывает, что без учета особенностей течения резидуально-органических нервно-психических расстройств в динамике (т. е. от приступа к приступу), особенно при так называемой эндогенизации, вопрос диагностики данного заболевания не может быть окончательно разрешен. Возникает вопрос, существуют ли определенные закономерности в чередовании синдромов (синдромотаксиса) в динамике при резидуально-органических нервно-психических расстройствах и патогномичны ли они для изучаемых заболеваний.

С целью изучения вышеуказанных вопросов нами проводилось клинико-катамнестическое обследование 120 больных резидуально-органическими невротическими и психотическими расстройствами в возрасте 25—60 лет с давностью заболевания от 2 до 15 лет.

Психотические или невротические состояния у обследованных больных возникали спустя 3—15 лет после перенесенной гриппозной инфекции (69 чел.), ревматического поражения головного мозга (21 чел.), бруцеллеза (3 чел.), менингита или менингоэнцефалита (15 чел.). У остальных 12 больных причина органического поражения головного мозга осталась невыясненной (в анамнезе этих больных от-

мечались тяжелые остропротекающие экзантематозные инфекции: корь, краснуха, ветрянка или послепрививочные аллергические реакции). Психотические и невротические состояния у больных возникали аутохтонно (без провоцирующего фактора, 90 чел.), после провоцирующих моментов, связанных с повторной нейроинфекцией (грипп, катар верхних дыхательных путей и т. д.—11 чел.) или после психотравмирующей ситуации (19 чел.). При этом невротические или психотические состояния не носили реактивного (психотравма не звучала в содержании психоза) или инфекционного характера. Психотические и невротические состояния у обследованных больных вне зависимости от этиологического фактора от приступа к приступу чередовались в определенной последовательности и проходили определенные этапы развития: экзоформный, эндоформный и экзоформно-дементный.

Экзоформный период болезни начинается сразу же (в ближайшую неделю) после воздействия повторного экзогенного фактора (при инфекциях) или после перенесенного органического поражения головного мозга и проявляется психоневрологическими расстройствами, которые протекают в форме: а) помраченного сознания (оглушенность, делирий, онейроид, сумеречное расстройство сознания), б) сомноленции, сопора и комы, в) аффективных нарушений (маниакальных или депрессивных), г) корсаковского амнестического синдрома, д) неврозоподобных, сенестопатических, ипохондрических, дереализационных, деперсонализационных нарушений. В экзоформном периоде болезни вышеуказанное расстройство приобретает некоторые особенности, которые являются достаточно патогномичными и свидетельствуют о дальнейшем развитии рецидивов.

Разнообразные формы помрачения сознания переходят друг в друга даже во время одного психотического приступа, проявляя тенденцию к затягиванию и приводя к развитию резидуальных бредовых, эффективных (гипоманиакальных, субдепрессивных, эйфорических, эксплозивных, мореоподобных, астеновегетативных) состояний. Личность больных постепенно изменяется по психопатоподобному, невротическому, астеническому, но не аутистическому или гиперстеническому типу. Эти изменения свидетельствуют о том, что за острым периодом (горячим процессом) последовал холодный, резидуальный (непсихотический) период болезни. Этот период с точки зрения прогноза не менее опасен, чем острый период болезни.

Вышеуказанные острые психотические состояния либо не повторяются, либо повторяются стереотипно (изоморфный тип течения), либо, повторяясь, переходят друг в друга (полиморфный тип течения), что также является не менее патогномичной особенностью резидуально-органических психозов вообще и изучаемого периода этих психозов, в частности. Экзоформный период болезни длится в среднем до 3 лет, и если не наступает стабилизации болезненного процесса, то он сменяется эндоформным периодом резидуально-органических психозов.

Эндоформный период болезни начинается картиной делириозного, онейроидного или сумеречного помрачений сознания, которые без периода ремиссии трансформируются в другие формы психотических или

непсихотических невротических состояний. Резидуально-органические психозы в эндоформном периоде болезни протекают в форме: аффективно-галлюцинаторных, аффективно-бредовых, аффективно-кататонических, аффективно-бредовых-онейроидных состояний с литическим или критическим окончанием болезни (эндоформный психотический тип течения). Особенность этой разновидности течения болезни заключается в том, что она, начинаясь с симптоматики экзоформного периода, сочетается с идеаторными, сенсорными (крайне редко и моторными) проявлениями синдрома психического автоматизма, различными псевдогаллюцинациями и бредовыми идеями воздействия, психосенсорными расстройствами, тактильными и обонятельными галлюцинациями, психопатоподобными (гебоидными, мореоподобными) нарушениями, астеническими расстройствами или явлениями обнумбляции. После выхода из психотического состояния у больных отмечаются явления парциальной амнезии.

Непсихотические формы эндоформных резидуально-органических нервно-психических расстройств протекают в форме: а) нарастающей астенизации и аутизации личности с развитием апатического состояния; б) патологического (психопатоподобного, паранойяльного) развития личности; в) невротического развития личности с вовлечением в клиническую картину неврозоподобных и сексуальных расстройств со снижением трудоспособности больных. Эндоформный период длится в среднем 5—10 лет.

В этот период болезни вышеуказанные психопатоподобные или неврозоподобные состояния или стабилизируются, не переходя в другие формы психотических состояний (нетрансформирующийся тип течения), или переходят в развернутые вышеуказанные психотические состояния. Отсутствие отчетливо выраженных явлений интеллектуально-мнестического снижения личности или выраженных неврологических признаков затрудняет точную и своевременную диагностику в эндоформный период болезни. Диагностические ошибки наиболее часто наблюдаются именно в этот период.

С момента перехода из эндоформного в экзоформно-дементный период болезни органическая природа вышеуказанных эндоформных психозов становится бесспорной. В этот период (он длится до конца жизни больного) при отсутствии дополнительной патологии снижается память больных, резко сужается круг их интересов, но интеллектуально-мнестическое снижение не достигает степени выраженной деменции, скорее всего речь идет о парциальной деменции. На фоне интеллектуально-мнестического снижения возникшие психотические приступы протекают в форме: а) помрачения сознания (экзогенного типа реакции); б) быстропотекающих аффективно-бредовых (депрессивно-паранойдных, гипоманиакально-бредовых) неразвернутых приступов; последние тоже дебютируют помрачением сознания оглушенного, делириозного, онейроидного или сумеречного типов.

В экзоформном, эндоформном и экзоформно-дементном периодах заболевания у больных вне психотического состояния нередко возникают и другие изменения невротического регистра, которые прояв-

ляются в форме сочетания неврозоподобных и сексуальных нарушений. Больные жалуются на психогенно спровоцированный и реактивно окрашенный страх (боязнь сойти с ума, умереть от инфаркта сердца или кровоизлияния мозга). Отмечаются также навязчивые представления, сомнения, опасения. Изредка наблюдаются приступообразно возникающие состояния общей прострации (бессилия, слабости), приступы головокружения, головных болей, взрывы злобы, гнева, различных парестетических, сенестопатических, дереализационных, деперсонализационных, психосенсорных нарушений. Эти явления появляются постепенно и длятся 1—2 месяца или протекают пароксизмально (длятся от нескольких минут до нескольких часов и дней).

Неврозоподобные явления, как правило, сочетаются с нарушениями сексуального характера, но последние иногда возникают и в изолированной форме. Чаще всего больные жалуются на импотенцию, преждевременную эякуляцию, ослабление либидо, склонность к мастурбации, изредка отмечаются явления коитофобии или затягивание процесса полового акта с задержкой эякуляции. В редких случаях отмечаются явления ночной и дневной полюции. С наступлением вторичного психотического состояния, как правило, сексуальные расстройства полностью исчезают и в дальнейшем либо не повторяются, либо повторяются в форме импотенции. Наблюдаются также случаи, когда сексуальные расстройства не исчезают и в период психотических состояний они, как правило, входят в структуру психотических приступов и подвергаются бредовой интерпретации.

В период лечения нейролептическими средствами и ноотропами сексуальные расстройства либо полностью исчезают, либо наблюдается некоторое улучшение и в сексологическом статусе больных (явления импотенции и ослабление либидо возникают только при стрессовых ситуациях, явления задержки или преждевременной эякуляции возникают только при гриппозных состояниях, при переутомлении, при употреблении спиртных напитков, при аутохтонно возникающих субдепрессивных состояниях невротического характера).

Вышеуказанные резидуально-органические психотические и невротические состояния возникают как при отсутствии, так и при наличии рассеянных неврологических симптомов, т. е. при наличии признаков органической патологии головного мозга. Эти неврологические нарушения чаще всего проявляются в форме вестибулярных расстройств головокружений, неустойчивости в позе Ромберга, тремора пальцев рук, нарушения артикуляции, заикания, асимметрии носогубных складок, птоза, анизокории, слабости или отсутствия брюшных рефлексов, снижения или повышения сухожильных рефлексов, анизорефлексии, патологических рефлексов, ладонно-подбородочного рефлекса, нистагмы, расширения рефлексогенных зон, игры вазомоторов, гипергидроза, гемипарезов. При рентгенологических исследованиях головного мозга выявлялись явления гиперостоза, усиление сосудистого рисунка. При ЭЭГ исследовании чаще всего отмечались диффузные органические изменения головного мозга.

Хотя вышеуказанные резидуально-органические психозы часто возникали при наличии признаков органического поражения головного мозга, но между ними не удавалось выявить непосредственной связи и параллелизма, психозы возникали и непосредственно после воздействия экзогенной вредности, и спустя много лет после воздействия патогенного агента. Не было прямого параллелизма и между выраженностью органического поражения головного мозга и степенью тяжести психотического приступа.

Клиника резидуально-органических психозов нуждается в дальнейшем многоорбитном исследовании. Уточнение диагностических критериев резидуально-органических психозов важно не только для уточнения границ этих психозов, но и для установления органической природы ряда психозов эндоформного характера, часто ошибочно включающихся в рамки шизофрении или циклофрении.

Кафедра психиатрии
Ереванского ГИУВ-3

Поступила 2/IV 1987 г.

Կ. Գ. ԴԱՆԵԼՅԱՆ, Ա. Ա. ՀԱԿՈՔՅԱՆ, Գ. Մ. ՌՈՒՇԱՆՅԱՆ

ՄԱՆՑՈՐԻԱՅԻՆ ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ՆՅԱՐԳԱՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ
ՄԵԿՐՈՄՈՒՈՒԿԻԱՅԻ ՀԱՐՅԻ ՇՈՒՐՁ

Ամփոփված են գլխուղեղի օրգանական մնացորդային խանգարումների հետ կապված հոգեախտաբանական և ներոտիկ վիճակների կլինիկական պատկերները, նրանց տարբերակիչ-ախտորոշիչ այն առանձնահատկությունները, որոնք հնարավորություն են տալիս տարբերելու գլխուղեղի օրգանական ախտահարմամբ պայմանավորված հոգեկան և ներվային խանգարումները արտաքնապես նման, բայց էնդոգեն բնույթի հոգեախտաբանական և ներոտիկ խանգարումներից: Առաջարկվում են բուժման և ռեֆիլիտացիայի համապատասխան միջոցառումներ: Հետազոտության արդյունքները նպաստելու են նաև մի շարք բժշկա-իրավաբանական հարցերի ճիշտ և ժամանակին լուծմանը:

K. G. DANIELIAN, A. A. HAKOPIAN, G. M. ROUSHANIAN

ON THE PROBLEM OF SYNDROMOLOGIC PECULIARITIES
IN RESIDUAL-ORGANIC AND NEUROPSYCHIC DISTURBANCES

The problems of syndromologic and differential diagnostic peculiarities of residual-organic and neuropsychic disturbances of different etiology and in different periods of the pathologic process development are elucidated.