

## ON THE ORIGIN OF THE BLOOD LEUKOFORMULA CHANGES IN SOME EXTREMAL CONDITIONS

The dynamic changes of the blood leukoformula are studied in two antagonistic nosologies (epilepsy and schizophrenia) and two extremal conditions (spastic fits and insulinotherapy session), which have a contrary neurohormonal directions. It is suggested that there are different ways of improvement of the immune system in the studied antagonistic conditions.

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Григорова О. П. *Вопр. охр. матер.*, 1963, 10, с. 50.
2. Ефимов А. С., Боднар П. Н., Зелинский Б. А. *Эндокринология*. Киев, 1983.
3. Корнева Е. А., Клименко В. М., Шхинек Э. К. *Нейрогормональное обеспечение иммунного гомеостаза*. Л., 1978.
4. Ронин В. С., Робинович А. П., Лурье И. М. *Лаб. дело*, 1973, 2, с. 122.
5. Семенов С. Ф., Назаров К. Н., Чуприков А. П. *Аутоиммунные процессы при врожденных энцефалопатиях, эпилепсии и шизофрении*. М., 1973.
6. Худгарян М. В. *Ж. exper. и клин. мед. АН АрмССР*, 1988, 1, с. 100.
7. Худгарян М. В. *Ж. exper. и клин. мед. АН АрмССР*, 1988, 2, с. 179.

УДК 616.89—008—08

А. М. ХАЧАТУРЯН

К СИНДРОМАЛЬНОЙ СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ  
НАРУШЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА  
В СВЕТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ  
СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ

Проведено клиничко-катамнестическое обследование больных с последствиями черепно-мозговой травмы. Описаны структурные особенности сходных в семиотическом отношении непсихотических психических нарушений (астенические и астеноневротические расстройства), органические изменения психики, психопатоподобный синдром и посттравматическое патологическое развитие личности. Выделены дифференцированные критерии диагностической квалификации этих состояний.

Нервно-психические нарушения отдаленного периода черепно-мозговой травмы порождают ряд проблем не только медицинского, но и социального характера в связи с развитием временной или стойкой утраты трудоспособности, необходимостью профессиональной переориентации либо изменения характера трудовой деятельности и т. д. Снижение уровня инвалидизации в результате черепно-мозговых травм справедливо связывается с адекватностью терапевтических и реабилитационных мероприятий [4], которые основываются на всесторонней оценке состояния больных. С другой стороны, анализ литературных данных и клиническая практика убеждают в существовании определенных противоречий в диагностике и разноречивых диагностических формулировок применительно к психическим нарушениям травматического генеза [11]. Традиционные диагнозы типа: посттравматическая цере-

бразнения, посттравматическая энцефалопатия, психопатизация или снижение уровня личности—не содержат необходимой информации о глубине и выраженности нарушений психических функций, соотношении интеллектуально-мнестических, эмоционально-волевых и личностных расстройств [2]. Далеко неоднородно и содержание, вкладываемое в одинаково звучащие термины, как неврозоподобный, психопатоподобный, психопатизация и т. п.

В большинстве случаев состояние больных оценивается по ведущему синдрому либо совокупности синдромов (полисиндрому) [8]. Синдромальный принцип унификации клинической картины заболевания хорошо зарекомендовал себя в диагностике эндогенных процессов как несущий определенную информацию, касающуюся не только структуры, но и в определенной мере динамических характеристик заболевания [6]. Однако при резидуально-органической патологии, к какой относится и большинство случаев с последствиями черепно-мозговых травм, речь идет о весьма ограниченном наборе синдромальных форм, которые, будучи представлены в обобщенном виде, не только не отражают тенденций в развитии болезни, но и не дают полного представления о состоянии больного.

Исходя из изложенного, в настоящей работе поставлена задача уточнить типологическую структуру и дифференциально-диагностические особенности наиболее часто встречающихся синдромальных форм непсихотических психических нарушений отдаленного периода черепно-мозговой травмы. Обследовано 352 больных по поводу травматической болезни головного мозга.

К числу наиболее часто встречающихся синдромальных форм относились различные проявления посттравматической астении. Патогномичным для таких состояний являлось сочетание расстройств эмотивно-гиперестетического (116) либо гипостенического (39) круга с вегетососудистыми и диэнцефальными нарушениями. В литературе они нередко описываются как неврозоподобные расстройства органического генеза [13, 14]. Большинство авторов настаивает на необходимости отграничения подобных состояний от невротических нарушений психогенной природы. Не отрицая целесообразности такой дифференциации, мы все же полагаем, что их противопоставление не во всех случаях является оправданным. Почти у 76% больных приходилось наблюдать сочетание патологии псевдоневротического и психогенного регистров, что согласуется с рядом литературных данных [3, 12, 17]. При этом реактивная природа психических нарушений, их связь с конфликтной ситуацией нередко оставались в тени, т. к., согласно нашим наблюдениям, при черепно-мозговой травме наблюдается взаимозависимость, а иногда и единство факторов, определяющих биологическое и психогенное воздействие на больного.

Характерные для посттравматической астенизации нейродинамические нарушения приводили к поломке механизмов психической адаптации, создавали благоприятную почву для повышенной реактивной лабильности, интолерантности не только к физическим, но и психоген-

ным воздействиям [5]. С другой стороны, сохранность интеллекта и индивидуальных особенностей характера способствовали развитию личностных реакций как на сам факт травматизации, так и ее последствия (психофизическую несостоятельность, утрату социальных позиций и т. п.) в рамках феномена переживаний болезни [9]. Перечисленные моменты создавали условия для формирования внутреннего психологического конфликта [1, 16] и, как следствие его, кратковременных либо затяжных невротических состояний. Последние, в свою очередь, приводили к усложнению базисного церебраленического синдрома.

Ситуационно-психогенные образования были представлены депрессивными (41), истерическими (53), ипохондрическими (44) и фобическими (17) расстройствами. Развитие депрессивных и в определенной мере ипохондрических реакций было связано с инсуфициентным оттенком переживаний болезни, а истерические включения в большей степени—с феноменом психологической защиты.

Наличие реактивных компонентов в значительной степени видоизменяло семiotическую картину заболевания. Клинически такая трансформация выражалась в более отчетливом звучании преморбида и личноcтно значимой ситуации в структуре психопатологических расстройств, тенденцией к колебаниям состояния в связи с психологическим климатом, складывающимся вокруг больного, что приводило к изменчивости отдельных симптомов. Жалобы больных алгического и сенестопатического характера утрачивали связь с биологическими факторами. Намечался определенный разрыв между формирующейся в сознании больного внутренней картиной болезни [15] и степенью выраженности резидуально-органической патологии. В социальном плане наблюдалось снижение трудовых установок, а в ряде случаев (особенно при производственных травмах) формирование рентных притязаний. Описанные состояния существенным образом отличались от «чистых» церебраленических расстройств и квалифицировались нами как астеноневротический синдром в рамках посттравматических нарушений.

Группа больных с ведущим органическим психосиндромом (посттравматической энцефалопатией) также оказалась неоднородной. У 38 больных наблюдались нерезко выраженные изменения психики по органическому типу. Клинически они проявлялись снижением психического тонуса и волевой активности, недостаточным стремлением к трудовой деятельности, заметным снижением способностей к усвоению нового. В условиях экспериментально-психологического обследования выявлялись затруднения в усвоении задания, замедление ориентировки, застреваемость внимания, некоторое снижение уровня обобщений. Характерологические сдвиги нередко отмечались лишь лицами, хорошо знавшими больного до травмы. В одних случаях преобладали некоторая резкость, придирчивость, утрата чувства такта, в других—эмоциональная холодность, мелочность, эгоцентризм, в третьих—тенденция к обстоятельности, многословию на фоне едва уловимой эйфоризации. У большинства больных этой группы сохранялись ранее при-

обретенные навыки и в определенной мере знания. Они обнаруживали достаточную психологическую приспособляемость и профессиональную адаптацию в рамках привычной трудовой деятельности.

Более глубокие изменения личности по органическому типу имели место в 35 случаях. Характерным для них было сочетание отчетливых нарушений со стороны мышления и памяти с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами. Ассоциативные процессы отличались снижением темпа, наличием персевераций, элементов вязкости, тугоподвижности. Больным бывало трудно достигнуть необходимого уровня обобщения, выразить свои мысли. При даче анамнестических сведений или описании своего состояния они нередко прибегали к вспомогательным образам, метафорическим сравнениям. Ощутимо снижалась способность к усвоению новых знаний. Интеллектуальные нарушения нередко сочетались с повышенной истощаемостью, на фоне которой они заметно усиливались по типу преходящей поверхностности суждений [7]. У большинства больных уже в процессе простого расспроса можно было обнаружить снижение памяти на текущие события, затруднения в воспроизведении последовательности и хронологии при произвольном изложении. Клиническое своеобразие посттравматического органического психосиндрома в рамках эксплозивного, эйфорического и апатического вариантов во многом определялось особенностями эмоционально-волевых нарушений. При этом прослеживалась определенная взаимосвязь между глубиной общеорганических изменений психики и характером аффективной патологии от менее тяжелых при эксплозивном варианте к более грубым на фоне расстройств по эйфорическому и апатическому типам. Стержневым звеном симптомокомплекса неизбежно выступали дефицитарные (негативные) симптомы. Именно поэтому, несмотря на определенное сходство с психопатоподобными нарушениями, такие состояния правильнее рассматривать, на наш взгляд, в рамках органического психосиндрома.

В отличие от предыдущей группы у 87 больных резидуально-органические изменения проявлялись отчетливым преобладанием эмоционально-волевой патологии над интеллектуально-мнестической, что давало основание говорить о психопатоподобном сдвиге, который укладывался в рамки автономного симптомокомплекса. Наряду с эксплозивным вариантом (26) наиболее часто встречались характерологические нарушения по истерическому (29), дистимическому (12) и смешанному (20) типам. Психопатоподобные состояния отличались полиморфностью, что особенно отчетливо прослеживалось при анализе динамики заболевания, поэтому подразделение их на клинические группы являлось в определенной мере условным. При этом в одних случаях типология синдрома в большей степени была связана с преморбидными особенностями личности, в других ведущую роль играли ситуационные и психогенные факторы. Обращало внимание также и отсутствие коррелятивной связи между глубиной резидуально-органической патологии (последняя выявлялась лишь при детальном изучении клиники заболевания либо в экспериментально-психологической ситуации) и выраженностью характерологических изменений личности.

Анализ материала позволил выделить два варианта психопатологического синдрома. В первом случае (35 наблюдений) проявления его ограничивались отдельными, в пределах личностных ресурсов, патохарактерологическими реакциями на индивидуально значимую психотравмирующую ситуацию. В то же время вне эмоционального напряжения такие больные обнаруживали достаточную психологическую приспособляемость, стремление сохранить семью, удержаться на работе. Они как бы привыкали к «существованию» в условиях измененной аффективности, старались сдерживать ее проявления, избегали конфликтных ситуаций.

У 42 больных психопатоподобные нарушения выявлялись в условиях повседневности, будучи неотъемлемой частью поведенческого стереотипа. В основе таких состояний лежала глубокая перестройка личности больного с существенным снижением или искажением ценностных ориентаций, ограничением сферы социально полезной активности. Даже в тех случаях, когда целевые установки больных носили социально приемлемый характер, они выбирали неприемлемые способы их реализации и сами становились «носителями» конфликтов.

Психопатоподобные расстройства имели место и у 37 больных с патологическим развитием личности. Однако в этих случаях констелляция микросредовых факторов приводила к тому, что больные начинали особенно остро реагировать на определенную ситуацию, связанную, как правило, с кататимно окрашенными переживаниями. Это, в свою очередь, способствовало одностороннему узконаправленному толкованию событий с характерной избирательностью наблюдений и воспоминаний. В результате намечалось формирование определенного по содержанию симптомокомплекса, стержневым звеном которого являлись доминирующие и сверхценные идеи. Роль органической «почвы» в развитии подобных состояний не ограничивалась лишь измененной аффективностью. Немаловажное значение приобретали и другие компоненты триады, такие как ригидность и тугоподвижность мышления, склонность к обстоятельности и детализации, снижение критических способностей. В социальном плане у этой группы больных наблюдался глубокий разрыв между возможностями профессиональной адаптации и грубыми нарушениями психологической приспособляемости.

Проведенное исследование показало, что между сходными в синдромальном отношении вариантами посттравматической психической патологии имеются существенные различия как в патогенетическом и семиотическом, так и в прогностическом отношении. Данное обстоятельство необходимо учитывать в процессе диагностической и экспертной квалификации состояния больных, которая должна осуществляться, на наш взгляд, по линии дифференцированной оценки структуры синдрома.

Кафедра психиатрии  
ЕрГИУВ МЗ СССР

Поступила 2/ХП 1987 г.

ՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ ԾԱԳՈՒՄՈՎ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՍԻՆԴՐՈՄԱԿ  
ԿԱՌՈՒՅՎԱԾՔԻ ՇՈՒՐՋ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՎԻՃԱԿԻ ԱԽՏՈՐՈՇԻՉ  
ՈՐԱԿԱՎՈՐՄԱՆ ԼՈՒՅՍԻ ՆԵՐՔՈՒ

Կլինիկականատամնեստիկ եղանակով ուսումնասիրված են 352 հիվանդների՝ զանգուղեղային վնասման հետևանքներով: Նկարագրված են սեմիոտիկայի (ախտանշագիտական) առումով ոչ պսիխոտիկ հոգեկան խանգարումների ստրուկտուրայի առանձնահատկությունները, որպիսիք են ասթենիկ և ասթենաներոտիկ երևույթները, հոգեկանի օրգանական փոփոխությունները, փոխոպաթանման սինդրոմը և անձի հետարավմատիկ ախտաբանական զարգացումը: Բացահայտված են այդ դրույթյունների ախտորոշիչ մասնագիտացման տարբերակիչ շահանիշներ:

A. M. KHACHATURIAN

ON THE SYNDROMAL STRUCTURE OF PSYCHIC DISORDERS  
OF TRAUMATIC GENESIS FOR THE DIAGNOSTIC QUALIFICATION  
OF THE PATIENT'S STATE

The clinical-catamnestic investigation of 352 patients with cranio-cerebral traumatic consequences has been carried out. The structural peculiarities of semiotically similar nonpsychotic psychical disorders are described (asthenic and astheno-neurotic disturbances), organic changes of psychics, psychopathic-like syndrome and posttraumatic pathologic development of character.

The differential criteria for diagnostic qualification of these conditions are found out.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айрапетянц М. Г., Вейн А. М. Неврозы в эксперименте и клинике. М., 1982.
2. Арбатская Ю. Д. В кн.: Клиника, врачебно-трудовая экспертиза, реабилитация при сосудистой патологии головного мозга и последствиях черепно-мозговых травм. М., 1969, с. 181.
3. Белов В. П., Миронов Г. И., Краснова С. Г. В кн.: Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация при последствиях черепно-мозговой травмы. М., 1976, с. 48.
4. Бурцев Е. М., Бобров А. С. Отдаленный период военной черепно-мозговой травмы. М., 1986.
5. Глязровский В. А. Избранные труды. М., 1973.
6. Жариков Н. М., Исаков В. М. Шизофрения. М., 1977.
7. Зейгарник Б. В. В кн.: Нервные и психические заболевания военного времени. М., 1948, с. 125.
8. Иванов Ф. И. Ж. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1971, 4, с. 547.
9. Ковалев В. В. В кн.: Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972, с. 102.
10. Корнилов А. А. Ж. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1981, II, с. 1681.
11. Кузнецов М. Т. Клин. мед., 1973, 9, с. 99.
12. Куликов Л. С. В кн.: Явления декомпенсации и компенсации в соматопсихическом развитии. М., 1973, с. 58.
13. Кутин В. П., Кутин Г. В. В кн.: Неврозы. Харьков, 1976, с. 74.
14. Лексин Е. Н. Психогенные (реактивные) заболевания. Материалы научно-практич. конференции, в I. М., 1979, с. 216.
15. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1944.

Л. А. МИРАҚЯН, А. А. ПИЛИПЕНКО

## АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ЛОР-ПАТОЛОГИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Сделано заключение о необходимости предоперационной подготовки больных, страдающих хроническим алкоголизмом, при операциях на ЛОР-органах с целью предупреждения алкогольных делириозных состояний.

В настоящее время алкоголизм относится к числу распространенных заболеваний. По данным ВОЗ, смертность от алкоголизма и обусловленных им заболеваний занимает третье место в мире.

Алкоголь и продукты его распада вызывают определенные изменения в организме, влияют на психическую и эмоциональную деятельность человека. Как установлено, в организме больных алкогольными психозами имеет место нарушение проницаемости клеточных мембран головного мозга.

Под нашим наблюдением находились 30 больных с различной ЛОР-патологией, страдающих хроническим алкоголизмом преимущественно II стадии. Возраст больных колебался от 42 до 63 лет. Среди них было 28 мужчин и 2 женщины. Больные были разделены на 2 группы по 15 в каждой. I группа в предоперационном периоде получала медикаментозную подготовку, во II (контрольная группа) операция производилась без предварительной лекарственной терапии.

Больным I группы в предоперационном периоде проводили следующую подготовку: за 3 дня до операции—оксипутират натрия 2—3 раза в сутки по 2—3 г внутрь, предварительно растворив в 50—60 мл кипяченой воды или в 5% растворе глюкозы, панангин—1—2 драже 3 раза в день, АТФ 1%—1 мл 1 раз в день, кокарбоксилаза—0,05 г в сутки, витамин В—0,3—0,5 г, непосредственно перед операцией—промедол 2,0 внутримышечно. В послеоперационном периоде вышеуказанные препараты назначались в течение 5 дней.

Больным II группы начинали проводить лекарственную терапию в послеоперационном периоде при первых признаках делирия. Все больные находились под наблюдением психиатра.

В результате проведенной лекарственной терапии в послеоперационном периоде ни у одного больного I группы не наблюдали делириозных состояний.

Наблюдения показали, что алкогольные психозы возникали при злоупотреблении алкоголем не менее 5 лет, при наличии массивной кровопотери, при дисциркуляторных нарушениях церебрального кровообращения, у больных с конституциональными и психопатическими особенностями характера.