

А. М. ХАЧАТУРЯН

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Проведено клинико-катамнестическое обследование больных с неврозоподобным синдромом травматического генеза. При оценке результатов лечения учитывались степень редукции психопатологических расстройств, стойкость ремиссии, наличие или отсутствие тенденции к нарастанию характерологических изменений личности. Исходя из этих критериев, выделены группы больных с удовлетворительным и неудовлетворительным терапевтическим эффектом.

Неврозоподобные нарушения являются одной из наиболее часто встречающихся форм психической патологии в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Они нередко становятся причиной временной, частичной, а иногда и полной утраты трудоспособности [1, 3]. При затяжном течении неврозоподобные расстройства могут трансформироваться в более грубые варианты патологии с деформацией личностных установок и стойкой социальной дезадаптацией [1, 3, 6, 9]. Профилактика подобных осложнений во многом связывается с своевременным и правильно организованным лечением больных [4, 5, 8]. С другой стороны, наш клинический опыт свидетельствует о том, что терапевтические мероприятия, осуществляемые в отношении больных с неврозоподобными нарушениями травматического генеза, далеко не во всех случаях оказываются достаточно эффективными. Данное обстоятельство побудило к более детальному изучению причин терапевтической резистентности у больных с указанной патологией.

С этой целью были проанализированы особенности клинической картины и результаты лечения 117 больных с неврозоподобными нарушениями в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, состоящих на учете в Ергорпсихоневрологическом диспансере. По полу и возрасту больные распределялись следующим образом: 93 мужчины в возрасте от 31 до 67 лет и 24 женщины в возрасте от 37 до 53 лет. В условиях стационара лечилось 78 больных, и 39 находились на амбулаторном лечении. В отношении 89 больных имелись катамнестические сведения с давностью от 3 до 17 лет.

При выборе методов лечения мы исходили из того, что основными факторами, определяющими семиотическую структуру неврозоподобного синдрома в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, являются проявления церебральной астении как варианта психоорганического синдрома, дисциркуляторные и вестибулярные нарушения, а также вторичные психогенные образования в рамках ситуационно-личностных реакций на физические и социальные последствия травматизации. Клиническое своеобразие синдрома определяется различным сочетанием перечисленных трех групп расстройств.

Исходя из первичности органической патологии, лечение больных проводилось с акцентом на мероприятия, адресованные к сомато-церебральному звену психических нарушений. Схема лечения включала

общеукрепляющую, рассасывающую и дегидратационную терапию, а также препараты, способствующие нормализации кровообращения и метаболизма в тканях мозга.

Рассасывающая терапия проводилась с применением биохиннола и лидазы. Дегидратационная терапия на начальных этапах включала препараты преимущественно осмотического действия (внутривенные вливания 40% раствора глюкозы и 25% раствора сернокислой магнезии). В дальнейшем с той же целью назначались мочегонные средства: фуросемид, сиднокарб, верошпирон и т. п. В качестве препаратов, улучшающих мозговой кровоток, применялись циннаризин или кавинтон [7]. Из препаратов метаболического действия предпочтение отдавалось ноотропилу, церебролизину и энцефаболу. Последний чаще применялся при астено-депрессивной структуре синдрома. Общеукрепляющая терапия включала малые дозы инсулина (при отсутствии противопоказаний), витамины и их аналоги, реже—биогенные стимуляторы.

Одной из целевых установок проводимого лечения было сведение к минимуму количества применяемых психотропных средств. При их назначении в первую очередь учитывалось наличие в спектре фармакологической активности препарата положительных соматотропных и вегетотропных свойств [2, 6].

Эффективность проводимой таким образом терапии оказывалась неодинаковой у различных больных, несмотря на кажущуюся однородность клинического материала, что побудило к более детальному изучению групп больных с удовлетворительными и неудовлетворительными результатами лечения. У больных с хорошим терапевтическим эффектом (мужчин—52, женщин—11) ведущим в клинической картине заболевания был церебрально-органический компонент неврозоподобного синдрома. Вторичные психогенные образования были представлены преимущественно депрессивными (38), сенсо-ипохондрическими и алгически-ипохондрическими (25) включениями. У 27 больных давность заболевания не превышала трех лет. У 19 ухудшение состояния развилось после более или менее длительного (4—15 лет) периода компенсации посттравматических расстройств и было связано, как правило, с воздействием дополнительных экзогенных вредностей, таких как повышенные психофизические нагрузки, интеркуррентные заболевания и т. п. Сходная картина «поздней» декомпенсации психических нарушений наблюдалась еще у 11 больных, однако основным декомпенсирующим моментом у них выступал возрастной и сосудистый фактор. Таким образом, все больные этой группы объединялись по признаку небольшой давности заболевания либо периода декомпенсации. Другой отличительной особенностью, объединяющей эту группу больных, являлась тесная связь между церебрально-органической патологией и психогенными расстройствами, которая проявлялась как во временном аспекте, так и в фабуле психогенных расстройств. В переживаниях больных доминировали мотивы, связанные со срывами в трудовой деятельности, с невыполнением ролевых функций в семье. Многие опасались стать «лишними» людьми. В процессе лечения у них отмечался отчетливый параллелизм между нормализа-

цией соматического (уменьшение проявлений церебрастении, дисциркуляторных и гиперестетических расстройств) и психического состояния больных. Как правило, не возникало расхождений между объективной оценкой выраженности психопатологических симптомов и самоотчетом больных о своем состоянии. Последние охотно отмечали исчезновение алгических явлений, повышение настроения, ощущение прилива сил. Вслед за этим довольно быстро подвергались дезактуализации депрессивные и ипохондрические переживания. Имевшие место в ряде случаев резидуальные явления типа нарушений сна, настроения и ирритативные расстройства редуцировались после назначения небольших доз транквилизаторов и антидепрессантов промежуточного звена.

• Несколько иной была группа больных с менее отчетливым терапевтическим эффектом (41 мужчина и 13 женщин). Среди них преобладали лица с давностью заболевания более 5 лет (42), частыми либо длительными периодами декомпенсации (47), неблагоприятным семейным или социально-трудовым анамнезом или катамнезом (35). У 37 больных отмечалось сочетание двух и более перечисленных выше факторов. По полу, возрасту в период обследования и в период травматизации существенных различий между двумя группами больных установлено не было.

Неврозоподобные включения у больных второй группы отличались более сложной структурой с преобладанием депрессивно-ипохондрических и истеро-ипохондрических переживаний. Истерические включения отчетливо прослеживались даже в тех случаях, когда они не определяли структуру синдрома. У 32 больных с производственными травмами имели место рентные притязания и установка на оформление инвалидности. Необходимо отметить, что около 62% больных, отнесенных ко второй группе, не получало в должном объеме и достаточно регулярно этиопатогенетического лечения, несмотря на неоднократные обращения в медицинские учреждения. В процессе лечения у этой группы больных отмечались своеобразные ножицы между объективно наблюдаемым улучшением состояния, выражающимся в редукции вегетативно-сосудистого компонента церебрастении, повышением активности и сохраняющимися жалобами на недомогание, болезненные ощущения, исходящие из различных областей тела, плохое настроение и т. п. Больные настаивали на отсутствии терапевтического эффекта. Фон настроения, как правило, длительное время оставался дистимичным. Несмотря на неудобства, связанные с пребыванием в психиатрическом стационаре, многие из них не стремились к выписке, настаивали на продолжении лечения в госпитальных условиях.

По ходу лечения таких больных возникала необходимость в наращивании доз психотропных препаратов, а в 38 случаях — в комбинированной терапии различными группами психотропных средств. У 19 больных глубина аффективных и ипохондрических переживаний, а также наблюдаемые на отдельных этапах заболевания сенситивные идеи отношения обусловили применение «больших» антидепрессантов и препаратов нейролептического ряда. Наряду с этим проводилась

регулярная психокоррекционная работа, направленная на дезактуализацию болезненных переживаний.

Несмотря на интенсивность проводимой терапии, ремиссии у больных второй группы были менее стойкими. По данным катамнеза (от 2 до 5 лет) у 34 пациентов имели место частые декомпенсации невротоподобных расстройств с нарастанием характерологических сдвигов в рамках невротического развития личности.

Таким образом, проведенное исследование показало, что к факторам, способствующим развитию терапевтической резистентности при посттравматических невротоподобных состояниях, можно отнести сложность структуры психических нарушений невротического регистра, большой удельный вес истерических включений, наличие реальных притязаний, большую длительность и безремиссионность течения астено-невротических расстройств. Одной из причин такой динамики посттравматических нарушений является недостаточно адекватное и регулярное лечение на ранних стадиях заболевания.

Кафедра психиатрии ЕРГИУВа

Поступила 3/XI 1989 г.

Ա. Մ. ԽԱՉԱՏՈՒՐՅԱՆ

**ԳԱՆԴՈՒՆՆԱԾԻՆ ՎԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՀԵՌԱՎՈՐ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ՆԵՎՐՈԶԱՆՄԱՆ
ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ
ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ**

Կլինիկա-կատամնեստիկ մեթոդով ուսումնասիրված են 117 հիվանդ, որոնք ստացել են բուժում վնասվածքի հետևանքով առաջացած համախտանիշի պատճառով: Բուժման արդյունքները գնահատելիս հաշվի են առնվել պսիխոպաթոլոգիական խանգարումների աստիճանը, ռեմիսիայի կայունությունը կամ անձի բնորոշ փոփոխությունների տեղեկացի առաջացման բացակայությունը:

Նկատելով այս ցուցանիշներից հիվանդները բաժանվել են բավարար և ոչ բավարար թերապևտիկ արդյունք ունեցող խմբերի: Հաստատված է, որ բուժական դիմադրողականության բնորոշ գործոններից են հանդիսանում նեոտիկ ռեգիստրի հոգեկան խանգարման համախտանիշային կառուցվածքի բարդությունը, հիստերիկ երևույթների մեծ տեսակարար կշիռը, ոչ բավարար, անհամապատասխան կամ որոշ չափով անկանոն բուժումը հիվանդության զարգացման վաղ շրջաններում:

A. M. KHACHATOURIAN

**THE COMPARATIVE RESULTS OF THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH NEUROSIS-LIKE DISTURBANCES AT THE REMOTE TERMS
AFTER CRANIOCEREBRAL TRAUMAS**

The clinical-catamnestic investigations were carried out in 117 patients with neurosis-like syndrome of traumatic genesis.

In estimation of the results of treatment the degree of reduction of psychopathologic disturbances, the persistence of remissions, presence or absence of the tendency to increase of the characterologic changes of the person were taken into consideration. The complex syndromal structure

of psychotic disturbances of neurotic register, big specific gravity of hysteric inclusions, inadequate or irregular treatment at the early stages of the disease development are found out to be the factors, promoting the development of the therapeutic resistivity.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамов В. А. Ж. невропатол. и психиатр., 1986, 4, с. 562.
2. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. М., 1981.
3. Белов В. П. В кн.: Актуальные вопросы профилактики и лечения основных психических болезней. М., 1986, с. 5.
4. Голодец Р. Г., Максимова Э. Л., Авербах Я. К., Афанасиев Ю. И. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1983, с. 40.
5. Князева Н. А. В кн.: Новое в терапии и организации помощи больным с пограничными нервно-психическими расстройствами. М., 1986, с. 95.
6. Куликов Л. С. Материалы VII Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1981, с. 211.
7. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., 1986.
8. Бурцев Е. М., Бобров А. С. Отдаленный период военной черепно-мозговой травмы. М., 1986.
9. Cronholm B. Scand. J. Rehab. Med., 1972, 4, 35.

УДК 616.833—00.12

В. Л. ГОЛУБЕВ, А. М. АРЗУМАНЯН

КЛАССИФИКАЦИЯ ЛИЦЕВЫХ ДИСКИНЕЗИЙ

Предложенная на основании анализа литературы и собственных данных классификация является одной из первых попыток систематизации существующих данных о лицевых дискинезиях. Такая классификация может послужить основой для дальнейшей разработки этой проблемы, а также быть полезной в практической деятельности врачей разных специальностей.

Лицевые дискинезии являются важной клинической проблемой. Наши многолетние наблюдения свидетельствуют о чрезвычайно высоком проценте диагностических ошибок при этой патологии, что обусловлено не только дефицитом теоретических знаний о патогенезе лицевых дискинезий, но, в первую очередь, отсутствием рубрификаций, детальных описаний клинических проявлений этих синдромов. При этом существуют лицевые гиперкинезы, не описанные в отечественной литературе. Мы полагаем, что в настоящее время назрела необходимость создания более или менее полной классификации лицевых дискинезий, и придаем ей не только теоретическое, но, прежде всего, важное практическое значение.

До сих пор неврологами не предпринималось серьезных попыток создания достаточно полной классификации лицевых дискинезий. В ряде работ вопросы классификации обсуждаются, но они, как правило, ограничиваются нозологической рубрификацией какого-либо отдельного семиотического типа гиперкинеза. К ним можно отнести нозологическую классификацию блефароспазма [2, 4], тикозных гиперкинезов [3]. В 1981 г. была предложена [1] для практических дифференциально-диагностических целей классификация лицевых гипер-