

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

О.С.Зайцев

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

черепно-мозговой травмы и ее последствий

Учебное пособие

УДК 617.51-001-06:616.89](075.8)

ББК 56.13:56.14я7

3-17

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Автор:

Зайцев О.С., докт. мед. наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; главный научный сотрудник, руководитель группы психиатрических исследований, профессор ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко» Минздрава России.

Рецензенты:

Мосолов С.Н., докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, заслуженный деятель науки РФ;

Шмуклер А.Б., докт. мед. наук, профессор, заместитель директора Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России;

Иванова Г.Е., докт. мед. наук, профессор, руководитель отдела медицинской реабилитации ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, заведующая кафедрой медицинской реабилитации ФДПО ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России.

Зайцев, Олег Семенович.

3-17 Психиатрические аспекты черепно-мозговой травмы и ее последствий : учебное пособие / О.С.Зайцев. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 124 с. : ил. ISBN 978-5-00030-946-9.

В настоящем учебном пособии изложены современные представления о черепно-мозговой травме с акцентом на выявлении и описании обнаруживаемых у пострадавших разнообразных психических расстройств, обусловленных травмой мозга. Приводятся наиболее характерные признаки ведущих клинико-психопатологических синдромов на разных этапах восстановления психической деятельности после черепно-мозговой травмы. Отдельно описаны связанные с церебральным поражением психоорганический синдром, аффективная патология, а также психические нарушения в структуре посттравматической эпилепсии.

Особое внимание уделяется психиатрическим аспектам оказания помощи пациентам, выбору психофармакологических, психотерапевтических и реабилитационных стратегий. Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальностям «лечебное дело», клинических ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальностям «психиатрия», «нейрохирургия», «клиническая психология», «медицинская реабилитация», а также врачей – психиатров, неврологов, реаниматологов, специалистов по физической и реабилитационной медицине, клинических психологов, участвующих в восстановлении психической деятельности пациентов нейротравматологического профиля.

Пособие одобрено Центральным методическим советом ПИМУ, присвоен гриф ПИМУ, протокол №9 от 26.10.2020.

УДК 617.51-001-06:616.89](075.8)

ББК 56.13:56.14я7

ISBN 978-5-00030-946-9

© Зайцев О.С., 2021

© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Общие положения о черепно-мозговой травме и связанных с нею психических расстройствах	5
Синдромы угнетенного сознания	24
Синдромы дезинтегрированного сознания	33
Когнитивные и эмоционально-волевые расстройства на фоне формально ясного сознания.	44
Пограничные со здоровьем психические нарушения	48
Посттравматический психоорганический синдром.	52
Аффективные расстройства	55
Психические нарушения в структуре посттравматической эпилепсии	59
Зависимость психических нарушений от особенностей и локализации поражения мозга	64
Вид повреждения мозга.	64
Уровень повреждения мозга.	66
Сторона повреждения мозга.	68
Внутриполушарная локализация повреждения мозга.	70
Последствия и осложнения черепно-мозговой травмы	73
Зависимость психических нарушений от индивидуальных особенностей пострадавших	74
Возрастные отличия.	74
Правшество-левшество пациентов	76
Преморбидная патология	77
Прогноз восстановления психической деятельности после черепно-мозговой травмы	78
Психиатрические аспекты помощи, лечения и реабилитации пострадавших.	81
Психофармакотерапия	86

Немедикаментозные воздействия	95
Литература	97
Тестовые задания	99
Ответы.	107
Приложения	108
Приложение 1. Посткоматозные стадии восстановления психической деятельности с учетом особенностей продуктивных и дефицитарных расстройств	108
Приложение 2. Препараты с психотропным действием, используемые для лечения пациентов с черепно-мозговыми травмами	110
Нейрометаболические средства.	110
Нейролептики	112
Транквилизаторы	113
Снотворные	114
Антидепрессанты	115
Антиконвульсанты	116
Приложение 3. Рекомендации для родственников по психостимулотерапии пациентов, находящихся в посткоматозных состояниях	117

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И СВЯЗАННЫХ С НЕЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – механическое повреждение черепа и головного мозга (паренхимы, оболочек, сосудов, черепных нервов).

Термин «травма головы» не синонимичен ЧМТ, а представляет собой более широкое понятие, включающее также травму мягких покровов, лицевого скелета и т.д. ЧМТ устанавливается, в частности, по наличию убедительных данных о последовавших вслед за травмой утратой сознания и/или посттравматической амнезией. Изолированная травма мягких покровов головы, не имеющая этих клинических признаков, может сопровождаться тошнотой, головокружением, головной болью, но данная симптоматика может быть вызвана сопутствующей патологией шейного отдела позвоночника и спинного мозга, в том числе обусловленной хлыстовым механизмом травмы. Иными словами, если при травме головы отсутствуют убедительные данные о каком-либо периоде нарушения сознания или об амнезии на какой-либо период времени, диагноз ЧМТ неправомерен.

ЧМТ ежегодно регистрируется в среднем у 4 человек на 1000 населения – это одна из основных причин инвалидизации и смертности. Чаще всего ЧМТ происходит у лиц наиболее трудоспособного возраста, особенно у мужчин.

В настоящее время в России насчитывается более 2 млн инвалидов вследствие нейротравмы.

В структуре черепно-мозгового травматизма в России доминирует бытовой (40–60%). Значительное место занимают умышленные повреждения (до 45%), часто наносимые и получаемые в состоянии алкогольного опьянения. Далее следует дорожно-транспортный (20–30%), производственный (4–12%), спортивный (1,5–2%) виды травматизма.

В диагностике ЧМТ, помимо анамнеза и клинического осмотра, обязательно используются инструментальные методы: в первую очередь нейровизуализационные (компьютерная и магнитно-резонансная томография), ультразвуковые (эхоэнцефалоскопия, доплерография и дуплексное сканирование сосудов головного мозга) и нейрофизиологические (электроэнцефалография, исследование вызванных потенциалов).

Совокупность данных, полученных с помощью этих методов, оказывает существенную поддержку в совершенствовании клинической классификации ЧМТ (рис. 1), в частности в отношении определений вида, особенности и локализации повреждения мозга.

По виду травматического повреждения мозга выделяют:

а) очаговые ЧМТ, возникающие чаще всего в результате удара-противоудара с распространением от места приложения травмирующего агента к противоположному полюсу головного мозга;

б) диффузные ЧМТ, преимущественно обусловленные ускорением-замедлением (например, в транспорте или в результате падения с большой высоты) с перемещением и ротацией больших полушарий относительно более фиксированного ствола мозга;

в) сочетанные ЧМТ, обусловленные обоими механизмами травмы.

По тяжести различают: легкую (сотрясение и легкий ушиб мозга), среднетяжелую (ушиб мозга средней тяжести, подострое и хроническое сдавление мозга) и тяжелую (тяжелый ушиб и острое сдавление мозга) ЧМТ. Легкая травма составляет до 83% всех случаев ЧМТ, среднетяжелая – 8–10%, тяжелая – 9–10%.

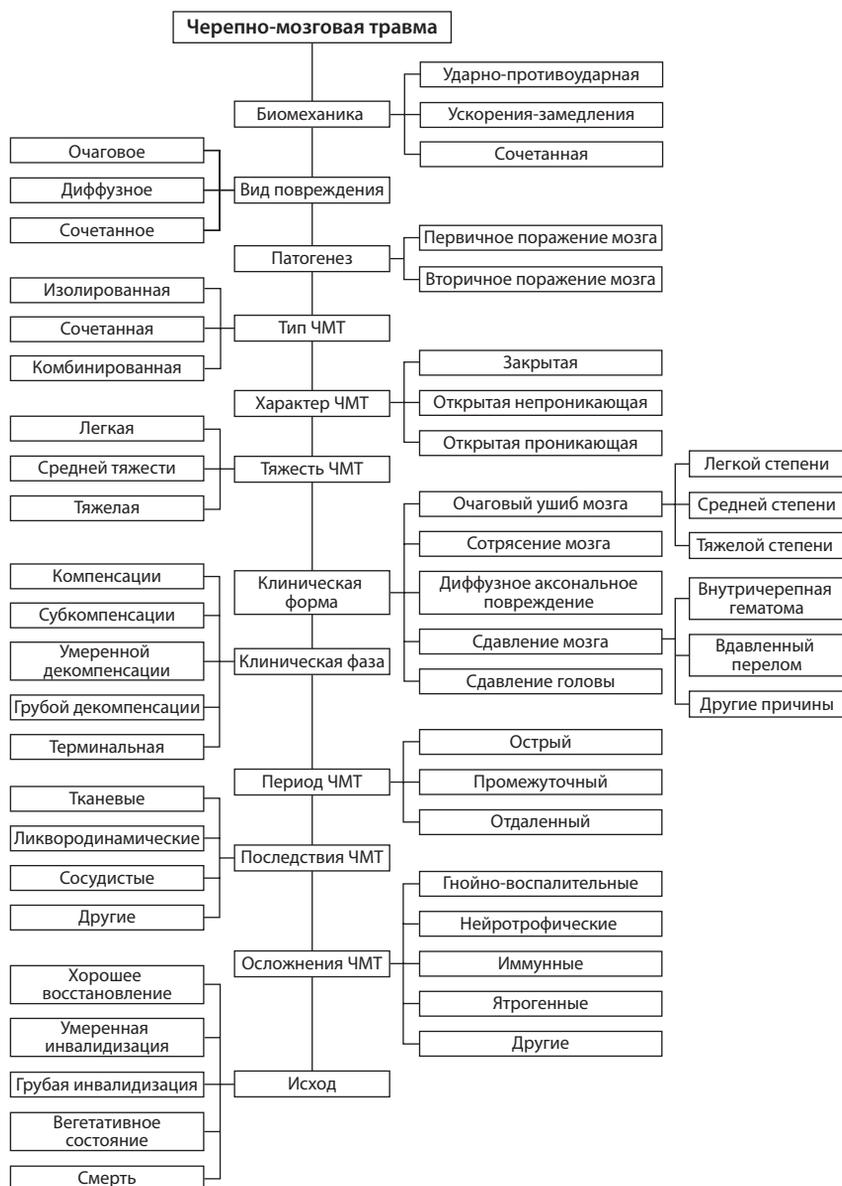


Рис. 1. Классификация черепно-мозговой травмы (Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., 1998).

В части случаев (особенно при падении на ровном месте) ЧМТ возникает вторично по отношению к спонтанным субарахноидальным кровоизлияниям, эпилепсии, синкопальным состояниям, сахарному диабету и т.д. Клинические проявления при этом во многом будут зависеть от этой первичной (преморбидной по отношению к ЧМТ) патологии. Наличие выявляемых при компьютерной или магнитно-резонансной томографии очаговых изменений мозга тоже может быть обусловлено другими (дотравматическими) причинами, например сосудистой патологией, опухолевым процессом, врожденными аномалиями и т.д.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра, созданной и внедренной для решения в основном не клинических, а эпидемиологических задач, обусловленные ЧМТ психические расстройства располагаются в классе V, разделе F0 («Органические, включая симптоматические, психические расстройства»). Посттравматическая деменция должна кодироваться в разделе F02.8 («Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других рубриках»), посттравматический корсаковский синдром – в разделе F04 («Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами»), посттравматические делирий и спутанность сознания – в разделе F05 («Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами»). Большинство остальных психических расстройств кодируется в разделе F06 («Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни»), среди которых – органический галлюциноз (F06.0), кататоническое расстройство органической природы (F06.1), органическое бредовое расстройство (F06.2), органические (аффективные) расстройства настроения (F06.3), тревожное расстройство органической природы (F06.4), органическое диссоциативное расстройство (F06.5), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) и, наконец, легкое когни-

тивное расстройство (F06.7). Расстройства личности и поведения размещены в разделе F07, в частности туда входят психопатоподобные нарушения (F07.0 «Органическое расстройство личности») и посткоммоционный синдром (F07.2).

В адаптированной для использования в нашей стране и рекомендованной Министерством здравоохранения версии этого раздела Международной классификации болезней данные о травматическом происхождении того или иного расстройства кодируются последним (четвертым, пятым или шестым) знаком (табл. 1).

Приведенные в таблице 1 коды явно недостаточны и не всегда адекватны для практической деятельности психиатров, работающих с больными с тяжелой ЧМТ в отделениях нейротравматологии. В частности, обращает на себя внимание, что в обсуждаемой классификации:

а) отсутствуют посткоматозные бессознательные состояния; возможно, они должны кодироваться в другом классе расстройств, S06.7 «Внутричерепная травма с продолжительным коматозным состоянием», но нейропсихиатры постоянно сталкиваются с этим наиболее тяжелым видом психических расстройств;

б) посткоматозная спутанность сознания должна кодироваться в той же рубрике, что и делирий, хотя клинически эти психопатологические состояния четко различаются;

в) неоднозначно понятие органического кататонического состояния: ступор и мутизм, чередующиеся с гиперподвижностью, стереотипиями, импульсивными актами, могут наблюдаться на отдельных стадиях выхода из комы, но имеющуюся совокупность расстройств вряд ли можно отнести к кататоническим;

г) сомнительна квалификация деменции как фона для посттравматического делирия, возникающего при тяжелой ЧМТ на выходе из угнетенного сознания;

д) едва ли адекватен термин «посткоммоционный синдром»: в этой рубрике можно было бы рассматривать все

Таблица 2. Синдромы нейромедиаторных дисфункций после травмы мозга (Александрова Е.В. и др., 2015, с изменениями и дополнениями)

Синдром	Симптом
Холинергической недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> • Мышечная гипотония с гипорефлексией • Гипотония жевательных мышц • Ослабление фотореакции • Брадикардия • Гипотония кишечника
Глутаматергической недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> • Парез с гипертонусом разгибателей и гипорефлексией • Парез с мышечной гипотонией и гиперрефлексией • Угнетение стволовых рефлексов (корнеального, окулоцефалического и т.д.) • Дисконъюгированный парез зрения
Глутаматергической избыточности	<ul style="list-style-type: none"> • Парез с гипертонусом сгибателей и гиперрефлексией • Парез с гипертонусом разгибателей и гиперрефлексией • Гиперрефлексия, патологические знаки и нормотония • Децеребрационная и декортикационная ригидность
Дофаминергической недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> • Ригидность, дистония • Тремор покоя • Бради-/олигокинезия • Гипомимия • Эмбриональная поза • Аспонтанность
Дофаминергической избыточности	<ul style="list-style-type: none"> • Гиперкинезы • Психомоторное возбуждение • Галлюцинации, бред
ГАМКергической недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> • Гиперестезия • Тревожность • Агрессия • Эмоциональная лабильность, недержание аффектов (чрезмерность реакций)
Серотонинергической недостаточности	<ul style="list-style-type: none"> • Депрессия, ангедония • Утрата интересов • «Негативное мышление»

Таблица 3. Шкала комы Глазго (Teasdale P., Jennett B., 1974)

Лучшие реакции за время обследования		Оценка, баллы
Признак	Характеристика	
Открытие глаз	Произвольное	4
	На окрик	3
	На боль	2
	Отсутствует	1
Двигательные реакции	Выполнение команд	6
	Локализация боли	5
	Отстранение от боли	4
	Патологическое сгибание	3
	Патологическое разгибание	2
	Отсутствуют	1
Речевой ответ	Ориентированный	5
	Спутанный (дезориентированный)	4
	Бессвязный	3
	Невнятный	2
	Отсутствует	1

Социальные исходы ЧМТ оцениваются по шкале исходов Глазго или по ее модификации, разработанной в Центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (табл. 4).

При первом осмотре психиатром в отделении нейротравматологии сознание пациента часто соответствует одному из трех вариантов: угнетенное, дезинтегрированное или реинтегрирующееся (рис. 3).

После тяжелой ЧМТ, при которой кома длилась не менее полусуток, у 1/3 выживших пациентов отмечается бессознательное состояние, у 1/2 – угнетенное сознание с крайне ограниченным контактом, только у 1/6 – посткоматозная спутанность сознания. Последний вариант выхода из комы более вероятен при среднетяжелой ЧМТ, после которой кома длится от 1 до 12 ч.

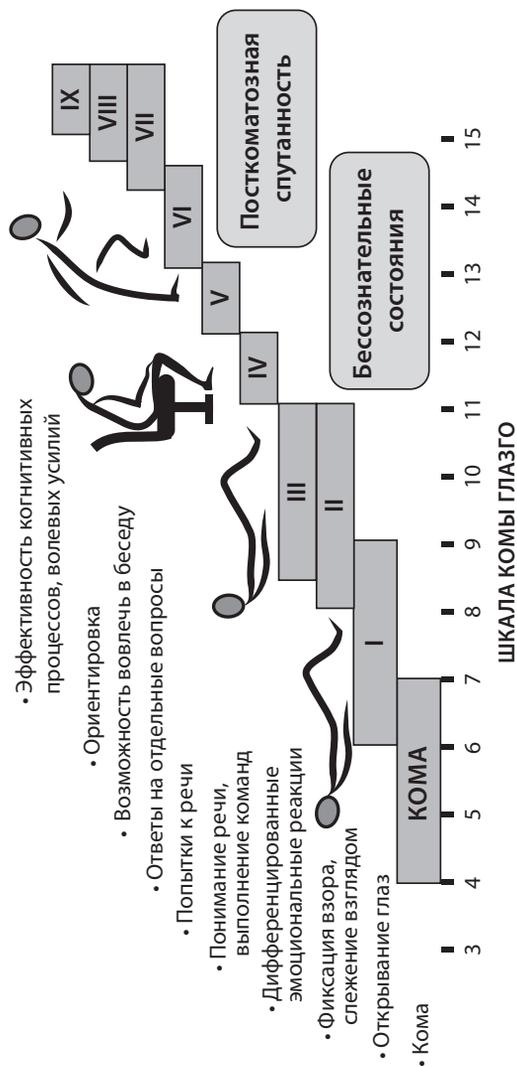


Рис. 2. Стадии восстановления психической деятельности после длительной комы (Зайцев О.С., 1993; Доброхотова Т.А. и др., 1994; Зайцев О.С., Царенко С.В., 2014).

СИНДРОМЫ УГНЕТЕННОГО СОЗНАНИЯ

Отмечаются у всех больных как характерный компонент клинической картины острого периода ЧМТ.

Критериями диагностики синдромов угнетения сознания служат снижение всех проявлений психической деятельности, угасание (вплоть до исчезновения) реакций на внешние раздражители, ослабление или невозможность пробуждения (бодрствования).

Патогенетическая обусловленность симптоматики в настоящее время усматривается в блокаде взаимодействия между корковыми и глубинными (стволовыми, подкорковыми, диэнцефальными) структурами мозга, а также в тотальной (как по передним, так и по задним отделам) разобщенности полушарий.

В первые минуты, часы, дни после травмы клиническая картина соответствует одному из начальных синдромов угнетения сознания: оглушению (умеренному или глубокому), сопору или коме (умеренной или глубокой) (табл. 5).

При тяжелой ЧМТ синдромы угнетенного сознания представлены комой и посткоматозными состояниями (табл. 6).

Таблица 5. Клинические характеристики ясного сознания и его угнетения в сопоставлении с оценкой по шкале комы Глазго

Состояние сознания	Клиническая характеристика	Баллы по ШКГ
Ясное сознание	Сохранность всех видов ориентировки, способности: 1) к правильному (без грубых ошибок) восприятию, запечатлению и оценке окружающего мира и самого себя в этом мире; 2) действиям и поступкам – целесообразным, адекватным ситуации, полезным для себя и окружающих; 3) осознанию, предвидению результатов, последствий: а) своих действий, высказываний; б) изменений в окружающем мире	Г4+Р5+Д6=15
Синдромы начального угнетения сознания		
Умеренное оглушение	Умеренные сонливость, вялость; замедление движений и речи (задержка в выполнении команд и ответах на вопросы); гипомимия; снижение способности к активному вниманию, запоминанию (в дальнейшем – частичная амнезия); неполная ориентировка в месте и времени (при сохранной ориентировке в собственной личности и ситуации, обстановке)	Г4+Р3–4+ Д6=13–14
Глубокое оглушение	Выраженные сонливость, вялость, замедление движений и речи; необходимость многократного повторения вопросов, просьб, а иногда – похлопывания или нанесения болевого раздражения для получения односложных ответов («да», «нет») и выполнения инструкций; грубо нарушенная ориентировка в окружающей ситуации, месте и времени (возможны отдельные признаки ориентировки в собственной личности и ситуации); крайне скудная мимика; ослабление контроля за функциями тазовых органов; относительная сохранность координированной защитной реакции на боль (рука может потянуться к месту раздражения); неспособность запоминания и воспроизведения большинства событий (частичная амнезия: нечеткие воспоминания лишь некоторых событий)	Г3+Р2–3+ Д5–6=10–12

Таблица 5 (продолжение)

Состояние сознания	Клиническая характеристика	Баллы по ШКГ
Сопор	Патологическая сонливость (в отсутствие стимуляции глаза закрыты); невозможность речевого общения при сохранности координированных защитных реакций (с локализацией боли); открывание глаз на болевые, звуковые и другие раздражения; амимия (иногда – вегетативные реакции на голос близкого человека, выражение страдания при нанесении боли); в отсутствие раздражений – неподвижность или автоматизированные стереотипные движения; неспособность к запоминанию практически всех событий (полная конградная ² амнезия; редко – единичные отрывочные воспоминания без связи с другими)	Г2–3+P1+D5=8–9
Кома (любой глубины)	Отсутствие признаков психической жизни; разбудить больного невозможно; глаза не открываются даже в ответ на сильные раздражения; после выхода – полная конградная амнезия	Г1+P1+D1–5=3–7
Кома I	Сохранность реакций на болевое раздражение, чаще в виде сгибательных и разгибательных некоординированных движений дистонического характера; сохранность зрачковых и роговичных рефлексов, угнетение – брюшных, вариабельность – сухожильных; затруднение глотания; наличие рефлексов орального автоматизма и патологических стопных реакций	Г1+P1+D4–5=6–7

² Амнезия конградная (a. congrada; лат. приставка con- – «совместно, вместе с» + gradior – «идти») – амнезия на промежуток времени, соответствующий периоду расстройств сознания или болезненного психического состояния.

СИНДРОМЫ ДЕЗИНТЕГРИРОВАННОГО СОЗНАНИЯ

Отмечаются у 88% пострадавших с тяжелой ЧМТ, высока частота этих синдромов и при среднетяжелых ушибах мозга. Однако при легких травмах синдромы дезинтегрированного сознания в основном наблюдаются при присоединении дополнительных патогенных факторов (пневмония, алкогольная абстиненция, декомпенсация сахарного диабета, цереброваскулярные осложнения и т.п.).

При этих состояниях, в отличие от синдромов угнетенного сознания, отмечается восстановление (нередко – неравномерное) различных психических процессов. Условный признак перехода от угнетенного к дезинтегрированному сознанию – это обнаружение возможности отвечать на вопросы, хотя и остающейся дефектной у многих больных на длительное время. При этом вплоть до перехода в ясное сознание отмечается та или иная степень дезориентировки пациента в себе и окружающем (ситуации, лицах, месте, времени), невозможности целенаправленного адекватного поведения, общения, целостного восприятия и запоминания происходящего.

Основная роль в патогенезе данных расстройств сознания приписывается грубым двусторонним первично-корковым поражениям мозга (в отличие от первично-стволового поражения, ведущего к угнетению сознания), в частности разобщению передних его отделов.

КОГНИТИВНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА НА ФОНЕ ФОРМАЛЬНО ЯСНОГО СОЗНАНИЯ

Обнаруживаются в той или иной степени у всех больных, достигших ясного сознания. Формальным признаком перехода на данный уровень психических нарушений служит восстановление у пострадавших всех видов ориентировки.

Психическое состояние больных характеризуется заметным обеднением, ослаблением мышления, гнозиса, памяти, внимания, критики, инициативы, что устойчиво проявляется в повседневной деятельности и поведении.

Наиболее грубые проявления в целом соответствуют картине слабоумия, определяя неспособность больных адекватно и эффективно действовать даже в обычных бытовых ситуациях. При менее выраженных расстройствах повседневное поведение выглядит в целом упорядоченным, однако если занятие требует самостоятельности, сосредоточенности, целенаправленности, программирования своей деятельности, то дефекты легко обнаруживаются. В относительно легких случаях когнитивные и волевые нарушения выявляются только при выполнении специальных задач, предусматривающих освоение нового материала, осмысление большого количества информации, выработку нестандартных решений.

При всем многообразии нарушений познавательных процессов у значительной части больных удается определить

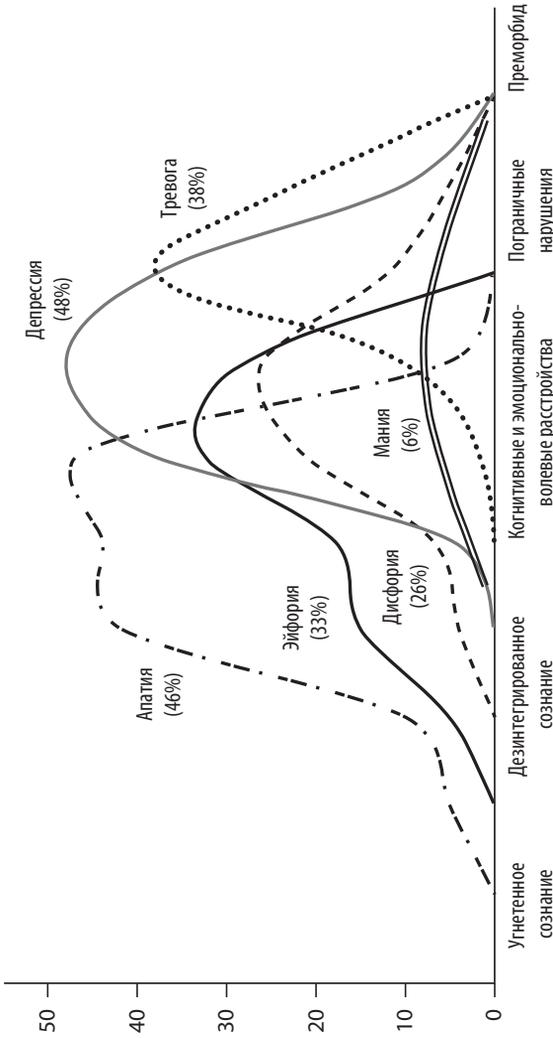


Рис. 6. Схематичное изображение появления, нарастания и снижения частоты отдельных вариантов аффективных расстройств в зависимости от уровня восстановления психической деятельности. Под обозначением каждого варианта приведена максимальная его частота за все время наблюдения (Зайцев О.С., 2015).

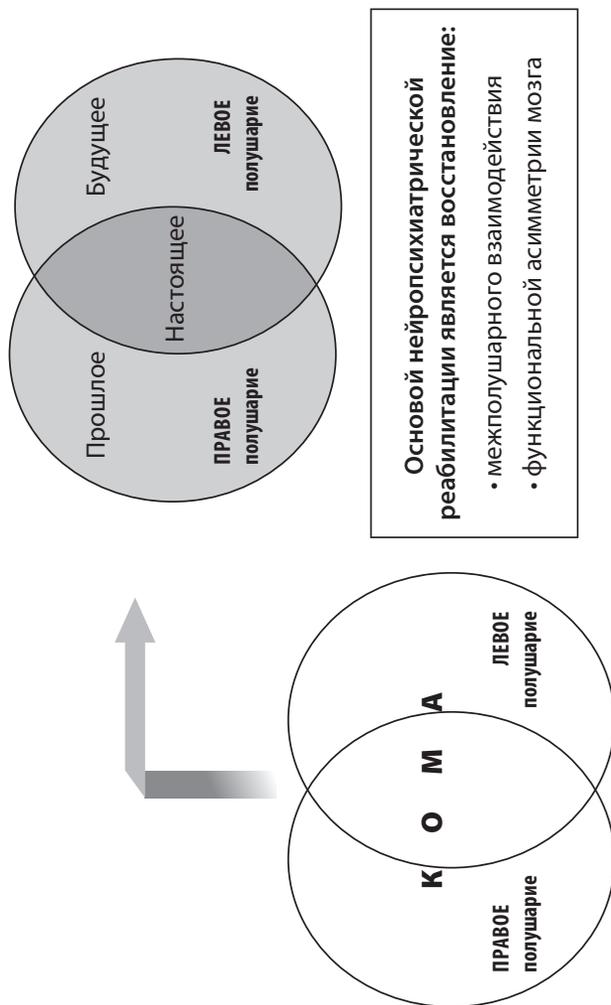


Рис. 11. Исходные теоретические позиции нейропсихиатрической реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

- Александрова Е.В., Зайцев О.С., Потапов А.А.* Клинические синдромы дисфункции нейромедиаторных систем при тяжелой травме мозга // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2015. – Т. 115, №7. – С. 40–46.
- Александрова Е.В., Зайцев О.С., Потапов А.А.* Фармакологическая модуляция сознания: терапия посткоматозных бессознательных состояний / В кн.: «Посттравматические бессознательные состояния (фундаментальные и клинические аспекты)». Под ред. Е.В.Александрова, В.Д.Тенедиева, А.А.Потапова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 306–337.
- Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А.* Функциональные асимметрии человека. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
- Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С. и др.* Односторонняя пространственная агнозия. – М.: Книга, 1996. – 112 с.
- Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С. и др.* Нейропсихиатрия. – 2-е изд. – М.: БИНОМ, 2013. – 304 с.
- Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., Гогитидзе Н.В.* Психостимулотерапия в реабилитации больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, сопровождающейся длительной комой. Методические рекомендации. – М., 1991. – 16 с.
- Зайцев О.С.* Психопатология тяжелой ЧМТ. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 336 с.
- Зайцев О.С., Царенко С.В.* Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний). – 2-е изд. – М.: Литасс, 2014. – 160 с.
- Зайцев О.С.* Аффективные расстройства в посткоматозном периоде после тяжелой травмы мозга // Психиатрия. – 2015. – №4. – С. 25–31.
- Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.
- Литвиненко И.В., Емелин А.Ю., Воробьев С.В., Лобзин В.Ю.* Клинические особенности формирования и возможности терапии посттрав-

- матических когнитивных расстройств // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2010. – №12. – С. 60–66.
- Лихтерман Л.Б., Потапов А.А.* Классификация черепно-мозговой травмы / В кн.: «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме»: В 3 т. Под ред. А.Н.Коновалова, Л.Б.Лихтермана, А.А.Потапова. – М.: Антидор, 1998. – Т. 1. – С. 47–128.
- Менделевич В.Д.* Психиатрическая пропедевтика. Практическое руководство для врачей и студентов. – 2-е изд. – М.: Техлит: Медицина, 1997. – 496 с.
- Портнов А.А.* Общая психопатология. – М.: Медицина, 1994. – 272 с.
- Портнов А.А., Федотов Д.Д.* Основные психопатологические синдромы / В кн.: «Психиатрия». Под ред. А.А.Портнова, Д.Д.Федотова. – М.: Медицина, 1971. – С. 71–90.
- Тиганов А.С.* Психоорганический (органический, энцефалопатический синдром) / В кн.: «Руководство по психиатрии». Под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – С. 66–68.
- Шагинян Г.Г., Древаль О.Н., Зайцев О.С.* Черепно-мозговая травма / Под ред. О.Н.Древаля. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с.
- Ясперс К.* Общая психопатология: Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с. (Пер. изд.: Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Neunte, unveränderte Auflage. – Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag, 1973).
- Maksakova O., Gusarova S., Ignatieva N. et al.* Rehabilitation Team and Consciousness Restoration // Proc. of 6th World Congress of Neurorehabilitation. – Medimond, 2010. – P. 197–203.
- Mokhtari M., Nayeb-Aghaei H., Koucheh M. et al.* Effect of memantine on serum levels of neuron-specific enolase and on the Glasgow coma scale in patients with moderate traumatic brain Injury // J. Clin. Pharmacol. – 2018, Jan. – Vol. 58(1). – P. 42–47. DOI: 10.1002/jcph.980. Epub 2017 Jul 19. PMID: 28724200.
- Muresanu D.F., Florian S., Hömberg V. et al.* Efficacy and safety of cerebrolysin in neurorecovery after moderate-severe traumatic brain injury: results from the CAPTAIN II trial // Neurol. Sci. – 2020. – Vol. 41(5). – P. 1171–1181. DOI: 10.1007/s10072-019-04181-y.
- Teasdale P., Jennett B.* Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale // Lancet. – 1974. – Vol. 2(13). – P. 81–84.
- Vester J.C., Buzoianu A.D., Florian S.I. et al.* Cerebrolysin after moderate to severe traumatic brain injury: prospective meta-analysis of the CAPTAIN trial series // Neurol. Sci. – 2021. – Vol. 23. DOI: 10.1007/s10072-020-04974-6. Online ahead of print.
- Warden D.L., Gordon B., McAllister T.W. et al.* Guidelines for the pharmacologic treatment of neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury // J. Neurotrauma. – 2006. – Vol. 23(10). – P. 1468–1501.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите только один правильный из приведенных вариантов ответов.

- 1. Наиболее убедительно подтверждают диагноз ЧМТ следующие психопатологические данные, связанные с травмой головы:**
 - А. Нарушения сознания, когнитивные расстройства и астения.
 - Б. Нарушения сознания и амнезия на какой-либо период времени.
 - В. Нарушения памяти, мышления и эмоциональная лабильность.
 - Г. Любые психические нарушения на фоне неврологических и вегетативных симптомов.
- 2. Ежегодно в России ЧМТ регистрируется в среднем:**
 - А. У 4% населения.
 - Б. У 0,4% населения.
 - В. У 0,04% населения.
 - Г. У 0,004% населения.
- 3. В структуре черепно-мозгового травматизма в России доминирует:**
 - А. Бытовой травматизм.
 - Б. Дорожно-транспортный травматизм.
 - В. Производственный травматизм.
 - Г. Спортивный травматизм.
- 4. По виду травматического повреждения мозга выделяют:**
 - А. Ушибы и сотрясения.
 - Б. Открытые и закрытые черепно-мозговые травмы.
 - В. Очаговые и диффузные повреждения.
 - Г. Очаговые, диффузные и смешанные повреждения.

- 5. Среди последствий ЧМТ выделяют следующие виды:**
- А. Нейрохирургические, неврологические и психиатрические.
 - Б. Структурные и функциональные.
 - В. Тканевые, ликворные и сосудистые.
 - Г. Внутри- и внечерепные.
- 6. Главные синдромы нейромедиаторных дисфункций в остром периоде тяжелой ЧМТ – это:**
- А. Дофаминергическая недостаточность и дофаминергическая избыточность.
 - Б. Симпатические и парасимпатические дисфункции.
 - В. Серотонинергическая и норадренергическая недостаточность.
 - Г. Холинергическая недостаточность, глутаматергическая недостаточность и глутаматергическая избыточность.
- 7. Значимое преобладание психопатологической симптоматики над неврологической обнаруживается при синдромах:**
- А. Дофаминергической избыточности, ГАМКергической и серотонинергической недостаточности.
 - Б. Глутаматергической недостаточности и избыточности.
 - В. Холинергической избыточности и дофаминергической недостаточности.
 - Г. Дофаминергической, холинергической, серотонинергической и ГАМКергической избыточности.
- 8. При оценке комы по ШКГ оцениваются ответы:**
- А. Глазами, мимикой, жестами и словами.
 - Б. Кивками, звуками и движениями.
 - В. Глазами, движениями и речью.
 - Г. Зрачками и вызванной электрической активностью мозга.
- 9. В большинстве случаев после ЧМТ течение психических расстройств:**
- А. Прогрессирующее.
 - Б. Регрессирующее.
 - В. Ремиттирующее.
 - Г. Стационарное.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Посткоматозные стадии восстановления психической деятельности с учетом особенностей продуктивных и дефицитарных расстройств (Зайцев О.С., Царенко С.В., 2012, 2014)

Уровень (групповое обозначение расстройств)	№	Синдром (стадия восстановления)	Основной отличительный признак (симптом восстановления ± продуктивное расстройство)
I. Синдромы угнетенного сознания, в том числе: посткоматозные бессознательные состояния (1–3), состояния с крайним ограничением контакта (4–5)	1	Вегетативный статус	Открытие глаз
	2А	Акинетический мутизм	Фиксация взора, слежение на фоне обездвиженности
	2Б	Гиперкинетический мутизм	Фиксация взора, слежение в сочетании с хаотичными движениями
	3А	Акинетический мутизм с эмоциональными реакциями	Дифференцированные эмоциональные реакции на фоне обездвиженности
	3Б	Гиперкинетический мутизм с эмоциональными реакциями	Дифференцированные эмоциональные реакции в сочетании с хаотичными движениями
	4	Мутизм с пониманием речи	Понимание речи, выполнение команд
	5	Дезинтеграция речи	Попытки к речи
II. Синдромы реинтеграции сознания	6А	Спутанность сознания с аспонтанностью	Ответы на вопросы при грубой дезориентировке и крайней пассивности
	6Б	Речедвигательная спутанность сознания	Ответы на вопросы при грубой дезориентировке, речевом и двигательном возбуждении

Уровень (групповое обозначение расстройств)	№	Синдром (стадия восстановления)	Основной отличительный признак (симптом восстановления ± продуктивное расстройство)
	6B	Амнестическая спутанность сознания	Ответы на вопросы при грубой дезориентировке и глобальной амнезии, конфабуляциях
III. Переходные синдромы между нарушенным и ясным сознанием	7A	Дисмнестический синдром	Относительная упорядоченность поведения, возможность беседы при остающейся дезориентировке, преимущественно вследствие расстройств вербальной памяти, а также абстрактного мышления и планирования, из продуктивных расстройств – чаще парафазии и ошибки суждений
	7B	Корсаковский синдром	Относительная упорядоченность поведения, возможность беседы при остающейся дезориентировке, преимущественно вследствие расстройств чувственно-образной, «событийной» памяти, а также восприятия пространства и времени. Из продуктивных расстройств чаще отмечаются конфабуляции, ложные узнавания
IV. Ясное сознание	8	Выраженные когнитивные и эмоционально-волевые расстройства	Правильная ориентировка в окружающем при грубом снижении уровня суждений, памяти, критики, способности к волевым усилиям и адекватным эмоциональным реакциям
	9	Пограничные (в том числе умеренные когнитивные, психопатоподобные, невротоподобные) нарушения	Когнитивные, эмоционально-личностные и невротические нарушения, возникающие только при необходимости адаптации (непривычной обстановке, повышенных требованиях, стрессе)
	10	Преморбидное психическое состояние	Отсутствие новых (по сравнению с преморбидом) психических нарушений