

возможностей выбора деятельности. Наши исследования дают возможность предполагать, что никотин способен приводить к исчезновению эмоциональных расстройств не только психологического, но и психопатологического уровня.

Особая, отличная от иных групп, структура никотинизма наблюдалась у больных, заболевание которых можно было обозначить как шизофренический дефект (18 мужчин). Клиническая картина заболевания характеризовалась негативными симптомокомплексами — нарастающей аутизацией, апатией и абулией, кататоническими стереотипиями, дезинтеграцией мышления. Большинство больных этой группы настойчиво однотипно требовали предоставить им папиросы, обращаясь к персоналу и другим больным. Однако получая возможность курить, душевнобольные, как правило, использовали папиросы неприкуренными. Они имитировали процесс курения, стереотипно манипулировали папиросой во рту, применяя ее в качестве своеобразной соски.

Клинический анализ позволяет предположить, что никотинизм (пристрастие к курению) больных с шизофреническим дефектом является составной частью болезненных нарушений волевого процесса. Он отражает механизм

шизофренической диссоциации — расщепления, распада психической деятельности, возвращения психических функций на более низкий уровень развития. Потребность в сигарете у больных с шизофреническим дефектом можно понимать как возврат к формам орального автоматизма.

Результаты проведенного исследования показывают, что структура никотинизма у больных шизофренией имеет значительные принципиальные отличия от курения здорового человека, а также соматически больных и пациентов с нешизофреническими психическими заболеваниями. Никотинизм у обследованных можно считать производным душевной болезни и в некоторой степени последствием психотропной терапии. Дальнейшие углубленные биохимические исследования взаимовлияния никотина с веществами, ответственными за развитие некоторых симптомов шизофрении, позволят уточнить означенную проблему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малая Э. В. // Сов. здравоохран. — 1973. — № 5. — С. 32—34.
2. Dowley H. // Int. J. Addict. — 1987. — Vol. 22. — P. 477—485.
3. Sirota A., Curran J., Habib V. // J. Clin. Psychol. — 1985. — Vol. 41. — P. 575—579.

Поступила 14.11.89.

УДК 616.831.313—02:616.89—008.428.5

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Д. М. Менделевич, С. В. Афанасьев

Кафедра психиатрии (зав. — проф. Д. М. Менделевич)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Реферат. Обследован 31 больной с органическим поражением височной области травматического, сосудистого и инфекционного генеза с позиций структурно-динамического анализа, который показал, что поражение височной области сопровождается поливокальным сложным стабильным галлюцинозом.

Ключевые слова: мозг, височная область, органические поражения, вербальный галлюциноз.

Библиография: 11 названий.

О наличии слуховых галлюцинаций при поражении височных долей имеется обширная литература. Описаны различные виды обманов восприятия — от

акозмов до вербального галлюциноза [3, 7, 8]. Общими особенностями галлюцинаторных расстройств являются их истинность, пароксизмальность, несложность, отсутствие бредовой интерпретации [1].

Патологические процессы в слуховом анализаторе вызывают, как правило, элементарные слуховые галлюцинации, вербальные и невербальные [5, 6]. Слуховые галлюцинации при этом однообразны, слышатся то внутри головы, то извне и могут носить упорный характер в связи со стойкими резидуальными из-

менениями [2].

Данные сравнительного изучения пароксизмов у больных эпилепсией свидетельствуют о том, что поражение левых височных областей чаще сопровождается возникновением вербальных слуховых обманов, которые отличаются элементарностью и проецированностью в реальном пространстве, сочетаются с «насищенными мыслями», «провалами мыслей». При правосторонних поражениях слуховые обманы предстают в виде музыкальных мелодий и мнимых природных звуков в сочетании с висцеро-вегетативными сдвигами, деперсонализационно-дереализационными явлениями и аффектами страха, тоски, ужаса [3]. Вместе с тем при поражении левой височной доли могут встречаться и сложные музыкальные галлюцинации [9, 10], такие же, как вербальные галлюцинации при поражении правой височной доли [4, 11]. До настоящего времени данные о слуховых галлюцинациях при органических поражениях головного мозга, во-первых, не обобщены и, во-вторых, не систематизированы.

В нашей работе мы попытались выявить особенности вербального галлюциноза при поражении височной области с позиций структурно-динамического анализа, разработанного одним из авторов этой статьи.

Структура вербального галлюциноза характеризуется различной сложностью построения галлюцинаторной речи: элементарностью, усложненностью, сложностью и количеством галлюцинаторных образов — моно- и поливокальностью. По динамике галлюцинаторного синдрома выделяют стабильный, ундулирующий, пароксизмальный [5].

Был обследован 31 больной с органическим поражением височной области травматического, сосудистого, инфекционного генеза. Очаги поражения обнаруживали с помощью клинического неврологического и параклинических методов обследования (ЭЭГ, ПЭГ). Результаты исследования показали, что к особенностям вербального галлюциноза при органическом поражении височной области мозга относятся в первую очередь поливокальность и сценopodobность галлюцинаторных переживаний. Так, больной слышит несколько или много голосов знакомых и незнакомых ему людей, которые обсуждают его или

ситуацию, в которую он попал. Голоса слышатся то из-за двери, то из-за окна, то с соседнего этажа, но все они сюжетно связаны между собой: «Ходит то на улице, то под дверью» или «Мужики с улицы переговариваются с соседями сверху». Голоса обычно идут сплошным потоком и мало зависят от времени суток и уровня бодрствования.

В части случаев вербальный галлюциноз сочетался с элементарными слуховыми галлюцинациями и акоазами. Больные слышали шум подъезжающей машины, звонки или стук в дверь, «завывание» ветра, лай собаки. Описанная клиническая картина наблюдалась нами у 23 из 31 больного в периоде обострения заболевания. Поведение больных при этом складывается из почти постоянно присутствующих тревоги и страха. Они могут прятаться или убежать, но, по нашим наблюдениям, никогда не совершают агрессивных поступков, так как при расспросе удается выяснить, что они все же понимают болезненный характер голосов.

Таким образом, клиническая картина соответствует поливокальному слуховому стабильному галлюцинозу. В периоде обострения поливокальность и сложность структуры вербального галлюциноза сохраняются, однако отсутствие тревоги и страха дает возможность больному еще более критично оценивать свое состояние. В тех случаях, когда поражение височной области сочеталось с нарушением органа слуха (у 9 больных), галлюцинаторный синдром носил более элементарный характер: голосов слышалось мало (один—два), тональность их колебалась незначительно. При поражении височной области вербальный галлюциноз у 25 (80,6%) больных относительно благоприятно поддавался лечению нейролептической антигаллюцинаторной направленности.

Подобные структурно-динамические особенности вербального галлюциноза при органических поражениях головного мозга могут быть использованы для более глубокой оценки клинических проявлений заболевания, его прогноза, а также степени адаптации и возможностей реабилитации больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беспалов Ю. И. // Особенности галлюцинаторных расстройств в подростково-юношеском

возрасте.— Автореф. канд. дисс.— М., 1977.

2. Гуревич М. О.//Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа.— М., 1948.

3. Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н.//Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга.— М., Медицина, 1977.

4. Менделевич Д. М.//Структурно-динамический анализ вербального галлюциноза при органических психозах.— Автореф. докт. дисс.— М., 1982.

5. Пенфилд В., Джаспер Х.//Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга.— М., 1958.

6. Рапопорт М. Ю.//Неврологическая диаг-

ностика опухолей височных долей.— М., 1948.

7. Шмарьян А. С.//Мозговая патология и психиатрия.— М., 1949.— Т. 1.

8. Cajl J.//Schweiz. med.— Wschr.— 1973.— Bd. 103.— S. 469.

9. Hammeke T. A., Mc Quillen M. P., Cohen B. A.//J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.— 1983.— Vol. 46.— P. 570—572.

10. Miller T. C., Crosby T. W.//Ann. Neurol.— 1979.— Vol. 5.— P. 301—302.

11. Tucker G., Price T., Johnson V., Mc Allister T.//J. new. ment. Dis.— 1986.— Vol. 174.— P. 348—357.

Поступила 21.12.89.

УДК 616.832—001—089.8

ТАКТИКА НЕЙРОХИРУРГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОСЛОЖНЕННОЙ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Х. М. Шульман, В. И. Данилов, В. Е. Яковлев, А. Г. Алексеев

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики (зав.— проф. М. Ф. Исмагилов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова,
больница скорой медицинской помощи (главврач — Ю. А. Анисимов), г. Казань

Реферат. Проведено комплексное обследование 207 пострадавших с травмой позвоночника и спинного мозга в остром периоде заболевания. Прооперированы 120 больных в течение первых 2 сут после поступления в стационар. Консервативное лечение получили 87 пострадавших. Регресс неврологического дефицита и результаты лечения по восстановлению функции оказались лучшими в группе прооперированных больных.

Ключевые слова: осложненная спинальная травма, лечебная тактика.

Библиография: 2 названия.

Осложненная травма позвоночника относится к числу наиболее тяжелых сочетанных повреждений. До настоящего времени отсутствует общепризнанная тактическая концепция, регламентирующая показания к хирургическому и консервативному лечению такой травмы [1—2].

В течение прошлых 20 лет в нейрохирургическое отделение больницы скорой медицинской помощи были госпитализированы 207 пострадавших с травмой спинного мозга и позвоночника, из них 143 (69,1%) пациента были в возрасте от 20 до 40 лет. Все больные поступили в остром периоде травматической болезни спинного мозга. У 62 (29,9%) пострадавших был поражен шейный отдел спинного мозга и позвоночника, у 27 (13,1%) — грудной, у 118 (57,0%) — поясничный. У абсолютного большинства пострадавших была закрытая травма позвоночника и спинного мозга, полученная при падении с высоты или в результате автодорожных про-

исшествий. Сочетанная травма, включающая, кроме указанной, повреждение головного мозга, грудной клетки, костей таза и конечностей, установлена у 29 (14,0%) больных.

Тотчас после поступления в стационар больные подвергались комплексному обследованию, целью которого являлась оценка соматического статуса, определение глубины и локализации повреждения спинного мозга, рентгенографическая визуализация деталей повреждений позвоночника и изменений конфигурации позвоночного канала, изучение проходимости ликворных пространств спинного мозга с использованием при необходимости позитивных методов контрастирования.

Соматический статус оценивали с позиций необходимости коррекции витальных функций, а также возможности выполнения хирургического вмешательства. В результате изучения неврологической картины поражения получали представление о глубине и уровне повреждения спинного мозга и его корешков. С помощью рентгенографического обследования определяли характер повреждений позвоночника, степень деформации позвоночного канала. При исследовании проходимости подпаутинных пространств с помощью ликвородинамических проб и позитивного контрастирования (нисходящая и восходящая миелографии) устанавливали или отвергали факт компрессии содержимо-