

Содержание

Введение	6
Глава первая. Место нейропсихиатрии среди других нейронаук (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н.)	7
1.1. Нейропсихиатрия начала XXI века	7
1.2. Нейропсихиатрия и психиатрия	9
1.3. Нейропсихиатрия и нейрохирургия	11
1.4. Нейропсихиатрия и неврология	22
Глава вторая. Общая психопатология очаговых поражений мозга правшей (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Карменян К.К.)	26
2.1. Пароксизмальные психические нарушения	26
2.1.1. Поражение правого полушария мозга	26
2.1.2. Поражение левого полушария мозга	35
2.1.3. Различия пароксизмальных нарушений при поражении правого и левого полушарий	38
2.2. Непароксизмальные психические нарушения	42
2.2.1. Поражение правого полушария	43
2.2.2. Поражение левого полушария	48
2.2.3. Различия непароксизмальных нарушений при поражении правого и левого полушарий	54
Глава третья. Психопатология очаговых поражений мозга левшей (Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Карменян К.К.)	56
3.1. Пароксизмальные психопатологические синдромы	58
3.2. Непароксизмальная психопатологическая картина	62
3.2.1. Зеркальные формы деятельности	62
3.2.2. Особые клинические феномены	70
3.2.3. Афазии левшей	74
3.2.4. Апраксии левшей	78
3.2.5. Агнозии левшей	80
Глава четвертая. Психопатология двустороннего и срединного поражения мозга (Доброхотова Т.А., Сиднева Ю.Г.)	82
4.1. Эмоционально-личностные расстройства при двусторонних и срединных поражениях мозга	84
4.2. Транзиторная глобальная амнезия	86
4.3. Акинетический мутизм	93
4.4. Психопатология поражения варолиевого моста и продолговатого мозга. Педункулярные галлюцинации	97
4.5. Поражение мозолистого тела. Синдром расщепленного мозга (совместно с Карменян К.К.)	101

Глава пятая. Психопатология опухолей больших полушарий головного мозга (Доброхотова Т.А., Ураков С.В., Чебышева Л.Н.)	107
5.1. Клинико-психопатологические проявления	109
5.1.1. Пароксизмальные психические нарушения	110
5.1.2. Непароксизмальные психические нарушения	118
5.1.3. Особенности психических нарушений в детском и пожилом возрасте.	121
5.1.4. Острые послеоперационные психозы	122
5.2. Дифференциальный диагноз.	126
5.3. Прогноз	127
5.4. Трудовая и судебно-психиатрическая экспертиза	128
5.5. Опухоли мозга в психиатрических стационарах	128
Глава шестая. Психические нарушения при черепно-мозговой травме (Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., Ураков С.В.)	132
6.1. Распространенность черепно-мозговой травмы и классификация	132
6.2. Психопатологические проявления ЧМТ	133
6.2.1. Нарушения сознания	133
6.2.2. Синдромы эмоциональных и аффективных нарушений.	143
6.2.3. Синдромы пограничных психических нарушений	145
6.2.4. Синдромы снижения психической деятельности	146
6.2.5. Эпилептический синдром	147
6.2.6. Особенности психопатологии острого периода сотрясения головного мозга (Краснов В.Н., Доровских И.В.)	148
6.2.7. Особенности психопатологии черепно-мозговой травмы в детском и пожилом возрасте.	154
6.3. Исходы черепно-мозговой травмы	155
6.4. Дифференциальный диагноз.	157
6.6. Трудовая, военно-врачебная и судебно-психиатрическая экспертиза (совместно с Доровских И.В., Куликовым В.В.)	157
6.7. Прогноз	162
6.7.1. Фактор травмы и ситуация ее получения	162
6.7.2. Индивидуальные особенности больного	164
Глава седьмая. Психопатология огнестрельных черепно-мозговых ранений (Зайцев О.С.)	165
7.1. Особенности психопатологических синдромов при огнестрельных черепно-мозговых ранениях	166
I. Синдромы нарушений сознания.	167
II. Синдромы, переходные между нарушенным и ясным сознанием	169
III. Интеллектуально-мнестическое снижение.	170
IV. Эмоционально-личностные нарушения	171
V. Неврозоподобные (астено-депрессивные) расстройства	171
VI. Эпилептический синдром.	172
Сопоставление групп больных с эпилептическим синдромом (18 наблюдений) и без него (38)	176
7.2. Зависимость структуры психопатологических синдромов от стороны повреждения мозга.	173
7.3. Социальные исходы огнестрельных черепно-мозговых ранений	175
7.4. Заключение	176

Глава восьмая. Психические нарушения при абсцессах головного мозга (Доброхотова Т.А., Зайцев О.С.)	177
Глава девятая. Психические нарушения при хронических субдуральных гематомах (Доброхотова Т.А., Зайцев О.С.)	187
9.1. Синдромы нарушения сознания	188
9.2. Эмоционально-личностные нарушения	194
9.3. Астенические синдромы	196
9.4. Амнезии	197
9.5. Эпилептический синдром	198
Глава десятая. Психические нарушения при гидроцефалии (Доброхотова Т.А., Зайцев О.С.)	200
10.1. Посттравматическая гидроцефалия (совместно с Фисенко И.А.)	200
10.2. Окклюзионная гидроцефалия неясного генеза, синдром неопухоловой внутричерепной гипертензии	213
10.3. Особенности гидроцефалии у детей (совместно со Стасевич Е.М.)	220
Глава одиннадцатая. Паркинсонизм (Доброхотова Т.А., Засорина М.А.)	223
Глава двенадцатая. Редкие формы патологии мозга (Доброхотова Т.А.)	227
12.1. Краниопагия	227
12.2. Сочетание аденомы гипофиза и болезни Педжета	237
Глава тринадцатая. Лечение психических нарушений, реабилитация и организация помощи нейрохирургическим больным (Зайцев О.С.)	242
13.1. Биологическая терапия	242
13.1.1. Психофармакотерапия	242
13.1.2. Другие методы биологической терапии	248
13.2. Психотерапия и методы психосоциального воздействия	248
13.2.1. Традиционная психотерапия	249
13.2.2. Психостимулотерапия (совместно с Доброхотовой Т.А.)	249
13.2.3. Методы психосоциального воздействия	251
13.3. Психиатрическая реабилитация	251
13.4. Общеоздоровительные мероприятия	252
Приложение 1. Методы определения функциональной асимметрии (Доброхотова Т.А., Карменян К.К.)	253
Приложение 2. Психофармакологические препараты, применяемые для лечения больных нейрохирургического профиля (Зайцев О.С.)	259
Приложение 3. Психостимулотерапия (Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., Гогитидзе Н.В.)	263
Рекомендации родственникам больных	271
Заключение	276
Литература	277

Психические нарушения при хронических субдуральных гематомах

Доброхотова Т.А., Зайцев О.С.

В работах, посвященных хроническим субдуральным гематомам (ХСГ), признается значительное или ведущее место психических нарушений в их клинической картине. Однако специальных психиатрических исследований, посвященных этому вопросу, крайне мало.

В 1961 году Д.Т. Куимов и А.С. Шмарьян писали, что ХСГ сопровождаются различными нарушениями психики: от астено-депрессивных до психотических состояний с периодами просветления; они выделяли угнетение сознания до комы, спутанность, эпилептические припадки с психомоторным возбуждением, амнестический синдром с «нелепыми конфабуляциями и эйфорией, нарушением критики». Каждому возрасту свойственны определенные нарушения. У детей наблюдалась «эйфория со снижением критики»; у больных молодого и среднего возраста — «бессознательные состояния и фазы измененного сознания»; у пожилых — нарушения, напоминающие болезнь Альцгеймера.

Ю.А. Орлов (1983) пишет о частом «опухолевидном течении с преобладанием психопатологических проявлений» у людей пожилого возраста, у которых ХСГ составляют 11,3% от всех внутричерепных кровоизлияний и 34,8% — от всех субдуральных гематом. Однако эти «психопатологические проявления» не изучены. Z. Kotwica, J. Brzezinski (1988), описывая 5 больных с ХСГ сосудистого (4) и травматического (1) генеза, отмечают у них «деменцию», сочетающуюся с неврологическими нарушениями (гемиплегией). Но структура «деменции» не представлена. A. Spallone et al. (1989), изучая больных с ХСГ в возрасте от 14 лет до 91 года, отметили «замедление психических реакций» у больных старше 75 лет.

Возникновение, прогноз и психопатология ХСГ определяются следующими факторами: 1) характеристиками ХСГ, включающими этиологию (по данным Потапова А.А. и соавт., 1997, ХСГ в 81% случаев развивается после ЧМТ: в 49% — после легкой, в 24% — после среднетяжелой, в 8% — после тяжелой), темпы развития, размеры гематомы, ее локализацию и сторону расположения (односторонние ХСГ встречаются чаще, чем двусторонние, а среди односторонних преобладают левосторонние); 2) индивидуальными особенностями больного: возрастом (ХСГ чаще развиваются у пожилых и стариков), полом (у мужчин встречаются чаще, чем у женщин), психическим и соматическим здоровьем (например, отмечена высокая частота ХСГ у лиц, злоупотребляющих алкоголем), профилем функциональной асимметрии и т.д.; 3) лечением: сроками и видом оперативного вмешательства (Кравчук А.Д., 2000) и необходимыми консервативными воздействиями.

Психические нарушения при ХСГ чаще проявляются и нарастают постепенно. Возможны пароксизмальные нарушения, составляющие содержание эпилептических при-

падков, у больных молодого и среднего возраста, очень редкие у пожилых и отсутствующие у стариков. Психические нарушения могут быть первыми клиническими симптомами ХСГ или возникают на фоне головных болей, нарастающей очаговой полушарной неврологической симптоматики.

9.1. Синдромы нарушения сознания

При ХСГ часты синдромы спутанности сознания, особенно у больных пожилого и старческого возраста. При положительной динамике происходит смена состояний спутанности синдромами смешанных нарушений сознания, характеризующимися присоединением к явлениям выпадения продуктивных симптомов. Это обычно происходит в ходе восстановления сознания уже после удаления ХСГ. Например, при амнестической спутанности прогностически благоприятным оказывается появление конфабуляций; в этом случае синдром нарушения сознания в целом (с учетом дефицитарных и продуктивных симптомов) можно уже обозначить как амнестико-конфабуляторный.

Кома при ХСГ в случае своевременного ее распознавания и осуществления необходимого хирургического вмешательства встречается редко.

Помрачение сознания при ХСГ также возникает редко, обычно у больных молодого и среднего возраста. Различно при право- и левополушарной локализации ХСГ.

При правосторонних ХСГ возможны пароксизмальные состояния с онейроидными, дереализационно-деперсонализационными, галлюцинаторными переживаниями. Амнезия, как правило, не наступает. Так, 55-летний больной с правосторонней ХСГ сообщал врачу о состояниях, когда вдруг переставал воспринимать реальную действительность, ощущал себя находящимся на танцплощадке: «видел вокруг себя танцующих, слышал музыку, приглашал одну девушку танцевать».

При левосторонних ХСГ, располагающихся в лобно-височной области, возможны сумеречные состояния сознания. Они наступают и заканчиваются внезапно. Больной сохраняет активное поведение — совершает сложную и последовательную психомоторную деятельность.

Динамика восстановления сознания также различна при право- и левосторонних ХСГ (особенно у больных молодого и среднего возраста).

Для правосторонних ХСГ наиболее характерна следующая последовательность: амнестическая спутанность — амнестико-конфабуляторная спутанность — корсаковский синдром (КС), часто сочетающийся с левосторонней пространственной агнозией (ЛПА) — выход в ясное сознание.

Иногда односторонняя пространственная агнозия может выступать изолированно. Приведем соответствующий пример.

Больной Г-В, 55 лет, правша, инженер — начальник цеха крупного завода. В НИИ нейрохирургии поступил через 9 месяцев после ЧМТ; И/б 1390/93.

Травму получил при падении с крыши дома; повредил правую ногу, сознания не терял, состояние было удовлетворительным. Вернулся к работе. Через 6 месяцев после травмы жена заметила, что больной подволакивает левую ногу. Только при активных расправах больной отметил, что у него «появилась слабость в левой руке, и он плохо управляет движениями этой руки». Часто держал левую руку согнутой на груди, ходил по квартире, шатаясь, натыкаясь на предметы, лежащие слева от него на полу, плечом задевал дверные косяки, ударялся о них и, ощущая боль, беззаботно повторял: «опять ударился». В институте установлена ХСГ правой лобно-теменной области. Произведена операция — закрытое наружное дренирование гематомы.

Психическое состояние до операции: спокоен и формально упорядочен в своем поведении. На вопросы отвечает без пауз. Есть легкий благодушный оттенок в настроении, недооценка

своего состояния, нет должной озабоченности, встревоженности. Об отмеченных женой нарушениях больной по собственной инициативе не говорит, приходится активно его расспрашивать.

Через 6 дней после операции: больной быстр в ответах, помнит беседу с врачом до операции, способен воспроизвести ее содержание. По собственной инициативе сказал, что слабость в левых конечностях «уменьшилась, можно сказать, исчезла», чувствует себя «лучше и увереннее». Настроение больного более адекватно, нет прежнего благодушия.

Клинически ХСГ правой лобно-теменной области проявилась через 6 месяцев после падения левосторонним гемипарезом и игнорированием слабости в левых конечностях, невниманием к находящимся слева предметам, эмоционально-личностными изменениями (анозогнозия, благодушие).

В повседневной практике обычно учитываются клинически яркие и очевидные в первые же минуты осмотра слагаемые односторонней пространственной агнозии. У этих больных может быть игнорирование левого пространства в разных видах деятельности, не столь очевидное при обычном осмотре и требующее специальных исследований (Доброхотова Т.А. и соавт., 1996). Подобное игнорирование у левшей отмечено по отношению к правостороннему гемипарезу при левосторонних ХСГ.

Больной Л., 62 года, левша. Врач. В НИИ нейрохирургии поступил через 6 месяцев после ЧМТ; И/б 1491/93. Травма получена при падении (головой ударился об асфальт). Была кратковременная утрата сознания. Пришел в себя лежа на дороге, сам поднялся, добрался до дома. Несколько дней были головные боли. Затем они исчезли, самочувствие улучшилось, и больной вернулся к работе.

Через 4 месяца после падения остро заболел. Диагностировано респираторное заболевание с высокой температурой. Была общая слабость. Находился на больничном листе. В поликлинике, куда пришел для продления больничного листа, лечащий врач заметил, что правая часть брюк в грязи, больной подволакивал правую ногу. Но сам больной этого не замечал. Направлен в НИИ нейрохирургии, где выявлена ХСГ левой лобно-теменной области.

Выполнено закрытое наружное дренирование гематомы.

Психическое состояние до операции: поведение больного формально упорядочено, но он малоактивен, по собственной инициативе ничего не рассказывает, жалоб не предъявляет, ничем не интересуется. При активных расспросах, когда же появилась слабость в правых конечностях, вяло говорит: «особой слабости не замечал». Сказал лишь, что бывают «пульсирующие боли в левой половине головы».

После операции мимика больного живее. Выразительнее и быстрее речь. Но и сейчас беседа с больным возможна лишь при активных расспросах врача.

Это наблюдение иллюстрирует клиническое проявление ХСГ левой лобно-теменной области у левши на фоне острого респираторного заболевания с высокой температурой. Особенное внимание привлекают элементы правосторонней пространственной агнозии (игнорирование слабости в правой ноге) в сочетании с резким снижением инициативы до степени аспонтанности.

При левосторонних ХСГ у правшей обычно наблюдаются иные по структуре и динамике нарушения сознания. Здесь возможны состояния спутанности сознания с речевыми нарушениями, далее — с психомоторным возбуждением.

Больной И-в, 45 лет, правша, научный работник. ЧМТ получил при падении (ударился головой о каменный пол). Сразу потерял сознание. На вопросы жены, подошедшей к больному, не отвечал, лежал с закрытыми глазами. Каретой скорой помощи доставлен в местную больницу. Состояние сознания при поступлении расценено как кома I-II, в последующие дни сопор-оглушение. На 4-й день переведен в НИИ нейрохирургии; И/б 2019/97. Установлен диагноз: тяжелая закрытая ЧМТ, геморрагический ушиб (внутричерепная

гематома объемом 18 мл), пластинчатая субдуральная гематома левой височной области, отек левого полушария головного мозга, смещение прозрачной перегородки на 3 мм. В последующие дни: усилился геморрагический компонент в области ушиба, увеличились субдуральная гематома, перифокальный отек мозга, усилилось смещение прозрачной перегородки сначала до 5 мм, затем до 12 мм. Отмечено сужение боковых и III желудочка. В последующем очаг ушиба значительно уменьшился, но сформировалась хроническая субдуральная гематома левой височно-теменной области, и через 20 дней после ЧМТ осуществлено закрытое наружное ее дренирование.

До операции: больной фиксирует взор, выполняет инструкции, понимание которых резко затруднено. Далее — нарастающее двигательное беспокойство. Вертится в постели. Пытается встать. Уговоры успокоиться практически не действуют. На 5-й день после ЧМТ назвал свои фамилию, имя и отчество, возраст, специальность и занимаемую должность. Дезориентирован в месте и времени. Не сразу понимает даже простые вопросы. Но много говорит. Повторяет свои ученые степени и звания. В моменты беседы становится еще более беспокойным: все время пытается освободить руки, которые фиксированы из-за непрерывного психомоторного возбуждения.

После операции сенсорные нарушения речи сохранялись: больной не всегда понимал вопросы, неточно выполнял даже простые инструкции (показать зубы, высунуть язык). Ответы были большей частью стереотипны.

Более развернутое обследование стало возможным спустя 1–1,5 недели после операции. Понимает вопросы, отвечает быстро и безошибочно в начале беседы. Быстро устает. Вместе с утомлением появляются трудности в речевой сфере, прежде всего в понимании обращенной речи. Проявляются они в «недослышивании» (при сохранном слухе) задаваемых вопросов. Отвечает на них пространно, быстро теряет нить высказывания. В спонтанной речи учащаются искажения отдельных элементов речи, замены слов другими, близкими по смыслу или звучанию. Выражен феномен «отчуждения смысла слов». Грубо нарушено написание, подсказка не всегда помогает актуализации нужного наименования. Повторная речь относительно сохранна.

Больному доступно удержание в памяти вербального ряда из 6 слов, который он воспроизводит в заданном порядке со второго раза. Замедлено, дезавтоматизировано чтение. Нарушено письмо (замены букв, персеверации). Сам их не замечает. Так, при осмотре на 15-й день после дренирования гематомы показывает написанный им (по заданию логопеда) текст. В нем многочисленные ошибки: «завтракаю» вместо «завтракаю»; «телефизор» вместо «телевизор». Когда врач привлекает внимание больного к этим словам и спрашивает, правильно ли они написаны, долго всматривается в слово, самостоятельно (без помощи врача) не может понять ошибочность письма. Только при наводящих вопросах врача говорит: «здесь лишняя буква «р»», или «здесь вместо буквы «в» буква «ф»». Не может (без искажений) повторить слова «собор-забор-запор» — путает произношение, последовательность.

Выявлены также легкие нарушения праксиса позы, динамического праксиса (трудности усвоения двигательной программы); легкое снижение гнозиса: тактильного, слухового (единичные ошибки в оценке ритмов) и зрительного (сужение объема и фрагментарность зрительного восприятия); нарушен самостоятельный рисунок; дезавтоматизированы счетные операции (особенно при серийном счете).

В общем поведении больной уже упорядочен. Сам себя обслуживает, ходит. Приветливо встречает врачей. Огорчается, когда осознает свои ошибки. В эти моменты говорит, что ему «нужно время, чтобы быть в форме». При этом вновь и вновь напоминает врачу, что ему часто приходится выступать, вести конференции. Произносит далее пространную фразу, смысл которой заключается в том, что речь его должна быть «хорошей».

В этом наблюдении хроническая субдуральная гематома явилась одним из проявлений (наряду с геморрагическим ушибом) многоочагового поражения мозга, преимущественно

височно-теменной области левого полушария. По миновании угнетенного сознания появилось двигательное и речевое беспокойство. Стали очевидными нарушения речи, которые можно квалифицировать как комплексную (сенсорную и акустико-мнестическую) афазию с нарушениями, чтения, письма и счета. Менее выражены расстройства праксиса, гнозиса.

Состояние больного стало улучшаться, уменьшилось, а затем исчезло двигательное беспокойство, поведение становилось упорядоченным, восстанавливались все виды ориентировки. Остались регрессирующие нарушения устной и письменной речи, счета, организации движений и восприятия. Появилось смутное, а затем все более отчетливое понимание необходимости специальных занятий.

У больных старческого возраста при всех формах дезинтеграции сознания часто нарушен цикл сон–бодрствование. При выраженности этого расстройства наступает некое равномерное распределение сна. В течение суток 20–30-минутный сон сменяется бодрствованием с двигательным беспокойством.

После удаления гематомы сознание обычно проясняется, но при наличии отягощенности преморбида, например, алкоголизмом, может долго оставаться спутанным.

Приведем примеры.

Наблюдение 1.

Больной К-в, 68 лет, правша со скрытыми признаками левшества, театральный художник. Из особенностей: всегда были «удивительные цветные сновидения и после ночи с такими сновидениями всегда бывало хорошее настроение и общее состояние». Много курил и «сильно пил». В НИИ нейрохирургии поступал трижды (И/б 3263/92; 1388/93; 1770/93). Первый раз переведен из 67-й клинической больницы, куда доставлен после того, как в подъезде дома больного ударили по затылку. Собственные воспоминания больного обрываются на том, как он был в магазине, купил хлеб и бутылку водки, открыл дверь в подъезд и почувствовал удар по голове. «Очнулся» на следующий день в реанимационном отделении 67-й больницы, «был привязан к кровати».

При поступлении больной был многоречив, речь чуть замедлена. Подробно рассказывал о том, что жена и сын искали его во всех больницах и «моргах», так как сам больной не мог позвонить и сообщить о месте своего пребывания. Настроение больного было благодушное. По собственной инициативе жалоб не предъявлял. При целенаправленных расспросах врача о самочувствии отмечал повышенную утомляемость. Не мог воспроизвести события, происходившие вокруг него в течение 2 недель пребывания в 67-й больнице. Установлен диагноз: тяжелая ЧМТ, ушиб головного мозга, субдуральная гематома правой лобно-височно-теменной области. От предложенной операции отказался. Дома через 3 месяца усилились головные боли, появилась тошнота. Больной часто ударялся левой стороной головы о двери, шкафы, так как их не видел, если они оказывались слева от него. Стал «физически слабым... роняло все время вправо».

После второго поступления в институт больной говорит медленно. Не может рассказать последовательно о событиях прошедшего месяца, путает текущую дату. Говорит, что его отвезли в 67-ю больницу, а оттуда — в институт, хотя не был на этот раз в той больнице. При расспросах сам больной сообщил о двух эпизодах «странного состояния», которые были «не то вчера, не то сегодня». Он видел в палате японцев в серо-сиреневых кимоно, сидевших на разных кроватях и разговаривавших между собой. Когда больной в этот момент осматривал палату, то и «старичок» (показывает на своего соседа по палате) стал похожим на японца, «было что-то японское». Больной понимал «нереальность ситуации», смотрел по сторонам, на потолок, чтобы убедиться в том, что он находится в палате. Во втором эпизоде больной вдруг будто бы оказался в «корейском» магазине, который видел «прямо в отделении». В начале осмотра больной был вялым, а паузы между вопросами врача и ответами — длинными. К концу

беседы стал активнее, быстрее в ответах, говорил о своих «видениях» с оттенком недоумения.

Выполнено закрытое наружное дренирование гематомы.

Третье поступление в институт связано с резким утяжелением состояния. Доставлен в коматозном состоянии. Выявлена ХСГ больших размеров в правой лобно-теменно-височной области. Произведена костно-пластическая трепанация и удалена гематома. После операции сознание больного постепенно прояснялось, но отмечались игнорирование левосторонней гемиплегии, невнимание к врачам, стоящим слева от больного.

В этом наблюдении в связи с ХСГ правой лобно-теменно-височной области проявились близкий к корсаковскому синдром и ЛПА. До этого были состояния спутанности сознания (в 67-й больнице) с рече-двигательным возбуждением. Дома после первой выписки из НИИ нейрохирургии ударился левой стороной о мебель и дверные косяки. При втором пребывании в институте проявились снопоподобные и дереализационные расстройства.

Наблюдение 2.

Больной Д-в, 76 лет, правша, злоупотребляет алкоголем, работает сторожем. В НИИ нейрохирургии поступил через 2 месяца после ЧМТ; И/6 245/93.

Ударился головой о тумбочку. Сознания не терял. С ушибленной раной левой затылочной области обратился в больницу, отпущен домой после первичной хирургической обработки раны и наложения швов. Продолжал работать. Через неделю в семье заметили, что больной становится агрессивным, злобным. Возникло речедвигательное возбуждение после приема даже малых доз алкоголя. Через 2 недели появилась слабость в правых конечностях, больной стал «заговариваться» — произносил бессмысленный набор слов. Психическое состояние при поступлении в институт: знает, где находится. Но не знает текущей даты, путает возраст, говорит, что ему 81 год. Ничего не может сообщить о случившемся. При просьбе сказать, где он работает, называет работу, которую выполнял во время войны. При расспросах о самочувствии не сразу понимает вопросы, говорит, что его ничего не беспокоит. Но тут же добавляет: «голова болит... плохо с левой стороны» и протирает левую сторону головы. Путает слова, искажает звуки речи, «сегодня прошел логофетты», вместо «голова» говорит «говолья». Увидев приближающуюся к нему жену, пришедшую навестить больного, засуетился, произнес непонятное для жены: «надо ходить за деньгами».

При обследовании установлена ХСГ левой височно-теменной области. Выполнено закрытое наружное дренирование гематомы.

Психическое состояние больного через день после операции: утром лежит в постели с закрытыми глазами. Открывает их при обращении к нему. Правильно называет себя. Паузы между вопросами врача и ответами больного значительно короче, чем при осмотре до операции. Знает, что оперирован. Дату операции определяет с ошибкой на один день. По собственной инициативе сказал, что ему стало лучше. На просьбу врача уточнить, в чем это заключается, ответил: «рука лучше работает» (при этом поднял вверх правую руку, сжал и разжал кулак). Помнит врача, осматривавшего его до операции. Быстро устает. Утомившись, не сразу подыскивает нужные слова. Замечает это и, досадуя на самого себя, машет рукой.

В этом наблюдении ХСГ обнаружилась у больного с давним бытовым пьянством. Проявилась через 1,5–2 месяца после ЧМТ нарастающими головными болями, головокружением, слабостью в правых конечностях и нарушением речи. Но уже через неделю после травмы отмечены агрессивность, злобность и изменение характера опьянения (речедвигательное возбуждение). Обращает на себя внимание отчетливое улучшение состояния больного после операции. В частности стало возможным речевое общение с больным, до операции резко затрудненное из-за нарушения понимания обращенной к нему речи, искажения звуков речи.