

ДОКЛАД «К ВОПРОСУ О МНОГОМЕРНОСТИ ДИАГНОЗА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ» М.О. ГЕРЦБЕРГА В АРХИВЕ РАН

О.Б. Бокарева, ст. науч. сотр.
Архив Российской академии наук
(Россия, Москва)

DOI:10.24412/2500-1000-2023-4-4-7-10

***Аннотация.** В основе статьи – публикация доклада (сообщения) отечественного психиатра М.О. Герцберга «К вопросу о многомерности диагноза посттравматических состояний». Доклад находится в личном фонде ученого в Архиве РАН. Он был написан в соавторстве с другими учеными. В нем рассматриваются вопросы, связанные с лечением и реабилитацией людей, пострадавших от черепно-мозговых травм. Основная идея доклада в том, что структура посттравматических состояний многообразна, а диагноз их должен быть многомерным.*

***Ключевые слова:** М.О. Герцберг, Архив Российской академии наук, личный фонд, психиатр, черепно-мозговые травмы, посттравматические состояния, многомерный диагноз.*

Доклад (сообщение) отечественного психиатра Михаила Осиповича Герцберга (1892-1968) находится в личном фонде ученого в Архиве РАН [1].

Доклад был сделан М.О. Герцбергом в соавторстве на клинической конференции Института психиатрии АМН СССР и Московского психоневрологического госпиталя для инвалидов Отечественной войны.

Текст – угасающий машинописный. На верхнем поле первого листа сделана помета карандашом: «1948» (на обложке проставлена другая дата – «1947»). Ниже и правее – помета синими чернилами: «№ 12». Слева помета карандашом – трудночитаемая.

Текст публикуется в соответствии с правилами археографии при сохранении стилистических особенностей автора. Сокращено написанные слова раскрываются в квадратных скобках, в них также помещены дополнения.

Герцберг М.О., Рапопорт А.Н. [и др.]

К ВОПРОСУ О МНОГОМЕРНОСТИ ДИАГНОЗА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

При ознакомлении с историями болезни лиц, пострадавших от черепно-мозговой травмы, бросается в глаза широкое использование диагнозов «травматическая

церебропатия» и «травматическая энцефалопатия».

Один этот диагноз, без обозначения ведущего синдрома, характеристики течения болезни, очень мало говорит о существовании данной клинической картины, способствует снижению клинической ценности истории болезни.

В литературе нет достаточно четкого описания разграничений между терминами «травматическая церебропатия» и «травматическая энцефалопатия». Есть отдельные указания на то, что отличие между ними зависит от наличия или отсутствия выраженной органической симптоматики, тяжести расстройств. С филологической точки зрения – термин «энцефалопатия» должен был бы обозначать страдание, касающееся всего головного мозга, в то время как «церебропатия» означает, по видимому, страдание только большого мозга.

Изучая больных после черепно-мозговой травмы, мы пришли к выводу о необходимости многомерного диагноза. Структура посттравматических состояний многообразна. При изучении этой структуры приходится устанавливать соотношение между ведущим синдромом и характером травмы, приходится учитывать динамику процесса. Необходимо дать точную квалификацию данного состояния.

Все это можно отразить только в многомерном диагнозе.

Многомерный диагноз посттравматических состояний должен отразить следующие основные данные: 1) этнопатогенез, 2) фазу процесса, 3) ведущий синдром, 4) характер и степень компенсаций.

Для правильного понимания существа клинической картины абсолютно необходимо представить себе характер травмы.

Достаточно напомнить, например, о тех принципиальных отличиях, которые имеются в позициях советских и зарубежных психиатров в вопросе о роли функционального и органического в структуре посттравматических состояний. В то время как советская клиническая школа чрезвычайно внимательно учитывает рост органического, материального фактора и изучает личность в ее динамических связях с социальной средой, многими зарубежными работами о посттравматических состояниях довлеет фатум учения о врожденной конституции, Фрейдизм, роли рентных установок и т.п.

В силу вышеизложенного страдание в многомерном диагнозе этнопатогенеза, характера травмы приобретает большое значение.

Между тем, нередко мы встречаем лишь поверхностное описание характера травмы. Отмечается, например, лишь факт контузии, но не характер ее; при огнестрельных черепно-мозговых ранениях не указываются не только характер и область ранения, но в некоторых случаях не отмечается даже сторона поражения. Дальнейшее течение болезни, особенно характер осложнений, описывается далеко не всегда. Если сочетать описание характера полученной травмы с соответствующим синдромом, наблюдаемым в настоящее время и фазой процесса, то такой многомерный диагноз будет более полно освещать клиническую картину. Например: «апатический синдром после осколочного проникающего слепого ранения полюса правой лобной доли, осложненного менингоэнцефалитом. Резидуальная фаза».

В многомерном диагнозе надо отражать, конечно, лишь абсолютно необхо-

димое, наиболее характерное, для данной клинической картины.

Существенно учитывать фазы патологического процесса.

Среди авторов еще нет достаточного единства в отношении терминологии этих фаз. Одни склонны перенести из хирургической клиники в психиатрическую понятия острейшего, острого, межоточного периодов. Другие говорят об острой фазе и хроническом позднем состоянии. Третьи пользуются терминами «острая фаза», «затянувшаяся подострая фаза» и «резидуальная фаза», которую делят в свою очередь на дефектную и исходную. Иные говорят еще о периоде отдаленных последствий.

Дело осложняется тем, что длительность каждой из этих фаз колеблется, и они могут без резких границ переходить одна в другую.

Использование известных по литературе патоморфологических критериев для определения фазы процесса в повседневной практике работы невропсихиатрических диспансеров, больниц, госпиталей и даже клиник может быть лишь приблизительным и схематичным. Поэтому психиатры склонны пользоваться и другими критериями, позволяющими им ориентироваться в том, в какой фазе процесса находится наблюдаемая клиническая картина. Здесь можно использовать некоторые данные обследования психической сферы, трудоспособности больных, неврологические данные.

Вопросы трудоспособности естественно не возникают в острой и даже межоточной (подострой) фазах. Практически наибольшее значение имеет вопрос об отличиях поздней фазы от резидуальной.

В ПОЗДНЕЙ ФАЗЕ реакция личности на процесс и ситуацию еще не завершены, поиски путей приспособления к ситуации еще не закончены, пути возможной компенсации не исчерпаны, проблема трудового приспособления еще не разрешена. Больной еще ищет, пробует, меняет пути этого приспособления.

В РЕЗИДУАЛЬНОЙ ФАЗЕ размеры компенсации и трудового приспособления в известной мере завершены, реакция лич-

ности на болезненный процесс и ситуацию приобрели более или менее стойкую очерченность.

Для практических целей номенклатуру фаз желательно возможно более сузить, упростить. Необходимо учесть, что, получив черепно-мозговую травму, больные чаще всего попадают в ХИРУРГИЧЕСКИЕ, а не психиатрические учреждения, где, как правило, находятся в течение острой, подострой, отчасти межфазной фаз болезни и выписываются под ХИРУРГИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ. Психиатр наблюдает их здесь лишь в качестве консультанта.

В непосредственное соприкосновение с такими больными он приходит лишь после, так называемого, хирургического лечения.

Практически это означает, что в психиатрических учреждениях он наблюдает больных, главным образом, в поздней (затянувшейся подострой) и резидуальной фазах.

Обозначение синдрома в многомерном диагнозе позволяет судить о ведущей психопатологической стороне посттравматического состояния в настоящее время. Эта часть многомерного диагноза является практически наиболее важной.

В клинике поздних и отдаленных последствий черепно-мозговой травмы можно выделить для многомерного диагноза значительное количество синдромов. В качестве рабочей схемы в помощь врачу мы можем предложить следующий перечень синдромов: астенический, гипохондрический, депрессивный, дисфорический, вегетативной дистонии, психопатоподобный, галлюцинаторный, параноидный, шизофреноподобный, синдром нарушения сознания, амнестический, апатический, коркоподобный, псевдодементный, психосенсорный, гиперпатический и т.д. Вопрос о правомерности выделения отдаленного судорожного синдрома мы оставляем открытым, ввиду сложности его отношения к травматической эпилепсии, к психопатоподобным состояниям.

Наряду с синдромом в многомерный диагноз могут быть включены отдельные реакции, психогенные наслоения, если они

достаточно выражены и отражают личностные, конституциональные, ситуационные и реактивные элементы клинической картины. Например: астенический синдром со склонностью к эксплозивным реакциям. Ипохондрический синдром со склонностью к истерическим реакциям. После закрытой травмы черепа (баротравмы), пулевого, проникающего, касательного ранения левой лобно-теменной области. Резидуальная фаза, или иногда имеется возможность отразить в многомерном диагнозе имевшую место геморрагию, энцефалитиды, арахноидиты, явления деструкции мозговой ткани, поздний абсцесс, внутреннюю водянку и т.д.

Вопросы трудоспособности приобретают для больного КОНКРЕТНОЕ значение, главным образом, в поздней и, особенно, резидуальной фазах. Для врача это неразрывно связано с необходимостью дать не только клиническую оценку посттравматического состояния, но определить характер и степень компенсации. Эта компенсация может быть в части случаев практически полной: пострадавшая деятельность может приблизиться к нормальному своему уровню. В соответствующих случаях можно говорить о полной компенсации. При значительном улучшении пострадавших функций, но при явной выраженности в них патологических черт целесообразно говорить о состоянии субкомпенсации. При длительной неустойчивости резко выраженного нарушения функций можно говорить о состоянии декомпенсации.

Наряду со степенью компенсации должно выяснить вопрос о размерах ее устойчивости. В ряде случаев даже весьма значительной компенсации последняя может оказаться недостаточно устойчивой.

Компенсацию не следует смешивать с адаптацией. При явной патологии психики перенесший травму может по-разному быть приспособленным к трудовым и бытовым требованиям. Такая адаптация зависит при данных нарушениях от индивидуальных условий труда и быта, а также от общих личностных установок больного.

Хотя принципы многомерного диагноза в клинике достаточно хорошо известны, мы сочли целесообразным фиксировать

внимание врачей на роли такого диагноза, так как убеждены, что многомерный диагноз имеет важное значение как для научных обобщений, так и для практической работы.

[Б/г].

[Б/м].

АРАН. Ф. 1586. Оп. 1. Д. 12. Л. 1-6. Машинопись.

Библиографический список

1. АРАН. Ф. 1586. Оп. 1. Д. 12. Л. 1-6.

THE REPORT «ON THE QUESTION OF THE MULTIDIMENSIONALITY OF THE DIAGNOSIS OF POST-TRAUMATIC CONDITIONS» OF M.O. GERTSBERG IN THE ARCHIVES OF RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES

O.B. Bokareva, *Senior Researcher*
Archive of the Russian Academy of Sciences
(Russia, Moscow)

***Abstract.** The article is based on the publication of the report (communication) of the Russian psychiatrist M.O. Gertsberg «On the question of the multidimensionality of the diagnosis of post-traumatic conditions». The report is in the personal fund of the scientist in the Archives of Russian Academy of sciences. It was written in collaboration with other scientists. The report discusses issues related to the treatment and rehabilitation of people affected by traumatic brain injuries. The main idea of the report is that the structure of post-traumatic states is diverse, and their diagnosis should be multidimensional.*

***Keywords:** M.O. Gertsberg, the Archives of Russian Academy of sciences, the personal fund, psychiatrist, traumatic brain injuries, post-traumatic conditions, multidimensional diagnosis.*