

ленно генерализуясь, переходили в тонические и клонические судороги с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием и последующей амнезией случившегося.

У больного Р., 42 лет, через 3 года после пулевого ранения головы появились типичные эпилептические припадки, зафиксированные в квалифицированном лечебном учреждении. Через 5 лет, параллельно с эпилептическими припадками, у больного эпизодически (обычно при конфликтных ситуациях, во время консультативных осмотров, на фоне явно рентной установки) наблюдали припадки, проявляющиеся в демонстративном падении на пол, театральными и вычурными движениями, царапанием лица, попытками рвать волосы и наносить себе побои, мутизмом, кратковременной астазией-абазией.

Не вызывает сомнения, что у всех больных имела место эпилептическая болезнь, обусловленная органическим поражением головного мозга. Но в то же время у этих лиц наблюдали припадки явно функционального характера, свойственные истерии. Нам кажется, что при подобной сочетанной патологии не всегда должна иметь место тенденция к тому или иному альтернативному единству в рамках отдельной нозологической единицы (напр., «истерия» или «эпилепсия»?). Думается, что в подобных случаях все же следует на первое место ставить диагноз эпилептической болезни (как более серьезного во всех отношениях заболевания), но осложненной полиморфными и функциональными (истероидными) наслоениями. Важное значение приобретают анамнестические данные, тщательный анализ преморбиды и особенностей личности и правильная интерпретация полученных сведений с клинико-лабораторными данными (особенно данных электроэнцефалограмм, исследований личности и наблюдений в динамике).

О СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ОЦЕНКЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

А. И. ШУЛЬГА

Полтава

Многие лица, перенесшие черепно-мозговую травму при транспортных происшествиях, в быту или на производстве, становятся в силу различных причин объектом не только судебно-

медицинской, но и судебно-психиатрической и иных экспертиз (Т. Н. Гордон, 1973; З. Г. Ус, 1973; Г. В. Морозов, 1977 и др.):

В аспекте судебно-медицинской оценки обнаруженной неврологической и психопатологической симптоматики нами проанализированы направленные на судебно-медицинскую экспертизу 164 истории болезни и материалы дел лиц с полиморфными по своим клиническим проявлениям ближайшие и отдаленные последствия черепно-мозговой травмы.

Среди пострадавших мужчин — 95 (57,9%), женщин — 69 (42,1%). В возрасте от 19 до 50 лет было 148 (90,3%) больных. Бытовая черепно-мозговая травма имела место у 75 (45,8%) лиц, транспортная — у 52 (31,7%) и производственная — у 37 (22,5%). После черепно-мозговой травмы давность до года была у 114 (69,5%) больных, от года до 3 лет — у 28 (17,1%) и свыше 3 лет — у 22 (13,4%).

Различные клинические формы травматической эпилепсии обнаружены у 9 (5,5%) пациентов, хронического посттравматического арахно-энцефалита — у 59 (35,9%), причем из них у 17 (10,4%) человек доминировала выраженная дизэнцефальная патология. Посттравматическая церебростения имела место у 46 (28,1%) больных. Функциональные наслоения установочного или истероидного характера наблюдали у 30 (18,3%) больных. Практически здоровыми оказались 20 (12,2%) освидетельствованных.

Травматическая эпилепсия у 5 из 9 больных проявлялась различными по частоте большими и малыми припадками, психическими эквивалентами (чаще в виде сумеречных состояний сознания, дисфории), а также снижением интеллекта, характерологическими изменениями личности.

У 14 больных с полиморфными проявлениями посттравматического арахно-энцефалита имели место различные степени гипомнезии с ущербностью мотиваций, выраженными колебаниями в эмоциональной сфере, заострение черт характера до степени той или иной психопатии. У 6 пациентов наблюдали (обычно в непосредственной связи с употреблением спиртного) поздние посттравматические психозы. Дизэнцефальная патология обычно сочеталась с выраженной психопатизацией личности, частыми вегетативно-сосудистыми кризами симпатоадреналового или ваго-инсулярного характера.

Во всех случаях церебростении превалировала астено-невро-

тическая симптоматика (с повышенной физической и психической истощаемостью, ранимостью, слабодушием, сосудисто-вегетативными дисфункциями). Реже отмечали эпизодическую астено-депрессивную и астено-ипохондрическую симптоматику.

В прошлом 14 (8,5%) больных с полиморфной посттравматической симптоматикой находились на лечении в психиатрических больницах, а 35 (21,3%) — в психоневрологических диспансерах. Во время проведения судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертиз обычно решали вопросы о вменяемости и дееспособности пострадавших, степени тяжести полученной травмы, трудоспособности и другие.

Следует отметить, что судебно-медицинский эксперт и психиатр-эксперт обычно сталкиваются со значительными трудностями при проведении экспертизы лиц с последствиями черепно-мозговой травмы. У экспертов обычно отсутствуют достоверные данные об особенностях преморбиды пострадавшего, нет достоверных данных об истинной тяжести полученной травмы. Ведь в распоряжении экспертной комиссии единственным документом является лишь история болезни, обычно оформленная лишь хирургом (травматологом), которые в качестве лечащего врача наблюдали больного. Как правило, квалифицированные записи невропатолога (а при необходимости и психиатра), сделанные в первые дни, часы после травмы, отсутствуют. В то же время сам потерпевший по тем или иным мотивам (особенно в случаях бытовой и производственной травмы) нередко проявляет склонность к агравации, установочным и истероидным реакциям, причем часто жалобы излагаются с интегративным учетом заключений предыдущих медицинских осмотров, косвенных наводящих вопросов врачей, полученной информации при чтении доступной медицинской литературы, беседах с другими больными и т. д. В силу изложенного выше ретроспективный анализ анамнестических данных далеко не всегда оказывается достаточно достоверным.

Для дальнейшего совершенствования судебно-психиатрической и судебно-медицинской экспертизы необходимо более качественное ведение истории болезни и иной медицинской документации на всех этапах, особенно касающейся лиц, перенесших черепно-мозговую травму, притом с отражением расширенных консультативных заключений (особенно невропатолога и психиатра) с максимальной фиксацией данных о неврологической и психотической симптоматике.