

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат на тему:

Нарушения сознания.

Дифференциальная диагностика нарушений сознания.

Выполнил: ординатор 1-го года обучения

Тимофеев А.С.

Руководитель: зав.кафедрой, д.м.н.

Березовская М .А.

- 1. Определение сознания, актуальность проблемы**
- 2. Формы нарушения сознания**
- 3. Дифф. Диагностика нарушений**
- 4. Вывод.**
- 5. Список используемой литературы.**

Определение сознания

Есть значительные противоречия в определениях сознания, что связано с тем, что этот термин в разных ситуациях используется в разных значениях, в том числе в медицине можно найти три таких значения:

- Сознание как состояние бодрствования (ср.: бодрствующее сознание, «пришел в сознание» и пр.). В общем определяется способностью реагировать на происходящее вокруг, возможность активной умственной и физической деятельности. Отличается от состояния сна и состояний утраты (выключения) сознания. Состояние бодрствования обеспечивается оптимальной функциональной активностью всего мозга, особое значение в поддержании состояния бодрствования играет ретикулярная формация ствола мозга.
- Сознание как осознанное бытие; способность осмысленно воспринимать действительность во всей целостности событий; позволяет ориентироваться в действительности, времени и собственной личности, обеспечивает преемственность опыта, непрерывность и последовательность психической деятельности, объединяет знания об объективном мире и субъективные переживания. Человек может бодрствовать, но быть не в состоянии осмысленно оценивать происходящее (например, новорожденный младенец — способность осмысленно осознавать действительность приобретается лишь с возрастом).
- Сознание как полное и точное осознание действительности; «способность идеального воспроизведения действительности; знание о мире, включающее представление о роли и месте человека в нем, о „смысле жизни“; о свободе человека...» Многие психопатологические симптомы (например, бред или галлюцинации) могут нарушать точное понимание действительности, поэтому обобщенную оценку сознания («сознание ясное») в психиатрии избегают, давая оценку двум первым уровням в отдельности

Также выделяют самосознание — осознание себя («сознание Я»), своей идентичности, своих психических процессов. Сложный феномен, базирующийся на различных переживаниях «Я»: витальности (чувство личного реального бытия, существования), активности (чувство возможности управления самим собой, своими устремлениями и пр.), целостности (ощущение себя, своего тела, психики как единого, нераздельного целого), идентичности (ощущение постоянства себя, несмотря на биологические и социальные изменения, происходящие во времени) и границ «Я» (возможность различать, что принадлежит нашему «Я», а что не принадлежит). К непосредственным нарушениям самосознания относят обычно деперсонализацию и дереализацию.

Классификация нарушений сознания

Все нарушения сознания объединяют следующие компоненты (по К. Ясперсу):

1. Отстраненность от реальности, которая возникает из-за отрывочности и ослабления восприятия и понимания происходящего.
2. Дезориентировка. Дезориентировка вытекает из нарушения понимания происходящего вокруг. Она может быть аллопсихической — в месте, времени, ситуации, окружающих лицах; аутопсихическая — собственной личности. Во многих случаях утрата (невозможность) ориентировки в собственной личности свидетельствует о тяжелом состоянии, в том числе с присоединением симптомов выключения сознания. Для дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что нарушение дезориентировки может быть также обусловлено выраженными и стойкими интеллектуально-мнестическими расстройствами (деменции, Корсаковский синдром).
3. Нарушение связности переживаний. Также возникает из-за нарушений восприятия, мышления и запоминания; может приводить к непонятному и непредсказуемому поведению и эмоциональным реакциям.
4. Амнезия периода нарушенного сознания. Амнезия связана с тем, что раз пациент не был в состоянии воспринять и понять то, что с ним происходило, то и запомнить этого он не мог. Амнезия может быть полная (тотальная) или частичная (например, только в отношении происходившего вокруг, но не своих переживаний, или, в случае ундулирующего течения помрачения сознания, на какие-то отдельные промежутки времени).

Среди видов нарушения выделяют:

- 1) **Качественные** - делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания.
- 2) **Количественные** - оглушение, сопор, кома.

Количественные нарушения сознания

Выделяют три основных уровня выключения (угнетения) сознания:

1. Оглушение — характерна отрешенность от происходящего вокруг, обычно складывается впечатление, что человек в этом состоянии пребывает в некой полудреме, от которой не может очнуться; на внешние стимулы он реагирует ограниченно, сложные вопросы не в состоянии осмыслить, а на простые дает односложные ответы (например, обычно может назвать свое имя, возраст), после дополнительных повторений способен выполнить некоторые инструкции — например, открыть рот, высунуть язык и пр.
2. Сопор — в этом случае речевому контакту пациент недоступен, не только не отвечает на вопросы окружающих, но и не выполняет словесные инструкции. Тем не менее присутствует реакция на боль — на болевые раздражители (уколы, щепки) — может открывать глаза и/или осуществлять простейшие относительно целенаправленные движения (носят больше защитный характер — как бы пытается отстранить источник болевых ощущений или отдернуть руку).
3. Кома — в этом состоянии утрачивается способность как-либо реагировать на боль (может быть нецеленаправленная и некоординированная реакция в виде сгибания или разгибания, отражающая декортикационную или децеребрационную ригидность). При ухудшении состояния происходит постепенное угнетение витальных функций (в первую очередь дыхания).

Таким образом, при оценке степени выключения сознания в первую очередь оценивают реакцию на речевой контакт и болевой раздражитель по трем параметрам:

- **Открывание глаз.**
- **Речевая реакция.**
- **Двигательная реакция.**

Качественные нарушения сознания

- 1) **Делирий** — наиболее частый вариант помрачения сознания, может возникать в ответ на любые внешние (экзогенные) вредности, в том числе в связи с интоксикациями (психоактивными веществами, в том числе алкоголем и наркотиками, лекарствами, интоксикациями при инфекционных заболеваниях, при почечной, печеночной недостаточности и пр.), тяжелыми соматическими заболеваниями, в остром периоде черепно-мозговой травмы, острого нарушения мозгового кровообращения и др.

Кроме классических компонентов нарушения сознания так же характерны:

- иллюзии, истинные галлюцинации (часто зрительные) и вторичный бред.
- эмоциональные нарушения: беспокойство, тревога, страх, «реакции ужаса»; быстрая смена эмоций.
- психомоторные нарушения: состояния двигательного беспокойства, возбуждения (вплоть до выраженного, в том числе с ауто- и гетероагрессивным поведением).
- нарушения ночного сна: кошмары, бессонница.

Обычно состояние возникает быстро (часы, дни), характерны суточные колебания выраженности (ундулирующее течение) с ухудшением в ночное время.

Выделяют 2 типа делирия:

а) Галлюцинаторное помрачение сознания - более характерен для состояний, связанных с употреблением алкоголя (алкогольный делирий, «белая горячка») и интоксикациями другими психоактивными веществами, хотя близкая картина иногда может быть и при соматических и неврологических заболеваниях. Обычно протекает в 3 стадии:

- а.1. На инициальном этапе появляются общая взбудораженность, беспокойство, суестьливость. У пациентов выражена гиперестезия (вздрагивают от небольшого шума), внимание неустойчиво, не может надолго сосредоточиться на одном занятии, изменчиво настроение. На этом этапе нарушается сон — не могут заснуть, ночью часто просыпаются, мучают яркие кошмарные сновидения.
- а.2. На стадии иллюзорных расстройств к картине первого этапа присоединяются зрительные иллюзии — парейдолии, относятся к ним с критикой. При засыпании возможно развитие отдельных галлюцинаций (гипнагогические галлюцинации).
- а.3. На стадии истинных галлюцинаций к картине второго этапа присоединяются истинные галлюцинации, чаще всего зрительные, но также могут быть и слуховые, и тактильные. Видения, отражая утрату

связности психических процессов при помрачениях сознания, также сменяют друг друга достаточно неожиданно, без ясной смысловой связи, но обычно все они имеют угрожающий или какой-либо неприятный характер. На основе этих галлюцинаций формируется вторичный чувственный бред, также нестойкий, его содержание преимущественно определяется испытываемыми в настоящее время галлюцинациями. Эмоции и действия человека, находящегося в состоянии делирия, также непредсказуемы и соответствуют содержанию переживаемого им в данный момент (бежит, прячется, обороняется от мнимых преследователей, а иногда сам активно нападает на них). Обычно выражена аллопсихическая дезориентировка.

- б) «Спутанность» сознания — характерна для соматически ослабленных больных, особенно пожилых. Часто она развивается на фоне уже имеющейся деменции. Провоцирует развитие спутанности обычно какое-либо неблагополучие в соматической сфере у этих больных (инфекции, нарушения мозгового кровообращения, интоксикации, в том числе некоторыми лекарствами), поэтому при развитии спутанности обязательно должно проводиться соматическое обследование больных.

В большей степени преобладают нарушения познавательных способностей с симптомами двигательного и эмоционального беспокойства, в том числе связанного с непониманием происходящего вокруг. Беспокойство обычно приводит к постоянным сборам, несвязным метаниям, попыткам куда-то уйти, позвать на помощь и пр. Мышление нарушено вплоть до бессвязного, речь с многочисленными персеверациями, поэтому зачастую пациенты никак не могут объяснить, что же их, собственно, беспокоит и куда они стремятся. Обычно дезориентированы во времени (часто ошибаются в дате достаточно существенно), месте (не понимают, где находятся, например больницу называют вокзалом, казармой, санаторием), ситуации (зачастую неправильно понимают ситуацию, что и обуславливает беспокойство — например, не понимают, что находятся в больнице на лечении, а считают, что должны куда-то срочно ехать, куда и зачем, при этом объяснить не могут), иногда в собственной личности (могут существенно путать свой возраст, иногда не в состоянии правильно назвать себя). Галлюцинации обычно если и есть, то чаще в небольшом количестве, при этом они не определяют поведения пациента.

Спутанность обычно также имеет ундулирующее течение с ухудшением в ночное время — появляется суетливость, больные начинают собирать вещи, не узнают и не слушают своих родных и медперсонал, могут со злобой реагировать на попытки их остановить.

При нарастании симптомов исключения сознания выделяют так же **тяжело протекающий делирий**:

- i. **Профессиональный делирий** — угнетение сознания приводит к тому, что среди переживаний больных остаются только те, что связаны с наиболее автоматизированной для них деятельностью. Обычно такой деятельностью является работа. Данные пациенты обычно уже не в состоянии встать с постели, но активно размахивают руками, будто бы выполняя профессиональную деятельность (например, токарь как бы работает на своем станке, вытачивает детали, водитель — ведет машину, временами кричит, чтобы кто-то ушел с дороги, и др.). Так как для многих лиц, страдающих алкоголизмом, наиболее прочно усвоенным «профессиональным» навыком является ситуация, связанная с застольем и употреблением алкоголя, у многих из них в этом состоянии переживания связаны именно с этим.
- ii. **Мусситирующий (бормочущий) делирий** — еще большее угнетение сознания приводит к тому, что у пациентов сохраняется лишь возбуждение в пределах постели, мышление теряет какую-либо связность, больные невнятно что-то бормочут, речь бессвязная, судить о содержании переживаний в этом состоянии невозможно. Обычно продуктивному речевому контакту больные практически не доступны, иногда могут лишь ответить на самые простые вопросы (например, назвать свое имя). После выхода из этого состояния характерна тотальная амнезия.
- iii. **Аменция** — иногда выделяется как самостоятельный тип помрачения сознания, но по сути является вариантом делирия (спутанности) в сочетании с симптомами исключения сознания до уровня оглушения. Речь и мышление бессвязны, лицо зачастую выражает растерянность, отмечается хаотичное возбуждение в пределах постели, обирают себя, продуктивный контакт невозможен, больные соматически ослаблены.

2) **Онейроидное помрачение сознания** — «сновидное», грезоподобное помрачение сознания — помрачение сознания с наплывом фантастических сноподобных псевдогаллюцинаций, фантастическим чувственным бредом (может быть депрессивный или экспансивный) и двигательными расстройствами (кататонический ступор).

- Зрительные представления и псевдогаллюцинации следуют одни за другими так, что одна ситуация как бы вытекает из другой (сценopodobность, сноподобность — подобно тому как мы видим сон, только этот «сон» пациент видит в состоянии бодрствования и не может от него избавиться), эти образы

могут переплетаться с деталями окружающей обстановки или восприниматься изолированно от того, что окружает пациента.

- Больные ощущают себя участниками действия, находящимися в «центре борьбы добра и зла». Часто это сопровождается чувством восторженности (при экспансивном варианте), недоумения либо полного ужаса (при депрессивном варианте).
- Характерна отрешенность от окружающего — погруженность в свои переживания, в то время как реальную обстановку воспринимают лишь частично. Часто можно отметить «двойную ориентировку» — больной одновременно признает, что он физически находится здесь (например, в больнице), но на некоем другом («духовном») плане он находится совершенно в другом мире.
- Переживания как бы «поглощают», «запороживают», «зачаровывают» больных до состояния двигательного оцепенения — т.е. проявления от кататонического субступора с периодами обездвиженности (застывания) вплоть до развернутого кататонического ступора.
- После выхода из состояния обычно наблюдается частичная амнезия реальных событий, воспоминания о болезненных переживаниях сохранены лучше.

3) **Сумеречное помрачение сознания** — нарушение, характерное для органических заболеваний ГМ.

Характеризуется следующими компонентами:

- Внезапное возникновение и завершение.
- Нарушение восприятия окружающего: от фрагментарного восприятия до полной отрешенности и дезориентировки.
- Двигательная сфера:
 - ❖ Амбулаторные автоматизмы — во время помрачения сознания человек совершает автоматизированные действия, поведение внешне может выглядеть правильно, выражение лица отрешенно-угрюмое, высказывания стереотипны или отсутствуют. Если сопровождается непроизвольным блужданием: в бодрствующем состоянии — fuga (несколько минут) или транс (более продолжительное время, в том числе с уходами из дома, путешествиями); во время сна — сомнамбулизм (лунатизм).
 - ❖ Галлюцинаторно-бредовое сумеречное помрачение сознания — продуктивному контакту больной недоступен, но по его поведению можно предположить, что во время помрачения сознания он испытывает различные виды галлюцинаций (зрительные, слуховые, в том числе императивные, обонятельные и т.п.), вместе с которыми

формируется вторичный чувственный бред (преследования, величия). Дополнительно присутствуют аффективные расстройства — выраженный страх, тревога, злоба, восторженность, экстаз. Иногда они могут сопровождаться резко выраженным возбуждением с агрессией и разрушительными действиями.

- После выхода из помрачения сознания у больного наступает полная амнезия (на реальные события и свои переживания), зачастую после выхода — слабость, тяга ко сну, поэтому засыпают в неподходящих местах.
- Длительность — в большинстве случаев от нескольких минут (обычно) до нескольких часов (реже).

Отдельно обозначают варианты сумеречного помрачения сознания, возникшие в условиях, которые заставляют их дифференцировать с «физиологическими» состояниями:

- Патологическое опьянение — сумеречное помрачение сознания, развившееся на фоне употребления небольшого количества спиртного. Дифференцируют с состоянием обычного опьянения.
- Патологический аффект — сумеречное помрачение сознания, развившееся в ответ на психотравмирующее событие. Дифференцируют с физиологическим аффектом (сильным душевным волнением).

Дифференциальная диагностика

1) Качественные нарушения

	Делирий	Онейроид	Сумеречное помрачение сознания
Начало	Быстрое, но обычно поэтапное, часы – дни	Постепенное, дни – недели	Внезапное, мгновенное
Продуктивная с-ка в познавательной сфере	Истинные зрительные иллюзии и галлюцинации	Фантастические зрительные псевдогаллюцинации	Могут быть галлюцинации и бред (необязательно)
Моторика	Беспокойство, возбуждение	Кататонический ступор	Автоматизированные действия, может быть возбуждение
Дез-ориентировка	Во времени, ситуации (месте)	Перевоплощение, двойная ориентировка	Полная
Завершение	Критическое (после длительного сна)	Постепенное (дни)	Внезапное, мгновенное
Длительность	Несколько дней	Дни – недели	Минуты – часы
Амнезия	Чаще частичная	Частичная	Полная

2) Количественные нарушения

Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale/GCS)

ПРИЗНАК	ХАРАКТЕР РЕАКЦИИ	ОЦЕНКА
Открывание глаз (E, Eye response)	Спонтанное	4
	По приказанию	3
	На болевое раздражение	2
	Отсутствует	1
Словесный Ответ (V, Verbal response)	Быстрые ответы	5
	Спутанная речь	4
	Бессмысленные слова	3
	Нечленораздельные звуки	2
	Отсутствует	1
Двигательная реакция (M, Motor response)	Целенаправленная в ответ на инструкцию	6
	Локализация болевого раздражителя	5
	Отдергивание в ответ на болевое раздражение	4
	Сгибание в ответ на болевое раздражение	3
	Разгибание в ответ на болевое раздражение	2
	Отсутствует	1
15 - ясное сознание	9-12 - сонор	3 - смерть мозга
13-14 - оглушение	4-8 - кома	терминальная кома

Вывод

Анализ клинической структуры и динамики разных форм нарушений сознания позволяет предположить существование между ними важных различий, указывающих на глубину- поражения интегративных механизмов психической деятельности. Так, можно видеть, что конградная амнезия последовательно утяжеляется по следующей цепочке нарушений сознания: онейроид, делирий, сумеречное помрачение сознания, аменция, оглушение. В таком же порядке происходит обеднение, оскудение субъективных переживаний, утяжеление расстройств поведения, все большая витализация нарушений (если сравнивать типичные формы упомянутых форм спутанности сознания). Указанная шкала расстройств сознания показывает также, какие возможны комбинации и переходы от одной формы к другой, и какой должна быть клиническая оценка соответствующих тенденций. Так, переход онейроида к делирию или аменции свидетельствует об утяжелении состояния. Сумеречное помрачение, наступающее после оглушения, говорит о динамике в обратном направлении. Появление профессионального и муссирующего делирия знаменует собой тенденцию к переходу в состояние сумеречного помрачения. Конечным пунктом движения всех форм помрачения является оглушение сознания, а далее — сопор и кома.

Источники литературы:

1. Психиатрический тезаурус. Ч.2: Основные психопатологические синдромы: руководство для врачей/ Б.С. Фролов, В.Э. Пашковский. - СПб.: СПбМАПО, 2016.
2. Психиатрия. Национальное руководство. Ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова, 2020
3. Психиатрия: учебник для ВУЗов, Н.М. Жариков, Ю.Г.Тюльпин -2-е издание,
4. переработанное и дополненное, - М., МИА, 2009г.Современная клиническая психиатрия: руководство, основанное на МКБ-10/ Ю.В. Попов, В.Д. Вид. - СПб.: Речь, 2016.
5. Руководство по психиатрии, Т.1 / А.С. Тиганова, Б.м., 1999. -712 с.: ил