

Содержание

1. Введение	2
2. Клинические проявления	3
3. Синдромы выключения сознания	4
4. Синдромы помрачения сознания	6
5. Диагностика и врачебная тактика	16
6. Литература	19

Введение

Сознание - это наивысшая форма отражения объективной реальности, обеспечивающая связь знаний для планомерной естественно направленной активной деятельности. Сознание присуще только человеку и возникло в процессе исторического развития общественного бытия и активной трудовой деятельности людей. Именно благодаря сознанию мы имеем возможность ориентироваться в окружающем, планировать всякую деятельность, понимать ее цели и прогнозировать конечный результат.

Основными характеристиками сознания считают степень его ясности (уровень бодрствования), объем (широту охвата явлений окружающего мира и собственных переживаний), содержание (полноту, адекватность и критичность оценки используемых запасов памяти, мышления, эмоционального отношения) и непрерывность (способность осознания и оценки прошлого, настоящего и будущего). Одним из важнейших компонентов сознательной (осознаваемой) и целенаправленной (волевой) активности является внимание - способность сознательного, произвольного или непроизвольного избирательного сосредоточения сенсорной, интеллектуальной и двигательной активности на актуальных и индивидуально значимых внешних и внутренних явлениях.

Ясность сознания предполагает правильность отображения действительности не в отдельных психических сферах (в восприятии, мышлении и др.), а обобщенно, в целостном психическом акте. Вот почему такие психические расстройства, как галлюцинации, бред, навязчивости и др., формально к патологии предметного сознания не относят, хотя в них содержатся элементы нарушенного сознания.

Не только для психиатра, но и для врача общей практики очень важно уметь выявлять нарушения сознания и правильно организовывать лечебные мероприятия. Синдромы нарушенного сознания свидетельствуют о тяжелом нарушении психической деятельности, которое может обуславливаться не только собственно психической, но и соматической патологией (инфекции, интоксикации, опухоли головного мозга и др.).

Клинические проявления

Клинические проявления нарушенного сознания разнообразны, тем не менее, все они имеют общие постоянные признаки. Только их совместное присутствие делает диагноз нарушенного сознания обоснованным. Эти признаки называют критериями расстроенного сознания (К. Ясперс, 1911).

Отрешенность от окружающего. Характеризуется затруднением, фрагментарностью или полной невозможностью восприятия окружающей действительности.

Дезориентировка. Нарушение ориентировки во времени, месте, ситуации, окружающих лицах, собственной личности.

Нарушение мышления. Слабость или невозможность суждений, недостаточное понимание окружающего, бессвязность мышления или присутствие бредовых идей.

Амнезия. Полное или частичное выпадение из памяти событий периода расстроенного сознания.

Синдромы выключения сознания

Синдромы выключения сознания (непродуктивные, непсихотические формы нарушенного сознания) характеризуются снижением, вплоть до полного исчезновения, ясности сознания и обеднением всех видов психической деятельности.

Оглушение

Характеризуется повышением порога ко всем раздражителям, обеднением психической деятельности, двигательной заторможенностью, затруднением ассоциативных процессов. Оглушение можно определить как состояние, при котором внешнее с трудом становится внутренним, а внутреннее - внешним.

Больной малоподвижен, аспонтанен, большую часть времени проводит в постели, лежа в однообразной позе. К окружающему он безучастен, его внимание привлекается с трудом, отвечает только на простые вопросы, заданные громким голосом, нередко после многократного повторения. Ответы больного односложны (олгофазия), со значительными латентными периодами (брадифрения), но всегда адекватны. Голос тихий, без модуляций, лицо амимично. В эмоциональной сфере доминирует безразличие, реже благодушие. Критическая оценка своего состояния отсутствует. В собственной личности больной ориентирован полностью, в окружающем - «в общих чертах».

После выхода из оглушения наблюдается частичная амнезия. Воспоминания фрагментарны, бедны, непоследовательны. Например, больной помнит, что он находился в больнице, к нему приходили врачи и родственники, но что именно говорили, какие диагностические манипуляции ему проводились, он не помнит.

Обнубиляция - (облачность сознания) - легкая форма оглушения, характеризующаяся чередованием периодов нарушения сознания (затуманивания) и просветления, нередко в сочетании с эйфорическим аффектом и анозогнозией. Внимание неустойчивое, ассоциации поверхностны

Сомнолентность - (патологическая сонливость) - более глубокая степень оглушения. Проявляется продолжительными периодами полного отсутствия контакта с реальной действительностью. Вывести больного из этого состояния можно, но путем интенсивного побуждения к речевому контакту и на непродолжительное время, предоставленный себе больной вновь «засыпает». Следует помнить, что, в некоторых случаях, «пробуждение» может иметь следствием острое психомоторное возбуждение с агрессией (вариант сумеречного помрачения сознания).

Сопор

Более полное выключение сознания, чем оглушение. Характеризуется выключением первой сигнальной системы. Ввиду чего больные совершенно не доступны словесному контакту, а реагирует только на сильные раздражители (болевые) недифференцированными защитными двигательными реакциями. Больные совершенно неподвижны. Корнеальный, конъюнктивный, рвотный, зрачковый рефлексы сохранены. Могут отмечаться патологические рефлексы. По выходе из сопора наблюдается полная амнезия.

Кома

Полное исключение сознания, отсутствие реакции на любые раздражители. Отсутствуют зрачковые и другие рефлексы, наблюдаются бульбарные и тазовые расстройства. Сохраняется деятельность сосудодвигательного и дыхательного центров. По мере углубления комы возникают патологические формы дыхания, нарушается сердечная деятельность, далее наступает смерть.

Вегетативный статус - (апатический синдром) - состояние относительной стабилизации висцеро-вегетативных функций, начинающееся после комы с первого открывания глаз, возможности бодрствования и завершающееся первой попыткой фиксации взора.

Непродуктивные формы нарушенного сознания встречаются при интоксикациях, расстройствах обмена веществ, черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых, и других органических заболеваниях ЦНС. Выключение сознания отражает тяжесть основного заболевания и является прогностически неблагоприятным признаком.

Синдромы помрачения сознания

Синдромы помрачения сознания (продуктивные, психотические формы нарушенного сознания), кроме присутствия 4-х признаков расстроенного сознания по К. Ясперсу, характеризуются наличием продуктивных психопатологических симптомов в виде галлюцинаций, вторичного бреда, аффективных нарушений, неадекватности поведения и дезорганизованное/пи психической деятельности в целом.

Онейроид

Онейроид - сновидно-бредовое, грезоподобное помрачение сознания. Развитию онейроида обычно предшествует этап аффективно-бредовых расстройств, который характеризуется неспецифичностью, полиморфизмом и изменчивостью симптоматики при сохранном сознании.

Этап аффективно-бредовых расстройств. На фоне нарушений сна и разнообразных общесоматических расстройств нарастают аффективные нарушения, проявляющиеся маниакальными состояниями с ощущением проникновения и прозрения или депрессиями с тревожной подавленностью и сенситивностью. Появляется диффузная бредовая настроенность, высказывания пациентов (идеи отношения, преследования, неполноценности или переоценки своих качеств, необычных способностей) нестойки и носят характер сверхценных идей и бредоподобных сомнений. Возникают массивные деперсопшшзациокно-дереализационные расстройства, с чувством измененности собственных психических и физических процессов, ощущением странности и нереальности окружающей обстановки. Нарушается восприятие времени, его течение может восприниматься больными чрезвычайно ускоренным, прерывистым, замедленным или остановившимся. Эти переживания сопровождаются усилением полярных колебаний аффекта (тревога и экзальтация достигают значительной степени выраженности) и развитием бреда инсценировки, особого значения, интерметаморфозы, двойников. Больные начинают утверждать, что вокруг идет киносъемка или разыгрывается какое-то представление, в котором у всех определенные роли. Все кажется специально подстроенным, исполненным особого смысла, который больной угадывает в чужих словах, поступках, предметах обстановки, реальные события приобретают символическое значение. Возникает ощущение постоянной изменчивости окружающего, предметы то исчезают, то, как по волшебству появляются вновь, лица людей постоянно меняются, один и тот же человек принимает различные облики (симптом Фреголи), в незнакомых людях больной узнает своих близких, а родственников считает подставными лицами (синдром Катра). Пациент утверждает, что ему стала доступна истинная суть вещей, что он способен читать мысли, предсказывать события или каким либо образом на них влиять, сам на себе испытывает постороннее воздействие. Таким образом, клиническая картина усложняется за счет появления иллюзий, псевдогаллюцинаций, автоматизмов, после чего развивается антагонистический (манихейский) бред. Больные становятся центром борьбы противоборствующих сил добра и зла, окружающая обстановка превращается в арену этой борьбы, а люди в ее участников. Подобное противостояние может осуществляться вне рецептивного поля больного, однако он имеет «полномочия» влиять на ход исторических событий, величайших свершений. Бредовая фабула приобретает мегаломаническое содержание: экспансивное (бред величия, мессианства) или депрессивное (бред Котара). Затем появляется ретроспективный (конфабуляторный) бред и симптоматика приближается к парафреническому синдрому.

Поведение больного на начальных этапах обусловлено имеющимися аффективными и бредовыми расстройствами. Постепенно оно теряет связь с содержанием переживаний, и

далее становится формально упорядоченным, однако своеобразная «зачарованность» пациента может выдавать богатство внутренних переживаний. Периодически возникают эпизоды ситуационно-обусловленного бредового поведения, когда больной отказывается от общения с «загримированными» родственниками, сопротивляются «инсценированному» медосмотру, не отвечают на вопросы «следователя» в кабинете врача.

Этап развития ориентированного онейроида. В определенный момент на фоне описанных нарушений у больного возникает склонность к произвольному фантазированию, ярким грезоподобным представлениям, в которых, благодаря патологически усиленной игре воображения, причудливым образом перерабатывается весь прошлый опыт, не только лично пережитый, но и заимствованный из книг и кинофильмов. Любое внешнее впечатление или телесное ощущение легко включается в содержание этих фантазий, получая символическую трактовку. На этом этапе появляется феномен «двойной ориентировки».

Больной как бы одновременно существует в двух ситуациях - реальной и фантастической, у него наряду с правильной ориентировкой в своей личности и месте создается, бредовое представление об окружающем и своем положении в нем. Окружающая обстановка воспринимается как историческое прошлое, необычная ситуация настоящего или как сцена сказочно-фантастического содержания, окружающие лица превращаются в деятельных персонажей этих необычных событий. Пациент может вполне осознавать, что находится в больнице и в то же время считать медицинских работников экипажем космического корабля, пациентов пассажирами, а себя адмиралом звездного флота. Таким образом, происходит визуализация продукции воображения, которое больной вначале имеет возможность контролировать, но затем наплыв образов возникает помимо его воли.

Поведение больных принимает отчетливые кататонические черты. В отделении такие пациенты могут быть практически не заметны, или же привлекают внимание нелепым возбуждением и непоследовательной речью. Они стереотипно и вычурно совершают религиозно-ритуальные действия, манерно декламирует стихи, застывают в скульптурно-монументальных позах. Эпизодически определяются явления восковой гибкости, негативизма, эхолалии, эхопраксии, импульсивные действия. Речь богата неологизмами, мышление резонерское, порой разорванное. Лицо маскообразно или парамимично, на нем выражение мистической проникновенности, экстаза или же серьезности, неадекватной высказываниям. Контакт малопродуктивен, выявить содержание переживаний может быть довольно трудно.

Этап развития истинного онейроида. Характеризуется полной потерей контакта с окружающей реальностью, алло- и аутопсихической дезориентировкой. Произвольные возникающие представления принимают характер зрительных псевдогаллюцинаций. Больной оказывается захваченным созерцанием фантастических панорам, сцен грандиозных событий, в которых сам занимает центральное положение, выступает как активное действующее лицо. При этом он как бы перевоплощается в героев необычных происшествий, в «мировой разум», в животных полностью отождествляя себя с ними, как на ментальном, так и на физическом уровне. В своих болезненных переживаниях он совершает путешествия во времени, перед его «внутренним оком» проносится вся мировая история, картины античного мира и далекого будущего. Больной посещает далекие планеты, древние цивилизации, загробный мир или другие измерения. Встречается с их обитателями, враждует с ними или получает от них сакральные знания. Некоторые больные, находясь в онейроидном помрачении сознания, полагают, что вступают в контакт с представителями внеземных цивилизаций, оказываются ими

похищенными, попадают на их летательные аппараты, где подвергаются опытам и исследованиям. Другие пациенты видят себя путешествующими по далеким или не существующим городам и галактикам, сражающимися в грядущих или имевших место войнах. Или они осуществляют реформы общества, предотвращают мировые катаклизмы, являются участниками беспрецедентных экспериментов, исследуют устройство вселенной, необычные формы жизни, сами перевоплощаются в фантастических существ.

Не смотря на причудливость наблюдаемых в онейроиде сочетаний, слияний, перевоплощений, незавершенность отдельных образов, видения отличаются необычайной яркостью, аффективной насыщенностью и чувственной достоверностью. Причем переживаемые события объединены общей сюжетной линией. Каждая последующая ситуация содержательно связана с предыдущей, т.е. действия разворачиваются драматично. Больной может быть (последовательно или одновременно) зрителем, главным персонажем, жертвой или виновником разворачивающейся драмы. По особенностям аффекта выделяют экспансивный и депрессивный онейроид. В одном случае больной видит сцены необычайной красоты, переживает чувство своей исключительной значимости, душевного комфорта и экстатического воодушевления. В противоположной ситуации он является свидетелем гибели мира, опустошения планеты, дробление ее на обломки; переживает ужас, отчаяние, винит себя в происходящем (бред злого могущества).

Кататонические расстройства достигают значительной степени выраженности. Еще более углубляется диссоциация между поведением больного (ступор с восковой гибкостью или растерянно-патетическое возбуждение) и содержанием болезненных переживаний, в которых сам больной является активным участником, действующим в планетарных масштабах, речевое общение с больными не возможно. Максимально выражены вегетовисцеральные расстройства. В случае фебрильной шизофрении соматическое состояние становится угрожающим для жизни, и клиническая картина приближается к аментивному синдрому.

Длительность этапа аффективно-бредовых расстройств может достигать нескольких месяцев. Продолжается онейроид дни, недели. На фоне истинного онейроида возможны периоды двойной ориентировки. Редукция симптомов происходит в порядке, обратном их появлению. Больные достаточно подробно воспроизводят содержание психопатологических расстройств, окружающие события, начиная с этапа ориентированного онейроида в значительной мере амнезируются, а на период помраченного сознания наблюдается полная амнезия реальных событий.

В зависимости от преобладания тех или иных ведущих симптомов в клинической картине онейроида выделяют следующие его формы.

Аффективно-онейроидная форма. Характеризуется преобладанием очерченных полярных аффективных состояний на всем протяжении психоза. Содержание бреда коррелирует с полюсом аффекта, кататоническая симптоматика не резко выражена.

Онейроидно-бредовая форма. Наибольший удельный вес принадлежит чувственному образному бреду и психическим автоматизмам. Эта форма имеет наибольшую продолжительность с постепенным и медленным усложнением психопатологической симптоматики.

Кататоно-онейриидная форма. Отличается остротой развития, выраженностью вегето-висцеральных расстройств, ранним появлением, синдромальным завершением и значительной экспрессивностью кататонических явлений.

Онейроидное помрачение сознания является кульминацией в развитии приступа шизофрении, часто наблюдается при интоксикации канабиноидами, летучими органическими растворителями. Значительно реже онейроид встречается при эпилепсии, сосудистых заболеваниях головного мозга, в структуре металкогольных психозов и других психических расстройств экзогенно-органического генеза.

Этапность и симптоматология онейроида, возникающего при шизофрении, не встречается ни при каком другом заболевании. Онейроидоподобные состояния при симптоматических и органических психических расстройствах отличаются более быстрым развитием и кратковременным течением, синдромальной незавершенностью, а так же исходом. В инициальном периоде психопатологические расстройства отражают особенности соответствующих нозологических форм, содержание переживаний относительно примитивно, лишено мегаломаничности и единой фабулы. Менее выражена или отсутствует аутопсихическая дезориентировка, например пациент, путешествует по экзотическим странам в больничной одежде. Состояния заторможенности и возбуждения лишены кататонических черт. Продолжительность такого онейроида колеблется от нескольких минут до нескольких дней, его редукция чаще происходит критически. После восстановления сознания наблюдается астения и психопатологические феномены, характерные для органического поражения мозга. Воспоминания о содержании переживаний обычно бедны и фрагментарны.

Делирий

Делирий - иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания. Расстройства восприятия являются основным психопатологическим феноменом в структуре этого синдрома и определяют бредовую фабулу и особенности поведения больного. Делириозное помрачение сознания развивается, как правило, в вечернее и ночное время и в своем развитии проходит ряд стадий, которые удобно рассмотреть на примере алкогольного делирия.

В первой стадии делирия (инициальный этап) на фоне астении и гиперестезии нарастает общее беспокойство, колебания настроения, нарушения сна. Больные испытывают повышенную утомляемость, постель кажется им неудобной, свет слишком ярким, а обычные звуки нестерпимо громкими. Внимание легко отвлекается на внешние, малозначимые события (явление гиперметаморфоза). Пациенты суетливы, говорливы, заметна непоследовательность в высказываниях. Возникают наплывы ярких образных представлений и воспоминаний (онейргаи). Настроение крайне изменчиво от умиленно-благодарного, когда больные демонстрируют немотивированный оптимизм, до тревожно-напряженного, с плаксивостью, подавленностью, предчувствием беды. Всегда отмечается своеобразная раздражительность, капризность, обидчивость. Сон поверхностный, с частыми пробуждениями, яркими кошмарными сновидениями, которые путаются с реальностью. На утро больные ощущают разбитость, утверждают, что всю ночь не спали.

Во второй стадии (этап иллюзорных расстройств) имеющиеся симптомы еще более усиливаются, к ним присоединяются элементарные обманы восприятия в виде фонем и акоазмов - больные слышат оклики, звонки в дверь, различные малодифференцированные звуки. При попытке уснуть появляются множественные калейдоскопически меняющиеся гипнагогические галлюцинации. При открытых глазах возникают иллюзорные

расстройства. При их закрытии прерванный галлюцинаторный эпизод получает дальнейшее развитие. Характерны парейдолические иллюзии - оживление плоскостных узоров. В игре светотени, в узорах ковра, обоев больные видят причудливые картины, фантастические образы, которые исчезают при усилении освещения. При привлечении внимания, в отличие от обычных иллюзий, картина не исчезает, а напротив дополняется подробностями, порой полностью поглощая реальный объект. Расползающиеся по полу змеи, однако, исчезают на краю ковра. Отношение больных к видениям представляет собой сочетание страха и любопытства.

В третьей стадии делирия иллюзорные расстройства сменяются истинными зрительными галлюцинациями (этап развернутого делирия). Змеи, крысы, пауки и т.п. больше не исчезают на краю ковра, а больной, в ужасе, обнаруживает их в своей постели. Для алкогольного делирия специфичны зооморфные микроптические галлюцинации, на смену которым приходят видения фантастических чудовищ, «чертей» и сцены алкогольно-эротического содержания в их причудливом переплетении. Галлюцинации сценopodobные, быстроменяющиеся, комплексные (сочетание зрительных, слуховых, тактильных и обонятельных галлюцинаций). Больные ощущают прикосновение паутины, стряхивают с себя паразитов, ловят мышей, чувствуют их запах. Они видят чертей, которые превращаются в собутыльников, слышат от них предложения выпить, презрительные насмешки и угрозы в свой адрес. Переживают чувства брезгливости, отвращения, негодования, страха, которые могут сменяться весельем, энтузиазмом, любопытством. Бредовая фабула также изменчива и тематически связана с расстройствами восприятия. Психомоторное возбуждение нарастает до степени ажитации, при этом поведение больных точно соответствует содержанию психопатологических расстройств. Они что-то ищут, обращаются к несуществующим собеседникам, демонстрируют в их отношении агрессивные тенденции, активно обороняются от галлюцинаторных образов и реальных людей, спасаются бегством. Наблюдается аллопсихическая дезориентировка. Пациенты считают, что находятся в другой обстановке (чаще в привычной), ложно узнают окружающих, ошибаются в календарном времени. Ориентировка в собственной личности остается сохранной, больные активно противопоставляют себя ситуации, обнаруживая присущие им ранее модели поведения. Критическая оценка имеющихся расстройств отсутствует. Восприятие и осмысление реальных событий грубо нарушено, находясь во власти психопатологических расстройств, пациенты могут, демонстрировать защитно-оборонительные реакции в ответ на посторонний шум или невпопад отвечать на вопросы заданные другим людям (феномен откликаемости). Речевой контакт возможен, но малопродуктивен, удается получить краткие ответы на самые элементарные вопросы. При настойчивом побуждении к беседе качество ответов может временно улучшиться и, даже, могут появиться элементы критики, а затем пациент вновь погружается в психоз (симптом пробуждения).

Течение делирия волнообразное. Своеобразное мерцание симптоматики, с короткими промежутками уменьшения интенсивности психопатологических расстройств, возникает уже на второй стадии. Периодически (обычно в утренние часы), могут наблюдаться люцидные (светлые) промежутки. В это время отсутствуют психотические расстройства, появляется ориентировка в окружающем и даже критическая оценка состояния, однако, существует готовность к галлюцинированию. Больному можно предложить поговорить по заранее отключенному телефону {симптом Ашаффенбурга} или попросить внимательно рассмотреть чистый лист бумаги и спросить, что он там видит {симптом Рейхарда}. Возникновение в подобных («провоцирующих») ситуациях галлюцинаций позволяет правильно оценить состояние больного.

Прогностически неблагоприятными признаками течения делирия являются нарастание оглушения в дневное время и развитие вслед за третьей стадией профессионального или мусситирующего делирия (эти формы условно объединяются в четвертую стадию).

Профессиональный делирий сопровождается однообразным двигательным возбуждением в форме привычных (профессиональных) действий. В этом состоянии больные забивают несуществующим молотком несуществующие гвозди, управляют автомобилем, набирают текст на компьютере, проводят реанимационные мероприятия, больной наркоманией делает себе внутривенную инъекцию. Возбуждение реализуется на ограниченном пространстве. Речевой контакт не возможен. Внешние впечатления практически не доходят до сознания больных.

Мусситирующий (бормочущий) делирий - еще более глубокая степень помрачения сознания. Здесь преобладают некоординированные, стереотипные действия, хореоформные и атетозоподобные гиперкинезы. Больные совершают хватательные движения в воздухе, что-то стряхивают, ощупывают, перебирают пальцами постельное белье - симптом «обирания» (корфология). Возбуждение происходит в пределах постели, сопровождается тихим невнятным произнесением отдельных звуков. Больные совершенно не реагируют на внешние раздражители, не доступны речевому контакту. Взгляд мутный, устремлен в пространство. Соматическое состояние становится угрожающим для жизни. Возможен переход в коматозное состояние и летальный исход.

Продолжительность делирия колеблется, в среднем, от трех до семи дней. Если делирий обрывается на первой или второй стадиях, говорят об abortивном или гипнагогическом делирии. Если делирий длится более недели, говорят о пролонгированном делирии. Исчезновение расстройств чаще происходит критически, после продолжительного сна, реже литически. В последнем случае может иметь место резидуальный бред. При таком варианте исхода больные, формально оценивая перенесенное состояние как болезненное, убеждены в реальности некоторых эпизодов, например сцен супружеской неверности. Через несколько дней возможно внезапное появление полной критики. По выходе из делирия всегда наблюдается астения, характерны аффективные расстройства (субдепрессивные или гипоманиакальные). При тяжелом течении делирия возможен выход в Корсаковский и психоорганический синдромы.

Амнезия на период делириозного помрачения сознания частичная. Воспоминания о пережитом состоянии отрывочные и относятся к психопатологическим расстройствам, тогда как события реальной жизни в памяти, не сохраняются. У больных, перенесших профессиональный и мусситирующий делирий, наблюдается полная амнезия.

Делирий встречается при алкоголизме, токсикоманиях, инфекционных и острых соматических заболеваниях сопровождающихся выраженной интоксикацией, черепно-мозговых травмах, при сосудистых поражениях головного мозга, старческом слабоумии, височной эпилепсии.

У детей чаще встречается инфекционный делирий, у взрослых алкогольный, в пожилом возрасте делирий атеросклеротического происхождения. Интересно, что в содержании психопатологических расстройств, возникающих в делирии, находят свое отражение, порой в символическом, сгущенном виде, актуальные конфликты больных, их желания и опасения. Естественно, что чем глубже степень помрачения сознания, тем меньше в симптоматике индивидуального, личностного. В зависимости от этиологических факторов делириозного синдрома расстройства восприятия и другие психопатологические феномены могут иметь некоторые особенности.

Наибольшую сложность в дифференциально-диагностическом отношении представляет делирий с псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами. В подобных случаях чаще всего речь идет о дебюте эндогенно-процессуального заболевания, спровоцированном экзогенной вредностью (интоксикацией), или о сосуществовании обоих заболеваний. При делирии вследствие интоксикации веществами с холинолитическими свойствами (атропином, циклодолом, амитриптилином, азалептином, аминазином, димедролом), часто встречаются метаморфозы и другие расстройства сенсорного синтеза. Галлюцинации характеризуются предметностью, простотой, индифферентностью содержания для больных (провокола, опилки, нити и т.п.), при интоксикации циклодолом описан симптом исчезающей сигареты: когда больной чувствует зажатую между пальцами сигарету, которая «исчезает» при попытке поднести ее ко рту (Пятницкая И. Н.). При отравлении угарным газом доминируют обонятельные галлюцинации, кокаином - тактильные (ощущения кристаллов), тетраэтилсвинцом - ротоглоточные (ощущение волоса в ротовой полости). Для инфекционного делирия характерны явления соматопсихической деперсонализации, больные ощущают парение в воздухе, состояние невесомости, исчезновение тела, присутствие рядом с собой двойника. Часто встречаются вестибулярные расстройства: ощущение вращения, падения, раскачивания. При состояниях, сопровождающихся обезвоживанием, в болезненных переживаниях фигурирует вода. Травматический делирий сопровождается переживаниями обстоятельств получения травмы (обстановки боя). При формировании галлюцинаторно-бредовых переживаний при соматических заболеваниях большую роль играют болезненные ощущения в различных органах (больным кажется, что они погибают в огне, подвергаются пыткам и т.п.). Для сенильного делирия (псевдоделирия) характерными признаками являются: «жизнь в проиюме», ложные узнавания, повышенная откликаемость на происходящее вокруг, суетливая деловитость, симптом «сборов в дорогу» - связывание больными в узлы постельных принадлежностей, блуждание с ними. Такие состояния имеют хроническое течение, усиливаясь в ночное время. Сходную клиническую картину имеет делирий при сосудистых заболеваниях головного мозга, его специфику определяет выраженность тревожного компонента и зависимость от состояния церебральной гемодинамики. При делириозных расстройствах, возникающих на фоне острого нарушения мозгового кровообращения, кроме всего прочего могут наблюдаться нарушения схемы тела. Особенностью делириев, возникающих в пожилом возрасте, является выраженность мнестических расстройств и возрастная тематика бредовых высказываний (идеи материального ущерба). Эпилептический делирий характеризуется особой яркостью и фантастичностью галлюцинаторных образов. Видения носят устрашающий характер, нередко окрашены в красные и черно-синие тона. Галлюцинаторные образы надвигаются на пациента, теснят его. Он слышит оглушительный грохот, чувствует отвратительный запах. Характерны переживания апокалиптического и религиозно-мистического содержания. В последнем случае галлюцинации могут быть необычайно приятными и сопровождаться экстатическим аффектом.

Сумеречное помрачение сознания

Этот вид помрачения сознания нередко называют патологически суженным сознанием или сумерками. Ввиду некоторых характерных особенностей и многообразия клинических проявлений этот синдром сложнее всего поддается дифференцировке. Его наиболее общими признаками являются: внезапность возникновения и прекращения (пароксизмальность), способность к внешне целенаправленному поведению, полная амнезия этого периода.

Нарушение ориентировки может быть выражена в различной степени. Наряду с глубокой дезориентировкой в окружающем и собственной личности встречаются состояния ориентированности «в общих чертах», со значительным ограничением доступа внешних впечатлений, сужением круга актуальных представлений, мыслей и побуждений. Восприятие окружающего может быть искажено существующими продуктивными расстройствами. Об их наличии можно судить из спонтанных высказываний и поступков больных, которые в состоянии сумеречного помрачения сознания отрешенно-угрюмы, чаще молчаливы, их спонтанная речь ограничивается короткими фразами. Словесному контакту больные недоступны, хотя их поведение производит впечатление осмысленного, целенаправленного, оно полностью обусловлено имеющимися психопатологическими расстройствами. Здесь преобладают яркие (чаще зрительные) сценopodobные галлюцинации устрашающего содержания, образный бред с идеями преследования, физического уничтожения, часты ложные узнавания. Аффективные расстройства интенсивны и отличаются напряженностью (тоска, ужас, ярость). Часто наблюдается неистовое психомоторное возбуждение. Перечисленные особенности делают этих больных чрезвычайно опасными для себя и окружающих. Они могут производить впечатление людей с сохранным сознанием и, вместе с тем, проявлять жестокую слепую агрессию, сокрушать все на своем пути, убивая и калеча родных и незнакомых людей. Нередко больные совершают внезапные и ужасающе бессмысленные аутоагрессивные действия. Реже встречаются сумеречные состояния с религиозно - мистическими переживаниями и экстатическим аффектом.

Представленная картина сумеречного помрачения сознания относится к его психотической форме. Последняя, в зависимости от преобладания тех или иных психопатологических расстройств, весьма условно делится на следующие варианты. Бредовый вариант характеризуется наибольшей внешней упорядоченностью поведения, в виду чего, совершаемые агрессивные действия отличаются особой внезапностью и соответственно жесткостью. Галлюцинаторный вариант сопровождается хаотичным возбуждением с брутальной агрессией, обилием необычайно ярких галлюцинаций исключительно неприятного содержания. Ориентированное сумеречное помрачение сознания обычно возникает на высоте дисфории, когда нарастающее напряжение с тоскливо-злобным аффектом получает разрядку во внешне мало мотивированных разрушительных актах, воспоминания о которых у больного не сохраняются.

В случае не столь грубых нарушений поведения говорят о непсихотической (простой) форме сумеречного помрачения сознания, подразумевая отсутствие галлюцинаций, бреда, аффективных расстройств. Эта точка зрения разделяется не всеми психиатрами, т.к. внезапно возникающая подозрительность, обращение к несуществующему собеседнику или же совершение больным особенно нелепых поступков позволяет предположить роль галлюцинаторно-бредовых переживаний в происхождении этих феноменов.

Амбулаторный автоматизм - особая форма сумеречного помрачения сознания. Поведение достаточно упорядочено, больные способны к совершению сложных двигательных актов, отвечают на простые вопросы. Спонтанная речь отсутствует или носит стереотипный характер. На окружающих они производят впечатление задумчивого, сосредоточенного или уставшего человека. Обычно занятые до приступа какой либо деятельностью, больные безотчетно продолжают ее, или стереотипно повторяют одну из операций, находясь уже в состоянии помраченного сознания. В других случаях они совершают поступки, никоим образом не связанные с предыдущими и не планируемыми ими ранее. Часто таким действием является бесцельное блуждание

Транс - амбулаторный автоматизм, длящийся несколько дней, недель. В таком состоянии больные бродят по городу, совершают дальние переезды, внезапно обнаруживая себя в незнакомом месте.

Фуга - импульсивное двигательное возбуждение, сводящееся к слепому и быстрому стремлению вперед. Проявляется внезапно возникающим бесцельным бегом, вращением на месте или уходом, не связанным с ситуацией. Продолжается 2-3 минуты.

Сомнамбулизм (лунатизм) - сумеречное состояние, возникающее во сне. Проявляется снохождениями, сноговорениями, пароксизмальными ночными страхами. Особенностью этого расстройства является стереотипная повторяемость (по типу клише) и приуроченность к определенному ритму. Вступить в речевой контакт с больным находящимся в этом состоянии не возможно, настойчивые попытки пробудить его могут завершиться генерализованным судорожным припадком или брутальной агрессией с его стороны. На утро пациент полностью амнезирует ночные события, иногда ощущает слабость, разбитость, эмоциональный дискомфорт.

Течение сумеречного помрачения может быть непрерывным или альтернирующим (с кратковременным прояснением сознания) и продолжается от нескольких минут до 1-2 недель. Обрывается расстройство сознания внезапно, после глубокого сна. Амнезия после выхода больного из сумеречного состояния полная. После прояснения сознания отношение больных к совершенным действиям (убийствам, разрушениям и т.п.) определяется как к чужим поступкам. В ряде случаев амнезия может быть ретардированная, когда непосредственно после перенесенного психоза в памяти остаются фрагменты переживаний, а затем в течение нескольких минут-часов утрачиваются. Последнее обстоятельство имеет особое значение для судебно-экспертной оценки перенесенного состояния.

Сумеречное помрачение сознания встречается при эпилепсии, патологическом опьянении, эпилептиформном синдроме при органических поражениях головного мозга.

Пароксизмальность возникновения всех сумеречных расстройств позволяет, с большей вероятностью, констатировать эпилептическую природу этих состояний. Однако их необходимо дифференцировать от помрачения сознания психогенного происхождения и невротического сомнамбулизма. В последнем случае возникновение снохождений и сноговорений обычно связано с предшествующим засыпанию эмоциональным напряжением, человека в этом состоянии можно разбудить, при этом у него моментально появляется критическая оценка ситуации и доступность речевому контакту, о чем на утро обычно сохраняются воспоминания.

Психогенные формы помрачения сознания (аффективно суженное сознание, истерические сумерки, помрачение сознания по диссоциативному типу, диссоциативные психозы) могут проявляться ступорозными состояниями или острым психомоторным возбуждением с речевой спутанностью, фугиформными реакциями, картинами псевдодеменции, пуэрилизма, регресса личности («одичания»), бредоподобным фантазированием. Могут иметь острое или подострое течение, но всегда связаны с психотравмирующей ситуацией. Возникающие в этих состояниях галлюцинаторно-бредовые феномены систематизированы и имеют общую фабулу, как правило, противоположную реальной ситуации. Аффект бывает не столько напряженный, сколько демонстративный, подчеркнуто-экспрессивный. В проявлениях истерического (диссоциативного) психоза отражаются наивные представления больного о картине «помешательства». Поведенческие модели могут быть довольно сложны, но всегда «психологически понятны» (К. Ясперс), т.е. своими

поступками больной как бы проигрывает тему непереносимой для него ситуации, стремится «разрешить» ее.

Аменция

Аменция - глубокое помрачение сознания, определяющими признаками которого являются: инкогеренция (бессвязность ассоциативных процессов), растерянность и нарушения моторики. Двигательное возбуждение интенсивно, но нецеленаправленно и хаотично, ограничивается пределами постели. Наблюдается распад сложных двигательных формул, хореоформные и атетозоподобные гиперкинезы, симптомы корфологии. Больной совершает вращательные движения, разбрасывается и мечется в постели (яктация). Возможны кратковременные кататонические явления. Спонтанная речь больного состоит из отдельных слов обыденного содержания, слогов, нечленораздельных звуков, которые он произносит то громко, то едва слышно, то нараспев монотонным голосом; отмечаются персеверации. Его высказывания не облечены в грамматические предложения, бессвязны (инкогеренция мышления). Значения бессвязных слов соответствует эмоциональному состоянию больного, которое отличается крайней изменчивостью: то подавленно-тревожное, то сентиментально-восторженное, то безразличное. Постоянно присутствует аффект растерянности, недоумения, беспомощности. У больного грубо нарушена способность к анализу и синтезу, он не способен уловить связь между предметами и явлениями. Окружающую реальность пациент, подобно человеку в разбитых очках, воспринимает фрагментарно, отдельные элементы никак не складываются в целостную картину. Больной дезориентирован во всех видах. Причем это не ложная ориентировка, а поиск ориентировки при ее отсутствии. Внимание крайне неустойчиво, привлечь его не удастся. Речевой контакт не продуктивен, больной не осмысливает обращенную речь, отвечает не в плане заданных вопросов. Резко выражена истощаемость. Бредовые идеи и галлюцинации фрагментарны и не определяют поведение больных. Периодически речедвигательное возбуждение затихает и тогда преобладает депрессивный аффект и астения, больные остаются дезориентированными. В ночное время аменция может сменяться делирием.

Продолжительность аменции - несколько недель. После восстановления сознания наблюдается тяжелая продолжительная астения, психоорганический синдром. Амнезия после выхода из аментивного помрачения сознания полная.

Аментивное состояние встречается при фебрильной шизофрении, злокачественном нейрорептическом синдроме, но чаще всего при тяжелых соматических состояниях (нейроинфекциях, сепсисе, острых нарушениях мозгового кровообращения и др.) и свидетельствует о неблагоприятном развитии основного заболевания.

Подобная ситуация, как правило, наблюдается при сочетании нескольких отягощающих факторов, например при присоединении, интеркурентной инфекции (пневмонии, рожи, гриппа) к хроническому астенизирующему соматическому заболеванию, или развитие сепсиса в раннем послеродовом периоде. В последнем случае особенно сложна дифференциальная диагностика с послеродовым психозом, как вариантом дебюта шизофрении. Отсутствие диссоциации между бессвязной речью и аффектом, депрессивные эпизоды, нестойкость и изменчивость кататонических расстройств, ночные делирии свидетельствуют в пользу экзогенной природы аментивного синдрома.

Диагностика и врачебная тактика

Расстройство сознания представляет собой неспецифическую реакцию психики на действие повреждающего фактора исключительной силы. Поэтому все формы нарушенного сознания развиваются в тесной связи с соматическими расстройствами, нередко угрожающими жизни пациента, при этом даже шизофрения не является здесь исключением. Поэтому патологические состояния, сопровождающиеся нарушением ясности сознания, возникают у пациентов стационаров общесоматического профиля чаще, чем у пациентов психиатрических стационаров. Наличие в клинической картине заболевания синдрома нарушенного сознания является показанием для неотложной медицинской помощи.

Как видно из всего выше сказанного, различные синдромы помраченного сознания не имеют строгой нозологической специфичности. Верификация синдрома помраченного сознания более важна для определения тяжести нарушения психической деятельности, т.е. имеет не столько диагностическое, сколько прогностическое значение. По степени тяжести (глубине)

все синдромы помрачения сознания можно расположить в определенной последовательности: онейроид - делирий - сумерки - аменция (В. А. Жмуров). В этом ряду можно наблюдать углубление конградной амнезии, оскудение субъективных переживаний и утяжеление расстройств поведения. Указанная шкала объясняет существование переходных и смешанных форм расстройств сознания, и позволяет оценивать их динамику. Так, например, в структуре делириозного синдрома можно наблюдать рудиментарные проявления онейроида в виде онейризма, на начальных этапах; картина профессионального делирия, при тяжелом течении психоза, приближается к сумеречному помрачению сознания; мусситирующий делирий представляет собой состояние, угрожающее жизни и клинически во многом сходное с аменцией. Конечным пунктом динамики всех синдромов помрачения сознания является его выключение и последующая смерть.

Следует отметить, что воздействие нескольких болезнетворных факторов, особенно при наличии у больного признаков органического поражения головного мозга, повышает вероятность развития синдрома нарушенного сознания, утяжеляют его течение и прогноз. Так у детей с минимальной мозговой дисфункцией (ПЭП), чаще возникает инфекционный делирий. У пожилых пациентов холинолитические препараты (амитриптилин), даже в средние терапевтических дозах, могут провоцировать сосудистый делирий. Патологические формы алкогольного опьянения чаще встречаются у лиц, перенесших черепно-мозговую травму. Мусситирующий делирий обычно развивается на фоне соматического заболевания, при дефиците питания, употреблении суррогатов алкоголя и т.п.

В целях постановки клинического диагноза и выбора профиля стационара для госпитализации пациента необходимо, как можно более полно, собрать анамнестические сведения (с помощью родственников или других лиц) и правильно провести клиническое обследование. При сборе анамнестических сведений необходимо выяснить о состоянии пациента, предшествующем нарушению сознания (алкогольная абстиненция, неадекватное поведение, инфекционное либо другое соматическое заболевание, черепно-мозговая травма, употребление психоактивных веществ или других лекарственных препаратов). Из истории жизни пациента необходимо выяснить о склонности к злоупотреблению алкоголем или другими психоактивными веществами, о наличии хронического соматического заболевания; перенесенных черепно-мозговых травмах,

нейро-инфекциях, нарушениях мозгового кровообращения, возможности контакта с промышленными и бытовыми ядами, перенесенных оперативных вмешательств под наркозом (их количество и продолжительность). Необходимы сведения о наличии в прошлом эпизодов потери сознания любого происхождения, состояний подобных настоящему, указаний на пароксизмальные расстройства. Полезно выяснить о возможных фактах госпитализаций в психиатрические и другие стационары, их причину, продолжительность.

При объективном обследовании необходимо выяснить характер и степень выраженности вегето-соматических и неврологических нарушений. В психическом состоянии установить способность больного к речевому общению, его ориентировку во времени, месте, окружающих лицах, собственной личности. Для этого можно задать следующие вопросы: «Как вас зовут? Сколько вам лет? Какой сейчас день недели, месяц, год? Где вы находитесь? Что за люди вас окружают?» При этом надо оценить правильность ответов, их адекватность задаваемым вопросам, устойчивость внимания, способность к простейшим логическим суждениям, выявить специфические нарушения мышления. Нередко ответы на эти вопросы позволяют так же выяснить содержание переживаний, характер аффекта, соответствие им высказываний и поведения больного. Через несколько минут исследование психического статуса полезно повторить для оценки способности к запоминанию текущих событий, изменчивости содержания болезненных переживаний и динамики состояния пациента в целом.

Принципиальные диагностические критерии полного развития типичных синдромов нарушенного сознания представлены в Таблице №1.

Госпитализация пациентов с помраченным сознанием в психиатрический стационар должна оформляться только в недобровольном порядке в соответствии со ст. 29 Закона о психиатрической помощи.

При оказании помощи пациентам первоочередной задачей является купирование психомоторного возбуждения с целью предотвращения несчастных случаев и создания необходимых условий для проведения патогенетической терапии. В этих целях показано применение бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепама, феназепама), антиконвульсантов (фенобарбитала, карбамазепина), нейролептиков (аминазина, дроперидола, галоперидола) в адекватных дозировках.

Таблица 1.

	Онейроид	Делирии	Сумерки	Аменция
Ориентировка	Полная дезориентировка	Аллопсихическая дезориентировка	Полная дезориентировка	Отсутствие ориентировки
Расстройства восприятия	Псевдогаллюцинации	Истинные галлюцинации	Истинные и псевдогаллюцинации	Рудиментарные
Бред	Мегало-	Физического и	Преследования и	Рудиментарн

	манический	морального ущерба	физического уничтожения	ый
Аффект	Экстаз или отчаяние	Изменчивый от эйфории до страха	Тоска. Ужас, ярость	Растерянност ь и недоумение
Речевой контакт	Не возможен, спонтанной речи нет	Возможен. Речевая продукция отражает содержание психопатологичес ких расстройств	Не возможен. Спонтанная речь отрывиста и стереотипна	Отдельные слова, буквы слоги
Поведение	Кататонические расстройства	Выраженное психомоторное возбуждение	Брутальная агрессия при внешней способности к последовательны м действиям	Хаотичное возбуждение в пределах постели
Амнезия	Сохранение последовательных воспоминаний о психопатологиче -ских переживаниях	Отрывочные воспоминания о психопатологичес ких переживаниях	Полная амнезия	Полная амнезия
Содержани е переживани й	Фантастические панорамы. Последовательное развития событий	Профессиональн ые и бытовые сцены. Изменчивая фабула	Устрашающие картины гибели и насилия	Бессвязность (инкогеренц ия)

В случае применения нейролептиков, чего по возможности надо избегать, следует отдавать предпочтение препаратам с мощным антипсихотическим действием (галоперидол), которые в отличие от препаратов с преимущественно седативным эффектом (аминазин, тизерцин), в меньшей степени снижают порог судорожной готовности и оказывают меньшее влияние на вегетативный статус. Применение препаратов с выраженным холинолитическим действием (азалептин) необходимо исключить при состояниях нарушенного сознания неясного генеза. Применение мер стеснения и удержания должно осуществляться в строгом соответствии с ст. 30 Закона о психиатрической помощи. Следует учитывать, что использование этих мер в отношении пациентов с помраченным сознанием резко усиливает их страх и двигательное возбуждение, что в условиях ограниченной подвижности приводит к самотравмированию и неблагоприятно отражается на соматовегетативном статусе.

Только адекватно проводимая терапия основного заболевания способствует скорейшей и полной редукции психопатологических расстройств.

Литература

1. Руководство по психиатрии / Под ред Г. В Морозова. - В 2-х т. - М.: Медицина, 1988.
2. Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского.- В 2-х т.- М.: Медицина, 1983.
3. Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. - В 2-х т.- М.: Медицина, 1999.
4. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия: - Учебник. - М.: Медицина, 1995.
5. Кирпиченко А. Л. Психиатрия. Минск. Высшая школа, 1996 г. 11
6. Сметанников А. В. Психиатрия: Руководство для врачей. - СПб.: СПб МАПО, 1997.
7. Снежневский А. В. Лекции по общей психопатологии. Валдай, 1972.
8. Жмуров В. А. Психопатология - М.: Медицинская книга, 2002.
9. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология: Пособие для врачей. - Ростов н/Д: «Феникс», 2003.
10. Завилянский И. Я., Блейхер В. М. и др. Психиатрический диагноз. Киев. Высшая школа, 1989.
11. Ясперс К. Общая психопатология. - Пер. с нем. - М.: Практика, 1997.
12. Каплан Г. И., Седок Б. Дж. Клиническая психиатрия. - В 2-х т.- Пер. с англ. - М.: Медицина, 1994.