

УДК 616.89:616.61-008.6

Синдромологические варианты спутанности сознания при органических психических расстройствах, особенности патогенеза и терапии



Кутько И. И.



Панченко О. А.



Рачкаускас Г. С.

Кутько И.И., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С., Линеv А.Н.

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Харьковская областная психиатрическая больница №1 (Стрелечье)

Резюме. Аналізується проблема синдромів сплутаності свідомості в межах гострого органічного церебрального синдрому. Запитання операціональної діагностики в системах DSM-IVR та ICD-10, синдромологічної діагностики в концептуальній психіатрії, порушень нейродинаміки та патогенетичної терапії.

Ключові слова: гострий органічний церебральний синдром, сплутаність свідомості, операціональна та синдромологічна діагностика, патогенетична терапія.

Syndromological variants of confusion for organic mental disorder, particularity of pathogenesis and treatment

Kutko I. I., Panchenko O. A., Rachkauskas G.S., Linev A.N.

SI «Scientific-practical medetsinsky of rehabilitation-diagnostics center MH of Ukraine»

Luhansk Regional Clinical Psychoneurological Hospital

Kharkov region psychiatry clinic №1

Resume. Analyses the problems of syndromes of confusion for acute organic cerebral syndrome. The questions of operational diagnostic in system of DSM-IV R and ICD-10, syndromological diagnostic in conceptual psychiatry, dystebences of neurodynamic and pathogenetical therapy.

Keywords: acute organic cerebral syndrome, confusion, operational and syndromological diagnostic, pathogenetical therapy.

Актуальность проблемы связана с тем, что современная операціональна діагностика спутанности сознания при органических и симптоматических психических расстройствах ограничивается констатацией обобщенной рубрики **делирия** как острого **органического синдрома**, а действующие стандарты и протоколы лечения предполагают назначение стандартного набора нейрометаболических препаратов и атипичных антипсихотиков [3,4,7,8,9,10,11,14,18].

В то же время спутанности сознания при органических психических расстройствах являются тяжелой патологией, требующей неотложной, интенсивной, патогенетически

ориентированной и дифференцированной терапии. Её назначение возможно только на основе уточнения общего диагноза спутанности сознания указанием её синдромологического варианта [2,5,6,13,15].

Целью статьи является анализ особенностей клинической картины, патогенетических механизмов и терапевтической тактики различных синдромологических вариантов спутанности сознания при органических психических расстройствах.

Определение понятий. Концептуальная синдромология опирается на определение

сознания в философии, как свойства мозга целостно и объективно отражать окружающий мир [2,5,6,13,15,17].

Эта концепция тесно связана с понятием **познания**, как моделирования окружающего с формированием целостного образа [2,6,15,17].

Структура сознания включает понятие **самосознания**, как отражения взаимодействия Я и объективного мира с наличием границ отделяющих анкетные и автобиографические данные, телесное Я, продукцию воображения, психопатологические переживания и внешний мир, при наличии гравитационного и временного позиционирования Я (в пространстве и во времени) [2,6,13,15,17].

В психопатологии известны **формальные критерии ясности сознания**, включающие четыре компонента [2,5,13,15,17].

1. Целостное и последовательное **восприятие окружающего**.
2. Сохранность **ориентировки** в обстановке, времени, собственной личности.
3. Формальную сохранность **мышления** со способностью последовательно оценивать окружающее и осмысливать его с установлением внутренних и внешних связей между явлениями.
4. Сохранность **памяти** со способностью запоминать, удерживать и воспроизводить как реальные события так и внутренние переживания.

Таким образом, имеет место **целостность и взаимосвязанность** восприятия, осмысления и сохранения в памяти окружающих событий и собственных переживаний [6,15,17].

Существенным понятием концептуальной психопатологии является **апперцепция**, как функция целостного восприятия, осмысления и запоминания реальных событий и внутренних переживаний [2,5,6,13,15].

Оправданным является выделение двух качественно различных типов **нарушения сознания** [2,5,13,15,17].

В случаях **общего помрачения сознания** имеет место снижение активности всех функций познавательной деятельности, составляющей содержание сознания.

При широком круге симптомокомплексов **спутанности сознания** отмечается нарушение ясности сознания как правило в сочетании с иными психопатологическим синдромами.

Нейродинамические механизмы, обеспечивающие ясность сознания включают взаимодействие четырех нейроморфологических образований [1,13,16].

Лимбико-ретикулярные структуры обеспечивают общую активацию коры, уровень бодрствования, общую активность.

Тесно связанные с ними **левополушарные образования** обеспечивают переработку информации по дискретному типу, ответственны за абстрактно-логические операции, прогнозирование и оценку будущего, тревожный компонент эмоциональных проявлений, стеничность, агрессивность.

Диенцефальные образования обеспечивают разграничение телесного Я, автобиографических данных, субъективных переживаний (включая деятельность воображения) и реальных окружающих событий. Эти структуры ответственны за гравитационно-пространственную и временную оценку ситуации.

Более жестко связанные с диенцефальными центрами **правополушарные структуры** обеспечивают переработку информации по голографическому принципу, ответственны за целостно-образную оценку окружающего мира в виде образов прошлого и настоящего, приносят в гамму эмоциональных переживаний компоненты печали или благодушия, психической и мышечной релаксации.

В целом сохранность сознания обеспечивается динамическим взаимодействием в вертикальном (корково-подкорковом) и горизонтально-латеральном контурах регулирования. Имеет место функциональное (комплементарное и реципрокное) взаимодействие двух систем: левополушарно-лимбико-ретикулярной и правополушарно-диенцефальной.

Операциональная диагностика спутанности сознания при органических психических расстройствах в Международных статистических классификациях и Диагностических руководствах осуществляется с помощью обобщенной **рубрики делирия** или **острого органического синдрома**. Это состояние предполагает сочетанное расстройство сознания, внимания, восприятия, мышления и памяти, психомоторного поведения и схемы сон-бодрствование [4,8,10,18].

При этом имеет место **снижение ясности сознания** с нарушением осознания окружающей действительности, нарушением способности сосредотачивать поддерживать и переключать внимание.

Отмечаются **расстройства когнитивного функционирования**, включающие два компонента:

- нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события, при относительной сохранности памяти на отдаленные события;
- дезориентировка во времени, месте или собственной личности.

Патогенез спутанности сознания предполагает развитие явлений интрацеллюлярного

отека и набухания головного мозга, обусловленных характерным комплексом причин, включающим гипоксию, ацидоз, нарушение энергетических процессов. Эти нарушения всегда сочетаются с нарушениями микроциркуляции [5,6,12,13,15].

Соответственно **патогенетическая терапия спутанности сознания** помимо средств, указанных в протоколах оказания специализированной медицинской помощи, должна включать коррекцию ацидоза, назначение антигипоксантов и антиоксидантов, нейрометаболическую терапию с использованием высоких доз ноотропов и вазоактивных препаратов. Важнейшим направлением патогенетической терапии является мягкая дегидратационная терапия. В первую очередь следует упомянуть расворы микромолярных и среднемолярных декстранов, оказывающие дезинтоксикационное, мягкое осмотическое дегидратационное действие и улучшающие микроциркуляцию [13].

Обобщенная рубрика делирия как острого органического синдрома объединяет обширный ряд **синдромов спутанности сознания** в концептуальной психиатрии, включающий: острую аменцию, делирий, онейроид, онирические состояния, сумеречные расстройства сознания [2,5,6,13,15].

Осевым проявлением **острой аменции** являются **нарушения апперцепции**. Привлечение внимания невозможно. В мышлении и речи имеет место **инкогеренция** с отсутствием как логических, так и грамматических связей между словами. Доминирует аффект **недоосмысления**. Двигательное возбуждение сводится к некордированным движениям в пределах постели (так называемое **хореатическое возбуждение**) [2,5,6].

Развитие аменции связано с наличием тяжелого заболевания органов и систем, с явлениями эндогенной интоксикации. Чаще всего эти явления имеют место при сепсисе (ожоговом, хирургическом, гинекологическом).

Патогенетическая терапия предполагает лечение основного заболевания в специализированной клинике (в частности использование антибиотиков широкого спектра действия).

Собственно **делирий** в концептуальной психиатрии определяется как синдром имеющих характерные признаки. Патогномичным симптомокомплексом делирия является **острый корсаковский синдром**, включающий фиксационную, антероградную и ретроградную амнезии. дезориентировка при делирии носит амнестический характер. Следующим характерным признаком делирия являются истинные зрительные галлюцинации с динамичными образами и галлюцинаторным поведением [2,5,6,12,13,15].

Патогенез делирия включает наличие интоксикации (эндогенной или экзогенной) с нарушением деятельности дienceфальных отделов, соответственно **патогенетическое лечение** должно включать дезинтоксикационную терапию [12,13].

Онейроидная спутанность сознания феноменологически определяется как глубокое расстройство в первую очередь самосознания, включающее характерные компоненты [2,5,6,13,15].

- Следует упомянуть **иллюзорно-фантастическую дереализацию** с восприятием окружающего как ожившей сказки.
- Имеет место усиленная деятельность воображения с визуализацией фантастических грез.
- Характерна **иллюзорно-фантастическая деперсонализация** с восприятием собственной личности в плане фантастических переживаний.
- Имеет место нарушение целостной структуры Я со стиранием границ разделяющих телесное Я, автобиографические и анкетные характеристики, реальный мир, продукцию воображения и психопатологическую симптоматику.
- Нарушена оценка пространства (гравитационная ось) и времени (временная ось), пространственно-временные характеристики приобретают фантастическое содержание.
- Сознание больного заполняется образами фантастического восприятия окружающего, которые сливаются с фантастическими грезами, формируя **своеобразный мир** фантастических, драматических, изменчивых переживаний, чаще космического или сказочно-магического содержания, в котором растворяется Я пациента.

Патогенез онейроидного синдрома связан с патологической активацией правополушарных и дienceфальных структур. Патогенетическое лечение включает антиконвульсанты (клоназепам) и атипичные антипсихотики (оланзапин), проявляющие тропность к этим образованиям [1,5,12,13].

Промежуточное положение между делириозным и онейроидным синдромом занимает **онирический симптомокомплекс** для которого характерны заполняющие сознания сновидные переживания по типу **сновидений с открытыми глазами**, как бытового так и фантастического содержания, без выраженного галлюцинаторного поведения [2,5,6,13].

Патогенез этих феноменов связан с интоксикацией и патологической активацией правополушарных структур. Патогенетическое

лечение предполагает назначение дезинтоксикационной терапии.

Понятие **сумеречного расстройства сознания** трактуется неоправданно широко. Следует признать оправданным определение этого состояния как достаточно определенного психопатологического феномена, имеющего жесткие диагностические критерии, включающие [2,5,6,13,15]:

- острое начало и внезапное завершение,
- аффекты ярости или ужаса,
- резкое психомоторное возбуждение с жестокими агрессивными и разрушительными действиями,
- полную загруженность болезненными переживаниями, затрудняющую возможности вербального контакта с больным,
- полную амнезию всего периода спутанности сознания, включая как психопатологические переживания, так и реальные события.

Соответственно оправдано выделение **галлюцинаторного варианта** этого состояния со зрительными и слуховыми галлюцинациями, определяющими поведение больного.

При **бредовом варианте** поведение определяется бредовыми идеями персекуторного содержания с достаточно последовательными действиями и отдельными высказываниями.

Дисфорический вариант возникает на высоте дисфорического аффекта, характерны злобность и агрессия. Дифференциально диагностическое значение имеет феномен **ретардированной амнезии**, когда в течение некоторого времени (до нескольких часов) сохраняются воспоминания об эпизоде спутанности сознания, которые затем одновременно исчезают.

Патогенез сумеречного расстройства сознания связан с патологической активацией левой височной области, чаще пароксизмального характера. Патогенетическое лечение включает назначение антиконвульсантов, действие которых проявляет тропизм к структурам левой височной доли (карбамазепин) [5,12,13].

Вероятно, не следует признавать оправданным отнесение к сумеречным расстройствам **эпизодов спутанного сознания с совершением автоматизированных действий**. Выделяют **амбулаторные автоматизмы** (до нескольких часов, совершение бытовых действий), состояния **транса** (сутки и более, длительные путешествия), **сомнамбулизм** (хождение по ночам в пределах небольшого пространства, до получаса) [2,5,6,13].

Патогенез этих эпизодов включает патологическую активность (чаще пароксизмальную) правополушарных структур. **Патогенетическое лечение** предполагает назначение

антиконвульсантов, влияющих на правополушарные образования (клоназепам).

Диссоциативные эпизоды спутанности сознания (не совсем справедливо определялись как истерические сумеречные расстройства сознания) описаны в Международных статистических классификациях и диагностических руководствах в разделе F4 (как невротические и конверсионные расстройства), однако они часто отмечаются и носят выраженный, синдромологически очерченный характер при **органических диссоциативных расстройствах** (F06.5) [3,4,7,8,9,10,18].

Эти симптомокомплексы предполагают наличие двух сфер сознания: отражающей психопатологические переживания (здесь пациент функционирует как иная личность) и сопряженную с реальными жизнью и личностью больного [2,5,6,8,12].

Следует упомянуть диссоциативные фуги — длительные путешествия, где пациент проявляет не свойственные ему личностно-характерологические и поведенческие особенности с последующей **диссоциативной амнезией** [8,10].

При состояниях **диссоциативного транса и одержимости** во время спутанности сознания пациент утрачивает личностную идентичность, проявляет ограниченный набор поз и движений, ощущает, что в него вселилась одухотворенная магическая сущность [4,8,10].

Эпизоды спутанности сознания с **характерными феноменами приблизительных ответов и ответов мимо с детским поведением и подчеркнутой бытовой несостоятельностью** описание которых в Международных систематиках дается в рубрике синдром Ганзера. Эти расстройства включают широкий круг переходных состояний от транзиторных (до двух недель, собственно синдром Ганзера) до длительных (многочесных и многолетних) синдромов **псевдодеменции и пуэрилизма**. Эти симптомокомплексы часто встречаются у больных с органическими периодическими и шизоформными психозами [3,4,7,8,10,18].

Синдром множественной личности представляет собой спутанность сознания с функционированием новой личности с **характером дополняющим личность пациента по типу второго Я**. Наиболее яркие проявления этого синдрома мы видели у больных эпилепсией с правополушарной локализацией эпилептического фокуса [4,8,10,12,18].

Часто упоминаемый в средствах массовой информации **синдром автобиографической амнезии** предполагает наличие психотического эпизода (который полностью амнезируется) с последующими жалобами на полную

амнезию своего прошлого, что сопровождается нарочитым поведением в ключе этих жалоб. Возвращенные в привычную обстановку пациенты сразу восстанавливают свое социальное поведение, но утверждают, что они узнали своих близких и научились выполнять семейную и производственную работу впервые. Эти симптомокомплексы чаще всего отмечаются у больных перенесших органические психотические эпизоды с шизоформной симптоматикой.

Патогенез органических диссоциативных нарушений сознания связан с патологической активностью правополушарных (преимущественно височных) структур. **Патогенетическая терапия** включает назначение, влияющих на эти образования антиконвульсантов (клоназепам, ламотриджин) и малых нейролептиков (тиоридазин, сульпирид, неулептил) [1,5,9,12].

Отдельно следует выделить **сосудистые эпизоды спутанности сознания** феноменологически характеризующиеся наличием полиморфной и изменчивой симптоматики, включающей синдромологически незавершенные компоненты онирического, делириозного и сумеречного расстройств сознания с нарушениями памяти по типу острого корсаковского синдрома [5,13,15].

Их **патогенез** включает нарушения микроциркуляции с явлениями ишемии, а **патогенетическое лечение** предполагает назначение назначения вазоактивных нейрометаболических препаратов и средств, улучшающих микроциркуляцию [5,6,9,13].

От этих расстройств следует дифференцировать возникающие при развитии сенильной деменции альцгеймеровского типа (рубрика болезнь Альцгеймера с поздним началом) **эпизоды спутанности сознания пресбиофренного типа** [2,5,6,12,13,15].

В клинической картине доминируют явления прогрессирующей амнезии со **сдвигом ситуации в прошлое**, феноменом, так называемой **конфабуляторной спутанности**, когда окружающее воспринимается, как события далекого прошлого. Имеют место явления, определяемые как **старческий делирий**, со своеобразными ложными узнаваниями реальных лиц, как давно умерших родственников. Отмечается суетливость, с характерным поведением — **сборы в дорогу**: больной торопится на работу или ему надо куда-то ехать [2,5,6,12,13,15].

Патогенез пресбиофренных состояний включает характерные для болезни Альцгеймера нейромедиаторные нарушения, а **патогенетическое лечение** предполагает назначение препаратов холинергического действия и ингибиторов эксайт-токсиколиза [12,13].

Таким образом, выше изложенное позволяет сделать следующие **выводы**.

Синдромы спутанности сознания при органических психических расстройствах представлены обширной группой состояний, несколько более широкой, чем определяемое в Международных статистических классификациях и диагностических руководствах обобщенное понятие делирия, как острого органического синдрома.

Целесообразно дополнить операциональную диагностику этих феноменов клинико-психопатологическим анализом с определением синдромологического варианта спутанности сознания.

Это позволит дополнить протокольную терапию острого органического мозгового синдрома дифференцированным, патогенетически ориентированным лечением.

Литература

1. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. — М. Медицина, 1988 — 240 с.
2. Бухановский А.О. Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак; 4-е изд-е перераб. и доп. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998 — С. 141-263
3. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии: В 2-х т./ М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. — Пер. с англ. — К.: Сфера, 1997 — Т.1. — 297 с., Т.2. — 433 с.
4. Діагностичні критерії з DSM — III — R. — Переклад з англ. — К.: Абрис, 1994. — 272 с.
5. Жмуров В.А. Психические нарушения / В.А. Жмуров. — М.: МЕД пресс-информ, 2008. — 1016 с.
6. Жмуров В.А. Психопатология / В.А. Жмуров — М.: Медицинская книга, 2002 — 668 с.
7. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия: из синописа по психиатрии. В 2-х томах/ Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок / Перев.с англ. В.Б. Стрелец. — М.: Медицина, 1994. — Т.1. — 672 с., Т.2. — 524 с.
8. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост.: Дж.Э. Купер; Под ред. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца — К.: Сфера, 2000 — 414 с.
9. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих / [Панько Т.В., Явдак І.О., Колядко С.П. та ін.]: під ред. П.В. Волошина. — Х.: Арсіс, 2001. — 303 с.

10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перев. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — Всемирная организация здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург: «Адис», 1994. — 304 с.
11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 59 від 2007. м. Київ. — К., 2007 — 36 с.
12. Психиатрия — национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. — М.: ГЭОТАР — Медицина, 2009. — 1000 с.
13. Руководство по психиатрии в 2 томах / [Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.] / Под ред. А.С. Тиганова — М.: Медицина, 1999. — Т.1 — 712 с., Т.2 — 745 с.
14. Сарториус Н. Розуміння класифікації психічних розладів МКХ-10: Кишеньковий довідник / Норман Сарториус / Переклад з англійської С.І. Михняка, І.Й, Влох. — Львів: Фенікс, 1999. — 96 с.
15. Снежневский А.В. Общая психопатология / А.В. Снежневский — М.: Медпресс-информ, 2001 — 208 с.
16. Чуприков А.П. Латеральная терапия: Руководство для врачей / А.П. Чуприков, А.Н. Линева, И.А. Марценковский. — К.: Здоров'я, 1994. — 176 с.
17. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс, пер. с нем. Л.О. Акопяна. — М.: Практика, 1997 — 1053 с.
18. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision. DSM-IV-TR. American psychiatric association. — Washington: Published by the American Psychiatry Assotiation D.C., 2000 — 943 p.