

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ
«Патология сознания»

Выполнила: ординатор
Лукьянова Валерия Сергеевна
Проверила: д.м.н. Доцент Березовская
Марина Альбертовна

Красноярск, 2023

Оглавление

Актуальность	3
ОГЛУШЕНИЕ.....	4
СОПОР	5
КОМА	6
ПОМРАЧНЕНИЯ СОЗНАНИЯ.....	6
ДЕЛИРИЙ	7
ОНЕЙРОИД.....	11
СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ.....	12
Вывод.....	14
Список литературы	15

Актуальность

Патология сознания является распространенным психопатологическим синдромом, возникающим у психически больных людей при критических состояниях. Причем, она может сочетаться и с соматическими нарушениями и требует оказания неотложной помощи. Поэтому мне, как ординатору-психиатру, необходимо четко знать клинические особенности разных видов расстройств сознания, уметь диагностировать их и дифференцировать между собой.

Сознание — понятие, имеющее широкий спектр значений. Под сознанием может пониматься:

- состояние «бодрствования», отличное от бессознательных состояний — глубокого сна, обморока и т. п.;
- состояние «вменяемости», предполагающее способность давать отчет о своих переживаниях и действиях;
- совокупность феноменов субъективного опыта, включающих в себя рефлекссию, самоосознание;
- система определенных установок и представлений о мире.

Сознание — это высшая форма отражения человеком объективной реальности. Оно обеспечивает актуальное восприятие и познание внешнего мира и самого себя, способствует адаптации человека в окружающей среде и позволяет менять ее в соответствии со своими потребностями. Структура сознания имеет два уровня: предметное сознание и самосознание. Предметное сознание — способность ориентироваться во времени, месте, окружающей обстановке, отчетливое отражение объектов окружающего мира. Самосознание — способность ориентироваться в своей личности (осознание своего «Я»), своем месте в обществе и т.п.

Среди расстройств (нарушений) сознания выделяют:

- Выключения сознания (оглушение, сопор, кома).
- Помрачения сознания (делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания).

ОГЛУШЕНИЕ

Общая его характеристика следующая: в основе оглушения сознания лежит повышение порога для всех внешних раздражителей. Все раздражения

внешней среды при оглушении сознания доходят до больного с трудом, замедленно.

Внешний вид больных при оглушении тупой, отупевший, взгляд невыразительный, мимика бледная, выражение лица больных слегка сонливое. Нередко оглушение сопровождается наличием эйфории, некоторого благодушия. Это не маниакальное состояние, а это эйфория с беспечным, сентиментальным порой довольством собой. Больные малоподвижны, предпочитают подолгу сидеть, не меняя позы, или, еще чаще, лежать. Усиление интенсивности оглушения приводит к сомноленции, сопору и коме (в тяжелых случаях). Следовательно, цепная реакция при оглушении идет по следующим звеньям: оглушение классическое, нарастание сомноленции, сопор, кома. Ясперс говорит, что оглушение — это нечто среднее между бодрствованием на одном полюсе и комой на другом.

Легкие степени оглушения носят название обнубиляции сознания, то есть оболочка, вуаль на сознании. Эта вуаль сказывается в том, что все реакции больных становятся более замедленными, малопродуктивными. Больной делается как бы рассеянным, не сразу схватывает содержание, смысл вопроса, смысл явлений, он становится туподумом, невнимательным, медлительным. Это состояние обнубиляции сравнивают с состоянием опьянения

СОПОР

Для сопора характерны утрата произвольной и сохранность рефлексорной деятельности. В иностранной (англоязычной) медицинской литературе в этом качестве выступает термин «ступор» (англ. *stupor*), в то время как сопор обозначает необычно глубокий сон.

В состоянии сопора больной не реагирует на окружающую обстановку, не выполняет никаких заданий, не отвечает на вопросы. Из сопорозного состояния больного удастся вывести с большим трудом, применяя

грубые болевые воздействия (щипки, уколы и др.), при этом у больного появляются мимические движения, отражающие страдание, возможны и другие двигательные реакции как ответ на болевое раздражение.

При углублении этого прекоматозного состояния сознание полностью утрачивается, развивается кома.

КОМА

Кома - полная утрата сознания с отсутствием реакции на любые раздражители.

Выключения сознания встречаются при интоксикациях (алкоголь, угарный газ и т.д.), расстройствах обмена веществ (уремия, диабет, печеночная недостаточность), черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, сосудистых и других органических заболеваниях центральной нервной системы.

ПОМРАЧНЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Форм состояний помрачения сознания существует несколько. Вероятно, они еще не все досконально исследованы психопатологами, не все эти формы имеют общие признаки, на основании которых мы и определяем состояние больного как помрачение сознания. Эти признаки сформулированы немецким психопатологом Ясперсом еще в 1911 г.

Первый из них: отрешенность от окружающего мира, отрешенность от действительности. Внешний мир, его события, явления, его изменения не привлекают внимания больного. Если они и воспринимаются, то воспринимаются лишь парциально, непоследовательно, фрагментарно. Синтез и анализ явлений внешнего мира резко ослабляется, а порой и полностью утрачивается.

Второй признак: в соответствии с этим больной дезориентирован в месте, времени, окружающем и лицах. У больных наступает неузнавание лиц, выраженное в той или иной мере.

Третий признак: мышление больного, его ассоциативные процессы резко расслаиваются, мышление больного становится непоследовательным, фрагментарным, в той или иной мере инкогерентным, то есть бессвязным.

Четвертый признак: при расстроенном сознании, вследствие невозможности отражения, расстраивается запоминание, фиксирование текущих событий. Поэтому по миновании состояния помрачения сознания воспоминание об этом периоде всегда бывает неполным, обрывочным, а иногда и вовсе отсутствует, например, после сумеречного помрачения сознания, или аменции.

Для того чтобы сказать, что у больного имеется состояние помрачения сознания, необходимо обнаружение всех этих четырех признаков, ибо каждый в отдельности признак может возникать и при других синдромах. Так, отрешенность от реального мира наблюдается не только при помрачении сознания, но и в состоянии кататонического ступора, апатии, тупости, слабоумия с тупостью, аспонтанности и т.д. И больные со старческим слабоумием отрешены от окружающего, больные с болезнью Пика, шизофреники в конечных состояниях и т.д.

ДЕЛИРИЙ

Делириозное помрачение сознания характеризуется обилием продуктивных расстройств: иллюзиями, галлюцинациями, порой чувственным бредом, двигательным возбуждением, изменяющимся аффектом.

Делириозное помрачение сознания развивается также не сразу, как гром среди ясного неба, оно развивается постепенно и имеет стадии развития, клинически описанные Либермейстером.

Первая стадия делирия характеризуется повышенной говорливостью больных, усиленным наплывом ассоциаций, образных, наглядных, чувственно-конкретных. В сознании больного всплывают яркие представления, у него развивается гипермнезия — усиление воспоминаний, но эти воспоминания относятся не к абстрактному, отвлеченному материалу памяти, а к образному, у больного всплывают обильные, яркие чувственные картины прошлого. Симптоматика усиливается к вечеру. Сон беспокойный, с яркими сновидениями. Содержание сновидений тревожное, больные часто пробуждаются от сновидений и не сразу разрывают пелену сновидений, не сразу проводят грань между тем, что снилось, и реальностью. К утру сон становится глубже. Больные просыпаются в состоянии разбитости, резко выраженной слабости.

При дальнейшем развитии процесса наряду с ярким наплывом галлюцинаций у больных появляются зрительные иллюзии, парейдолии, что и характеризует вторую стадию развития делирия. В узорах обоев, в пятнах на стенах, в игре светотени и т.д. больные начинают видеть фантастические образы: замки, горы, необычных животных, сказочные образы, целые сцены. Больной по-прежнему говорлив, беспокоен в пределах постели, глаза блестящие. Уже во второй стадии развития отмечается то, что называется мерцанием: временами у больных сознание становится более ясным, время от времени возникают люцидные окна, во время которых больной отдает себе отчет в том, что с ним что-то происходит, понимает болезненность совершающегося с ним, лучше узнает окружающих, более последовательно и связно отвечает на вопросы. Но такие окна непродолжительны.

И, наконец, наступает третья стадия, третья степень тяжести делирия. Парейдолии сменяются яркими зрительными галлюцинациями, обычно сценopodobными: больной видит перед собой целые сцены, перед ним разворачиваются среди реального пространства события, которые привлекают больного, он на них смотрит с любопытством, со страхом, с

тревогой, стремится убежать от них, защищается, но реагирует на них как на реальные события, противопоставляет себя тем событиям, которые возникают, которые рождает его больной мозг. Он может напасть на свои видения, защищаться или убежать от них, с любопытством их рассматривать. Мимика его изменяется в зависимости от содержания сценподобных галлюцинаций. И параллельно содержанию его галлюцинаторных переживаний изменяется аффект: то страх, то любопытство, то восторженность проявляются на лице больного. В этот момент возникает образный чувственный бред, так же непоследовательный, как и его видения. Галлюцинаторные расстройства могут приобрести характер комплексных галлюцинаций, то есть зрительные видения могут сопровождаться вербальными галлюцинациями.

Больные в третьей стадии делирия становятся двигательно-возбужденными. Возбуждение не ограничивается пределами постели, они встают с постели, убегают, совершают ряд поступков, вплоть до того, что в тяжелом делирии могут выбраться через окно на улицу, убежать из палаты, из отделения, выбежать на улицу.

Ночью наплыв галлюцинаций усиливается. В третьей стадии делирия больные дезориентированы. Но и там иногда наступают внезапно люцидные промежутки, окна, во время которых больные вновь становятся ориентированными, узнают окружающих, говорят о тяжести своего состояния. Но ненадолго, а затем вновь сознанием больных овладевает наплыв видений. Сон наступает непродолжительный, лишь под утро. После пробуждения больные могут быть ориентированы, они разбиты, ослаблены. А к полудню их вновь охватывает галлюцинаторное расстройство.

И, наконец, четвертая стадия делирия, которая наблюдается редко, к счастью, при очень тяжелом процессе, при очень тяжелом течении инфекции, интоксикации или других соматических заболеваниях, и носит название мусситирующего делирия, бормочущего делирия.

В таких случаях дезориентировка в окружающем глубокая, внешние раздражения, обращенные к больному, не вызывают никакой реакции, больные полностью отрешены от действительности, детерминация психической деятельности внешним миром полностью исключена. Ни слабые, ни средней силы раздражители, ни раздражители большой интенсивности не вызывают ответной реакции больных. Возбуждение их ограничивается пределами постели. Больные постоянно что-то бессвязно бормочут, негромко, почти шепотом. Что-то совершенно непонятное. Это набор отдельных слов и даже не полностью произносимых. Проявляются хореиформные, атетозо-подобные гиперкинезы, обнаруживается давным-давно известный народу зловещий признак «обирание»: больные начинают стягивать с себя какие-то нити, снимают с себя невидимые пушинки, натягивают и стягивают с себя простыню, вытаскивают из-под себя подушки. Подобные движения бессвязны и недостаточно координированы. Взгляд мутный, обращенный в пространство. Общий вид больных, выражение их лица сонливое. Далее судорожные движения усиливаются, в тяжелых случаях наступает спячка, кома и смерть больных. Появление мусситирующего делирия во всех случаях признак тяжелый, при нем прогноз становится сомнительным.

Особый вариант делирия — профессиональный делирий, характеризующийся более глубоким, чем при обычном делирии, помрачением сознания; внешние впечатления не доходят до сознания больных, люцидные промежутки не наступают. Галлюцинации, бредовые представления, судя по общему облику больного, не занимают доминирующего положения в сознании, а может быть, и отсутствуют. Такой делирий выражается в проявлении профессиональной занятости, профессиональных действиях. Больной беспорядочно, непоследовательно, в пределах постели, а иногда и за пределами постели, производит движения, наиболее автоматизированные у него.

ОНЕЙРОИД

Онейроидное помрачение сознания характеризуется прежде всего фантастическим содержанием переживаний, фантастическим содержанием сознания. Причем это фантастическое содержание сознания переплетается с восприятием, с отражением отдельных кусков реального мира. Подобное фантастическое содержание сознания, как говорил Ясперс, драматично, то есть в нем отдельные события, отдельные ситуации разворачиваются последовательно, то есть в сознании больного разворачивается акт за актом целое драматическое событие, драма. Самосознание больных расстраивается глубоко. Если делириозный больной противопоставляет себя видениям, воспринимает сценopodobные галлюцинации со стороны, то при онейроидном помрачении сознания больной становится участником, действующим лицом фантастики, возникающей у него в сознании.

Как правило, содержание фантастическое. Больные совершают межпланетные путешествия, летают на космических кораблях, на ракетах, оказываются в иных мирах — на Марсе, Венере, Сириусе и т.д., там действуют, участвуют в событиях, подобных описаниям в «Аэлите», принимают участие в жизни планет — Марса, Венеры, Сириуса, пролетают мимо лунного мира, планет солнечной системы, видят их или оказываются на Луне, собирают камни необыкновенной красоты, растения. Или совершают путешествия, перелетают в Америку, там оказываются среди жителей ее городов. Или совершают путешествия в прошлое, как бы на машине времени, оказываются среди жителей античного мира. Содержание онейроида может быть мегаломанически экспансивным или, наоборот, депрессивным, то есть фантастика с характером громадности, с содержанием бреда Котара: больные присутствуют при гибели города, видят, как рушатся здания, как проваливается метро, как гибнет вся страна, как раскалывается весь земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве. При онейроиде обнаруживается обычно диссоциация: больной в своей фантастике, в своих грезах действует часто даже в космическом, мировом

масштабе, а внешне он остается малоподвижным, иногда ступорозным, с восковой гибкостью или однообразно, нелепо, немотивированно возбужденным.

СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ

Это внезапная и кратковременная (минуты, часы, дни — реже более продолжительные сроки) утрата ясности сознания с полной отрешенностью от окружающего или с его отрывочным и искаженным восприятием при сохранении привычных автоматизированных действий.

Основными признаками сумеречного помрачения сознания являются:

- острое, внезапное начало, часто молниеносное, без каких-либо предвестников;
- транзиторность, относительная кратковременность (как правило, не превышающая нескольких часов);
- охваченность сознания аффектом страха, тоски, злобы, ярости («напряженность аффекта»);
- дезориентировка, прежде всего, в собственной личности, при которой человек лишается способности содержательно воспринимать действительность и одновременно осуществлять целенаправленную деятельность в соответствии с требованиями общественного запрета и даже инстинкта самосохранения;
- яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред;
- либо видимая последовательность, даже обусловленность поступков и действий, что вводит в заблуждение окружающих, либо нецеленаправленное, хаотичное, brutальное, агрессивное возбуждение;
- критическое окончание;

- терминальный сон;
- полная или частичная амнезия происшедшего.

Сумеречное помрачение сознания встречается чаще всего при эпилепсии и травматических поражениях головного мозга; реже — при симптоматических, в том числе интоксикационных психозах.

Вывод

Таким образом, можно сделать вывод о том, что расстройства сознания – это часто встречающаяся патология в практике врача-психиатра. Знания их особенностей клинической картины, течения и анамнеза позволяют быстро диагностировать данные состояния и оказать необходимый объем медицинской помощи.

Список литературы

1. Жмуров В.А. Общая психопатология. Том 1 – Москва: Умный доктор, 2018.
2. Тиганов, А. С. Психиатрия : рук. для врачей / "Тиганов А. С. и др. ; Под ред. А. С. Тиганова" - Москва : Медицина, 2012. - 896 с.
3. Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ: ЗАБЫТЫЙ СИНДРОМ ЛЕГКОГО ОГЛУШЕНИЯ (ОБНУБИЛЯЦИЯ СОЗНАНИЯ). КЛИНИКА И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ЗНАЧЕНИЕ // Врач. 2021. №9.
4. Никифоров И.А., Костюк Г.П., Бурыгина Л.А., Белова М.Ю., Истомина В.В., Ливанов А.С. Нарушения сознания в психиатрической практике. - Постер-М Москва, 2023.
5. Электронный учебник «Психиатрия и медицинская психология»: <https://psychiatr.ru/education/1>, 2020 г.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом по
(наименование кафедры)

Рецензия д.м.н. доцент Бердовская Н.А.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности психиатрия
Лукинкова В.С.
(ФИО ординатора)

Тема реферата патология сознания

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	<u>отлично</u>

Дата: « 11 » 12 20 23 год

Подпись рецензента

(подпись)

Бердовская Н.А.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

(подпись)

Лукинкова В.С.
(ФИО ординатора)