

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

на тему

Сумеречное помрачение сознания

Выполнила: ординатор специальности «Психиатрия»
Воробьёва Дарья Викторовна

Проверила: д.м.н., доцент Березовская Марина Альбертовна

Красноярск, 2022

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Критерии диагностики состояний расстроенного сознания.....	4
3. Сумеречное помрачение сознания	5
4. Формы сумеречного помрачения сознания.....	6
5. Непсихотические сумеречные расстройства сознания.....	10
6. Дифференциальная диагностика.....	12
7. Лечение	14
8. Список использованной литературы	16

Введение

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

Основными характеристиками сознания считают степень его ясности (уровень бодрствования), объем (широту охвата явлений окружающего мира и переживаний), содержание (полноту, адекватность и критичность оценки используемых запасов памяти, мышления, эмоций) и непрерывность (способность осознания и оценки прошлого, настоящего, 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, 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.).

Критерии диагностики состояний расстроенного сознания

Для определения состояний расстроенного сознания чаще всего используют набор критериев, предложенных немецким психиатром К. Ясперсом.

1. Отрешенность от окружающего мира
2. Дезориентировка
3. Нечеткость мышления вплоть до бессвязности
4. Амнезия периода психоза

Главным признаком нарушения сознания является отрешенность окружающего мира, проявляющаяся тем, что больной не полностью принимает происходящее вокруг него, не всегда слышит обращенную, к нему речь, не улавливает инструкций и команд, не всегда отвечает на вопросы. Важным компонентом отрешенности считают подавление активного и пассивного внимания. Иногда, чтобы привлечь внимание больного и добиться ответа, приходится повторять вопрос несколько раз или говорить очень громко, в других случаях контакт с больным совершенно невозможен.

Ориентировку больных следует оценивать по нескольким параметрам. Легче всего нарушается ориентировка во времени: пациенты перестают адекватно различать временные промежутки. При более тяжелом нарушении затрудняется ориентация в месте: больные не могут назвать город и учреждение, в котором находятся. Изменения ориентировки в собственной личности наблюдается крайне редко (чаще при онейроидном помрачении сознания) и выражаются в том, что больной воспринимает себя извращенно.

Нечеткость мышления больных с нарушениями сознания не позволяет им стройно рассуждать, решать логические задачи, устанавливать связи между явлениями. Крайней степенью нарушения мышления является бессвязность (инкогеренция), когда речь распадается и превращается в «словесную окрошку».

Амнезия при нарушениях сознания может быть полной или частичной. При самых легких состояниях пациенты правильно перечисляют происходившие во время болезненного приступа события, но не помнят деталей, путают их последовательность. При наиболее тяжелых повреждениях в памяти не остается ничего из произошедшего в момент нарушения сознания.

Ключевым симптомом нарушений сознания является отрешенность. Другие симптомы не относятся к специфичным признакам данных расстройств и могут наблюдаться при самых различных синдромах. При диагностике синдромов нарушенного сознания важно доказать, что дезориентировка, нечеткость мышления и амнезия были следствием отрешенности.

Сумеречное помрачение сознания

Сумеречное сознание («сумерки») - 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.

Существует две группы причин развития расстройств сознания: органические и функциональные. Наиболее распространенной органической причиной сумеречного расстройства сознания является эпилепсия. Эпилепсия в своих проявлениях не ограничивается симптоматикой больших и малых припадков. Иногда при эпилепсии имеют место клинические феномены, которые представляют собой замену припадков. Их называют психическими эквивалентами эпилептических припадков. В первую очередь к эпилептическим психическим эквивалентам относят сумеречное расстройство сознания. Возможно также поражение медиальных отделов височных областей в результате ЧМТ, опухолей и других патологических

процессов. В группу функциональных причин возникновения сумеречных расстройств сознания входят истерические психозы и внезапные тяжелые психотравмирующие ситуации.

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, а так же времени и месте, 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, брутальное, агрессивное возбуждение.
- Терминальный сон.
- Полная или частичная амнезия произошедшего.

Формы сумеречного помрачения сознания

Выделяются следующие формы сумеречного помрачения сознания:

Простая форма:

Простая форма развивается внезапно. Больные отключаются от реальности. Перестают отвечать на вопросы. Вступить с ними в общение невозможно. Спонтанная речь или отсутствует, или ограничивается стереотипным повторением отдельных междометий, слов, коротких фраз.

Движения то обеднены и замедлены - вплоть до развития кратковременных ступорозных состояний, то возникают эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом. В части случаев сохраняются последовательные, чаще - сравнительно простые, но внешне целенаправленные действия. Простая форма сумеречного помрачения сознания длится обычно от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается полной амнезией.

Галлюцинаторная форма:

Галлюцинаторное сумеречное расстройство сознания сопровождается образованием иллюзий, к которым в последующем присоединяются слуховые и зрительные галлюцинации, обычно - устрашающего характера. Продуктивный контакт невозможен - больные с сумеречным расстройством сознания полностью изолированы от реальности, не воспринимают обращенную к ним речь, произносят отрывистые фразы или отдельные слова, иногда мычат или выкрикивают что - то нечленораздельное. Галлюцинаторные переживания провоцируют агрессивное поведение. Нередки вспышки агрессии, во время которых пациенты с сумеречным расстройством сознания совершают действия ужасающей силы и жестокости - наносят другим людям множественные раны с использованием острых предметов, жестоко избивают и забивают насмерть голыми руками и т.д.

Бредовая форма:

При бредовом варианте сумеречного помрачения сознания поведение больных последовательно, а вместе с тем поступки определяются чувственным бредом, сопровождающимся резко выраженным аффектом тоски, злобы, страха.

Сумеречное помрачение сознания часто приводит к общественно опасным поступкам. Они сопровождаются зрительными, обонятельными, реже слуховыми галлюцинациями. Как правило, при восстановлении ясного сознания больные относятся к совершенному ими поступку как к чему - то чуждому.

Параноидная форма возникает относительно постепенно. Восприятие больными окружающего искажено существованием продуктивных расстройств. О них можно узнать из спонтанных высказываний больных, а также потому, что словесное общение с ними в той или иной мере сохраняется. Слова и действия больных отражают существующие патологические переживания.

Из галлюцинаций преобладают зрительные с устрашающим содержанием. Нередко они чувственно яркие, сценopodobны, окрашены в разные цвета (красный, желтый, белый, синий) или сверкают. Характерны подвижные теснящие зрительные галлюцинации - надвигающаяся группа людей или приближающаяся отдельная фигура; мчащиеся на больного транспорт - автомобиль, самолет, поезд; подступающая вода; погоня; обрушивающиеся здания и т. д.

Галлюцинации слуха - это фонемы, часто оглушительные - гром, топот, взрывы.

Галлюцинации обоняния чаще неприятны - запах горелого, мочи, жженного пера.

Преобладают образный бред с идеями преследования, физического уничтожения, величия, мессианства. Часто встречаются религиозно - мистические бредовые высказывания. Бред может сопровождаться ложными узнаваниями.

Делириозная форма:

Характеризуется преобладанием сценopodobных зрительных галлюцинаций, связанных по содержанию и сменяющих друг друга с последующей полной амнезией. В отличие от типичной картины делирия, помрачение сознания развивается остро, отсутствуют характерные для делириозного помрачения сознания этапы делирия.

Онейроидная форма:

Отличается аффективной напряженностью, необычной интенсивностью переживаний, фантастическим содержанием

галлюцинаторно - бредовых расстройств, неполной или полной обездвиженностью, доходящей до степени ступорозных состояний. После выхода из состояния помрачения сознания полной амнезии обычно не возникает.

Дисфорическая форма:

Характеризуется неистовым возбуждением и агрессивностью, брутальностью и ярко выраженным аффектом тоски и злобы. Это неистовая злоба, неистовая тоска. Такие тяжелые случаи сумеречного помрачения сознания нередко наблюдаются в психиатрических больницах у больных эпилепсией при эпилептических эквивалентах. В этом состоянии больные нападают на окружающих, разрушают все, что попадает под руку. Аффект необычно напряжен, злобен. В этот момент больные становятся бесчеловечными, могут убить, изувечить. Подобное состояние наступает внезапно и кончается так же внезапно.

Ориентированные варианты:

Характеризуется небольшой глубиной помрачения сознания, сохранностью у больных способности к элементарной ориентировке в окружающем, узнаванию близких. Тем не менее они могут в таком состоянии внезапно проявить резкую, бессмысленную агрессию, напасть на кого -нибудь, а потом ничего об этом не помнить, хотя ориентировка на высоте помрачения сознания в общем виде и сохраняется. В этих случаях господствуют не столько бред, не столько яркие галлюцинации, какие имеют место, например, при неистовом возбуждении, сколько аффект напряженный, бессмысленный, требующий разрядки. В таких случаях порой бывает трудно отличить тяжелую эпилептическую дисфорию и ориентированное сумеречное помрачение сознания. Сомнение решается после минования состояния: если наступает полная амнезия, тогда речь идет об ориентированном сумеречном помрачении сознания. При ориентированном сумеречном помрачении сознания иногда наблюдается так называемая ретардированная амнезия. Непосредственно при миновании сумеречного

помрачения сознания в течение некоторого очень короткого времени, минут, а иногда 1 – 2 часов, больные смутно вспоминают, что с ними было; вспоминают, например, так, как нормальные люди, проснувшись ото сна, в первый момент еще помнят содержание сновидения, а потом забывают.

То же самое может быть и при сумеречном помрачении сознания. В первый момент по восстановлении ясного, нормального сознания больные отдельные фрагменты событий сумеречного помрачения сознания могут воспроизводить, а затем, через несколько минут или часов, наступает окончательная, полная амнезия. Такую запаздывающую амнезию называют *ретардированной амнезией*.

Также встречается *просоночное состояние* - нарушение сознания и восприятия, вызванное резким пробуждением из фазы медленного сна (как правило, в начале сна). Сопровождается повышенной агрессивностью, неспособностью адекватно воспринимать окружение. Возможен аффект. Состояние непродолжительное, почти всегда человек забывает события, которые произошли в этот момент. Изредка встречается даже у здоровых людей, если сон был очень крепкий, а раздражитель - сильный.

Непсихотические сумеречные расстройства сознания

1. Амбулаторные автоматизмы - пароксизмы расстройства сознания с внешне упорядоченным поведением типа бесцельных и достаточно продолжительных автоматизированных действий при отсутствии бреда, галлюцинаций, аффективных нарушений.

2. Сомнабулизм - хождение во сне.

3. Сомнилоквия - говорение во сне

Амбулаторные автоматизмы проявляются в виде автоматизированных действий, совершаемых больными при полной отрешённости от окружающего. Выделяют оральные автоматизмы (приступы жевания, причмокивания, облизывания, глотания), ротаторные автоматизмы с

автоматическими однообразными вращательными движениями на одном месте. Нередко больной, будучи отрешённым от окружающей действительности, автоматически стряхивает с себя что-то. Иногда автоматизмы бывают более сложными, например больной начинает раздеваться, последовательно снимая с себя одежду.

К амбулаторным автоматизмам относятся и так называемые фуги, когда больные, находясь в состоянии помрачённого сознания, бросаются бежать, бегство продолжается некоторое время, а затем больные приходят в себя. При состояниях амбулаторного автоматизма известны случаи длительных миграций (трансы), однако чаще эти блуждания бывают сравнительно непродолжительными и выражаются в том, что больные проезжают нужную им остановку, проходят мимо своего дома и т. д.

Амбулаторные автоматизмы могут проявляться кратковременными состояниями с внешне относительно правильным поведением, которые внезапно завершаются агрессивными поступками или антисоциальными действиями. В этих случаях поведение больных определяется присутствием в структуре сумеречного состояния аффективных расстройств, бреда и галлюцинаций.

Встречаются психогенно обусловленные сумеречные состояния, характеризующиеся выключением из реальной обстановки и переносом в галлюцинаторную, замещающую травмирующую для больных ситуацию. Окружающее воспринимается неполно, в соответствии с болезненными переживаниями. Поведение больных яркое, выразительное, может быть даже демонстративное. Возможна частичная амнезия, захватывающая большей частью внешние события. Могут быть психогенные эпизоды амбулаторного автоматизма, в частности, сомнамбулизма. Истерическое сумеречное помрачение сознания наблюдается при реактивных психозах, а также малопрогредиентной шизофрении с истерическими диссоциативными проявлениями.

Дифференциальная диагностика

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 вмешательствах 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.

Критерии дифф. диагностики синдромов нарушенного сознания:

	<i>Онеройд</i>	<i>Делирий</i>	<i>Сумерки</i>	<i>Аменция</i>
<i>Ориентировка</i>	Полная дезориентировка	Аллопсихическая дезориентировка	Полная дезориентировка	Отсутствие ориентировки
<i>Расстройства восприятия</i>	Псевдогаллюцинации	Истинные галлюцинации	Истинные и псевдогаллюцинации	Рудиментарные
<i>Бред</i>	Мегаломанический	Физического и морального ущерба	Преследования и физического уничтожений	Рудиментарный
<i>Аффект</i>	Экстаз или отчаяние	Изменчивый от эйфории до страха	Тоска. Ужас, ярость	Растерянность и недоумение
<i>Речевой контакт</i>	Невозможен, спонтанной речи нет	Возможен, продукция отражает содержание психопатологических р-в	Невозможен, спонтанная речь отрывиста и стереотипна	Отдельные слова, буквы слоги
<i>Поведение</i>	Кататонические расстройства	Выраженное психомоторное возбуждение	Брутальная агрессия при внешней способности к последовательным действиям	Хаотичное возбуждение в пределах постели
<i>Содержание переживаний</i>	Фантастические панорамы. Последовательное развитие событий	Профессиональные и бытовые сцены. Изменчивая фабула	Устрашающие картины гибели и насилия	Бессвязность (инкогеренция)
<i>Амнезия</i>	Сохранение последовательных воспоминаний о психопатологических переживаниях	Отрывочные воспоминания о психопатологических переживаниях	Полная амнезия	Полная амнезия

Лечение

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

Необходимо обеспечить условия, предотвращающие возможность несчастного случая. Следует напомнить, что к возбужденному больному, если он вооружился каким - либо орудием (обломки мебели и пр.), следует подходить нескольким людям с разных сторон одновременно, держа перед собой средства фиксации (матрацы, подушки, одеяла). Приблизившись к больному вплотную, фиксируют его конечности. Затем больного укладывают на кровать, вводят лекарственные средства и удерживают до окончания приступа, если он кратковременный, или до эвакуации в психиатрическую больницу.

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.

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.

В тех случаях, когда сумеречное состояние становится затяжным, проводят комплексную терапию, применяя противэпилептические препараты и нейролептики в меньших дозах

Применение мер стеснения и удержания должно осуществляться в строгом соответствии со 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.

Оценка эффективности лечения:

Оценка эффективности лечения проводится на основе анализа динамики психического состояния больных и лабораторных показателей. О положительной клинической динамике свидетельствуют восстановление продуктивного контакта с больным с упорядоченностью процессов мышления, нормализация восприятия окружающей обстановки и восстановление ориентировки в месте, времени и собственной личности.

Список использованной литературы

1. Жмуров В.А. «Психиатрия»: Издательство «Умный доктор», 2019г.
2. Менделевич В. Д. Психиатрия: учебник/ В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. – Изд. 3-е. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2020г. – 412с.
3. С.Н Мосолов, Д.И Малин, Э.Э. Цукарзи «Неотложные состояния в психиатрии. – Рациональная фармакотерапия неотложных состояний» 2020 г.
3. Психиатрия. Нац. руководство/ гл. ред. Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснов, Н.Г. Незнанов и др.; отв. ред. Ю.А. Александровский. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019г. - 992 с.
4. 3. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Кинкулькина "Психиатрия и медицинская психология. Учебник", 2019 г.
5. Э.Э Цукарзи «Неотложная помощь при агрессивном поведении // Современная терапия психических расстройств», 2019 г.
6. <https://www.sites.google.com/site/spbgmupsy2/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii/tema-no3-narusenia-osusenij-i-vozpriatia-rasstrojstva-osusenij-i-vozpriatia>, 2021г.
7. <http://www.psychiatry.ru>.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Воробьева Фарья Викторовна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Сумеречное помрачение 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)	4,0

Дата: «15» 03 2022 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Воробьева Ф.В.