

УДК 614.88.616-07-08

## ЛЕГКОЕ ОГЛУШЕНИЕ (ОБНУБИЛЯЦИЯ): КЛИНИКА, КОМПЕТЕНТНОСТЬ, ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

© 2015 Г.Н. Носачев<sup>1</sup>, И.Г. Носачев<sup>1</sup>, Е.А. Дубицкая<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Самарский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Самарский психоневрологический диспансер

Статья поступила в редакцию 28.10.2015

Приведена клиника легкого оглушения (обнубиляция), симптоматический и методологический анализ на основе критериев К. Ясперса, разбираются вопросы необходимости возвращения данного синдрома в современную клинику, обсуждаются вопросы компетентности и ответственности врачей разных специальностей в диагностике обнубиляции.

*Ключевые слова:* обнубиляция, клиника, компетентность, ответственность.

Сознание человека было и остается одним из наиболее сложных вопросов целого ряда гуманитарных (философия, психология, социология и др.) и естественных наук, в первую очередь, клинической медицины, где оно занимает ведущее место (особенно в ургентной медицине). И поэтому весьма важно иметь одну общую «инструкцию» к практическому пользованию, чтобы понимать, оценивать, а, главное, – успешно, своевременно и качественно лечить человека.

К сожалению, различные медицинские дисциплины не могут (или не хотят) создать единый современный (пусть рабочий, временный) подход к синдромальной оценке расстройств сознания. В качестве доказательной иллюстрации посмотрим, что сказано о расстройстве сознания в двухтомном руководстве для врачей «Болезни нервной системы» под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штильмана [1]. В главе 2 «Основные синдромы поражения нервной системы» расстройство сознания представлено синдромами: спутанность сознания, делирий, сопор, кома. Приведем краткое описание спутанности сознания: «Термин недостаточно точный, но обычно подразумевает невозможность думать с достаточной быстротой и ясностью. Пациенты с выраженной спутанностью (значит, есть и невыраженные – авторы) способны выполнять лишь самые простые команды...» [1:216]. Однако в главе 10 «Травматическое поражение нервной системы» приводится классификация расстройства сознания (по Носачев Геннадий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, врач-консультант клиник Самарского государственного медицинского университета. E-mail: nosachev.g@mail.ru

Носачев Игорь Геннадиевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. E-mail: jpl2259@yandex.ru  
Дубицкая Екатерина Андреевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача Самарского психоневрологического диспансера. E-mail: tegre66@yandex.ru

Коновалову А.И. с соавт., 1984) (семь синдромов), где нет никакой спутанности, а есть оглушение умеренное и глубокое, но также отсутствует легкое оглушение.

В национальном руководстве «Неврология» в главе 25 автор указывает, что «определения этих понятий у разных авторов могут не вполне совпадать» [6:522] и тут же вводит «оригинальное» понятие: «Затемнение сознания – при незначительном снижении уровня бодрствования снижается и искажается восприятие и оценка окружающего. Возможны возбуждение, бред, галлюцинации, различные аффекты...» [6:522]. Термин «обнубиляция» (легкое оглушение) в настоящее время полностью исчез из соматической и неврологической литературы (сохраняется лишь в психиатрии). Между тем, на поздних стадиях цереброваскулярной патологии, особенно в геронтологии, обнубиляция встречается достаточно часто, но редко диагностируется и оценивается при проведении терапии и решении вопросов социальной адаптации, а, соответственно, и при реализации гражданских прав пациентов; это касается и компетентности врача.

Не отстают от «моды» и некоторые психиатры. Так, И.В. Кольхалов в «Руководстве по гериатрической психиатрии» в главе, посвященной психозам позднего возраста, в первую очередь описывает спутанность [2] и не упоминает оглушение.

Какова логика изложения и практического применения синдромов расстройств сознания, трудно понять. Ясно одно, что ни с теоретической, ни с практической стороны медицины нечеткость и путаница терминов количественных расстройств сознания ухудшают как диагностику, так и практику в экстренной и неотложной медицине.

**Цель работы** – провести клинко-синдромальный анализ правомерности выделения на современном этапе клинических нейронаук термина «спутанность» и подмены им «старого» термина «обнубиляция» (легкое оглушение).

Проанализируем термин. «Спутанность – обобщающий термин, которым называют остро развивающееся обратимое состояние когнитивной недостаточности (синдромы: делирий, обратимая деменция, острая мозговая недостаточность). Это патологическое состояние может зависеть от многих факторов и условий.

Спутанность является важнейшим (наряду с деменцией) синдромом нарушения когнитивной деятельности в старости. По мере старения спутанность все более вытесняет другие потенциально обратимые (так называемые функциональные) психические расстройства (депрессию, бред), и у «очень старых» людей (85-90 лет и более) она оказывается едва ли ни единственной разновидностью психических расстройств. Спутанность представляет собой состояние, развитие которого самым непосредственным образом связано с процессами старения не только мозга, но и других органов и организма в целом. Она может возникнуть как при преимущественно свойственных старению заболеваниям мозга, так и при множестве соматических заболеваний, развивающихся в старости» [2:145].

Автор без оговорок относит спутанность к рубрике F05 «Делирий», т.е. к расстройству сознания (точнее синдрому помрачения сознания), который может включать в себя состояния от оглушения до комы (выключения сознания). Данная рубрика входит в обобщающую рубрику F0 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства», т.е. в «группу психических расстройств, сгруппированных..., что у них общая четкая этиология, заключающаяся в церебральных заболеваниях, мозговых травмах или других повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции» [3:46]. Следовательно, это может быть не только старость, хотя именно в старости они встречаются чаще, но наблюда-

ются и в любые другие возрастные периоды. Удивительно, что автор соединяет расстройство сознания с синдромом деменции (особенно переходящей?), не обращая внимания на требования МКБ-10, где синдром деменции не может быть поставлен при нарушении сознания.

На наш взгляд, в диагностике количественной и качественной патологии сознания (синдромов) могут помочь характерные общие признаки (условно обозначенные нами как симптомы), разработанные и описанные на основе целостности психической деятельности Карлом Ясперсом. И хотя за прошедший век были неоднократные попытки найти другие критерии, включая современные скрининговые клиничко-психологические тесты (например, шкала Глазго, где отсутствует обнубиляция), по существу, они повторяют критерии К. Ясперса. В качестве примера приведен подход В.П. Зинченко: 1) отчетливо осознаваемый образ; 2) поле ясного внимания; 3) содержание кратковременной памяти; 4) очевидный результат мыслительного акта; 5) осознание собственного Я [4, 5].

К. Ясперс выделил четыре основных критерия для диагностики качественных расстройств сознания (они могут быть распространены и на выключения сознания). Сопоставим клинические проявления спутанности с классическими критериями К. Ясперса (табл. 1).

Таким образом, клинические проявления спутанности полностью соответствуют критериям синдромов помрачения сознания, в первую очередь, синдрому делирия (не развернутый делирия, атипичный делирий, сочетание или переход делирия в оглушение и наоборот), а также онейроида и сумеречного помрачения сознания, которые могут возникать и в любом возрасте при экзогенно-органических поражениях мозга.

Отнесение состояния спутанности к синдромам нарушения когнитивной (познавательной,

**Таблица 1.** Сопоставление критериев К. Ясперса и клинических проявлений спутанности

<b>Критерии К. Ясперса</b>	<b>Клинические проявления спутанности</b>
Критерии помрачения сознания	Помрачение сознания
1. Дезориентировка во времени, месте, ситуации и собственной личности	Дезориентировка во времени и месте Расстройство понимания ситуации и своего состояния
2. Отрешенность от реальной действительности, включая растерянность, сверхизменчивость внимания	Расстройство внимания
3. Расстройства мышления, включая иллюзии, галлюцинации, вторичный бред, речевые расстройства, вторичное психомоторное возбуждение, аффективные расстройства (страх, тревога, депрессия)	Эмоциональные, иллюзорно-галлюцинаторные и бредовые расстройства
4. Конградные расстройства памяти – лакунарные, тотальные амнезии [4,5]	Нарушения памяти
	Нарушения цикла сна – бодрствования [2, 146-147]

интеллектуальной) деятельности двойственно. Любой синдром расстройства сознания включает в себя грубые нарушения когнитивной деятельности за счет выраженных нарушений когнитивных процессов (внимания, памяти, мышления, речи, но, в первую очередь, самого сознания, как предпосылок к интеллекту), а также по мере углубления расстройства сознания присоединяется его сужение вплоть до утраты когнитивных образований и когнитивного стиля личности. Классическим примером является синдромальный ряд: классический делирий – профессиональный до мусситирующего делирия (синдромы помрачения сознания) или оглушение – сопор – кома (синдромы выключения сознания). Но при обратном развитии синдрома помрачения сознания (или выключения сознания) и восстановления ясного сознания исчезают и восстанавливаются когнитивные функции.

Следовательно, клинические проявления, описываемые автором состояния (синдрома?) спутанности можно представить как взаимный переход или сочетание синдрома делирия и синдрома легкого оглушения (обнубиляции).

Оглушение (оглушенность – obturdation) – наиболее легкое непароксизмальное неполное выключение (утрата, обеднение) сознания. Выделяют три степени глубины синдрома: легкое (обнубиляция), среднее (умеренное) и глубокое (сомнолентия) оглушение; два последних признаются практически всеми.

Ведущими проявлениями оглушения являются нарастающее, углубляющее (по мере увеличения глубины синдрома) затруднение, упрощение, обеднение и значительное уменьшение яркости, гибкости, объема и глубины всей психической деятельности вплоть до полного ее исчезновения, где наиболее отчетливыми нарушениями являются дезориентировка во времени, ситуации, месте и собственной личности.

Легкая степень оглушения (обнубиляция, лат. Obnubilatio – «закрывать облаками», затуманивать или «облачковидное» сознание) характеризуется дезориентировкой во времени и ситуации: больной не может правильно расположить во времени этапы своей деятельности, правильно оценить взаимоотношения людей в той или иной ситуации, изложить последовательность развития болезни, правильно назвать текущую дату, день недели, а нередко месяц и год, путает последовательность событий личной жизни. Затруднено и замедлено осмысление, в первую очередь, по отношению к более сложной информации, принятию решений, предвидению, прогнозированию, решению нестандартных, непоследовательных задач. Привычные, стереотипные задачи обычно решаются, но изменение условий вызывает растерянность и недоумение. Внимание пассивное, память на текущие события затруднена; прошлое может воспроизводиться

стереотипно. Больные медлительны, нередко растеряны, особенно в новых ситуациях. В привычной обстановке поведение достаточно правильное. Падают спонтанная активность, стремление к общению, усвоению нового, происходящим событиям, напрямую не затрагивающим больного. Речь становится лаконичной, часто стереотипной, бедной. Эмоциональные проявления уплощаются, обедняются, преобладает безразличие или реакции протеста, реже дисфория. Симптоматика мерцает как в сторону «просветления» («люцидные окна»), так и в сторону ухудшения (утяжеления), реже – перехода в среднюю степень оглушения.

Именно «люцидные окна» в легком оглушении в сочетании с делирием создают красочное многообразие клинических проявлений, в котором меняются продуктивная психотическая симптоматика (иллюзии, галлюцинации, вторичный бред и психомоторное возбуждение на фоне страха, тревоги) на периоды разной продолжительности (минуты, часы, сутки) вялости, аспонтанности, безразличия на фоне временной дезориентировки и других симптомов клиники оглушения. И таких смен может быть несколько в течении дня, особенно в ночные часы, когда преимущественно появляются клинические проявления делирия, а днем преобладает клиника легкого оглушения.

Для полноты клинико-синдромального анализа состояния спутанности (хотя автор сам относит его к делирию) приведем классическую картину делирия.

Ведущие симптомы делирия – дезориентировка во времени, ситуации, окружающей обстановке при сохранении ориентировки в собственной личности, растерянность, отрешенность от реальной обстановки, обилие иллюзий, истинных зрительных галлюцинаций, расстройства осмысления. Обязательные симптомы: эмоциональное напряжение (тревога, боязнь, страх), острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовое возбуждение, отмечается частичная амнезия, как реальных событий, так и галлюцинаторных и бредовых переживаний. Нередки вегетовисцеральные симптомы. Из факультативных симптомов наиболее часты слуховые и тактильные галлюцинации, сенестопатии.

Классический делириозный синдром развивается в три этапа (стадии). На первом этапе отмечаются изменчивость настроения, говорливость, психическая гиперестезия, расстройства сна. Нарастают суетливость, многоречивость, беспокойство, общая возбудимость, усиливаются колебания настроения от приподнятого до раздражительного к тревоге и ожиданию беды. Появляются наплывы образных, четких воспоминаний, чувственно ярких представлений. Помимо затруднения засыпания и поверхностного сна характерны яркие сновидения неприятного содержания.

На втором этапе присоединяются иллюзорные расстройства, преимущественно парейдолические иллюзии. Резко усиливаются гиперестезия, лабильность аффекта, нарастает дезориентировка во времени, ситуации. Личностно значимыми становятся иллюзорные переживания по сравнению с реальным миром. Симптоматика колеблется, утяжеляясь в ночные часы, а в дневное время возникают светлые промежутки (“люцидные окна”). Расстройства сна становятся все более выраженными и продолжительными, при засыпании возникают гипнагогические зрительные галлюцинации.

В третьей стадии ведущее место занимают зрительные истинные галлюцинации при аллопсихической дезориентировке (во времени и месте) и сохранении ориентировки в собственной личности. Зрительные галлюцинации воспринимаются больным среди реальных предметов и сливаются с ними, но постепенно заменяются сценopodobными галлюцинациями, все больше вытесняя реальность и замещая ее. Поведение и высказывания отражают галлюцинаторные переживания, острый чувственный бред, порождая тревогу, страх, психомоторное возбуждение. На высоте делирия довольно часто, помимо зрительных, присоединяются слуховые, гаптические, обонятельные галлюцинации. Мимика экспрессивна, соответствует содержанию галлюцинаций, бреда, аффекта. Преобладающими эмоциями становятся страх или тревога, реже – депрессия. Мышление и речь непоследовательны, нередко приобретают черты бессвязности. К вечеру симптоматика резко усиливается за счет наплыва галлюцинаций, острого чувственного бреда, нарастает возбуждение, иногда с агрессивностью или аутоагрессивностью. К утру больные забываются патологическим сном, похожим на оглушение.

Вслед за третьей стадией может возникнуть профессиональный либо мусситирующий делирий, что свидетельствует об утяжелении симптоматики, особенно прогностически неблагоприятным признаком является переход в мусситирующий делирий.

У пожилых пациентов при наличии различных соматических и неврологических заболеваний с нарастанием когнитивных расстройств вплоть до синдрома деменции при сочетании делирия с обнубиляцией происходит упрощение и обеднение продуктивной симптоматики и преобладание периодов обнубиляции, что «усиливает» впечатление о степени выраженности синдрома деменции [7]. Данная диагностическая ошибка в оценке выраженности деменции приводит не только к неправильной клинической и терапевтической тактике и стратегии, но и может отрицательно сказаться на социальных и правовых правах гражданина.

В качестве иллюстрации важности компетентности и ответственности врача при диагно-

стике легкого оглушения приведем два казуса.

Пациент 32-х лет перенес закрытую черепно-мозговую травму с выключением сознания (кома – сопор – оглушение) в течение 30 часов. На вторые сутки встал самостоятельно встать, бродил по коридорам, путал палаты, этажи, койку. В течение недели относительно освоился в отделении, охотно встречался с родными и знакомыми, звонил по телефону, отдавал распоряжения, но часто не последовательные и противоречивые. По тесту MMSE – легкая деменция. На третьей неделе по настоянию пациента был выписан с рекомендациями лечения у невролога в поликлинике. Через месяц после ЧМТ пациент с родственниками обратились за консультацией к психиатру в связи с когнитивными (интеллектуальными) затруднениями, возникающими преимущественно при вмешательстве в виде ошибочных распоряжений в собственной частной компании. Синдромальный диагноз – ундулирующее легкое оглушение. Совместные с неврологом лечебно-реабилитационные мероприятия позволили компенсировать и адаптировать имеющиеся ранее когнитивные и поведенческие расстройства. Катамнез: через 6 и 12 месяцев подтвердили благоприятный прогноз, социальную и личностную адаптацию.

Пациентка 68-ми лет, страдающая гипертонической болезнью 2-3 стадии, вызвала скорую помощь в связи с гипертоническим кризом (АД 210/120). Ей была оказана неотложная помощь. После отъезда скорой помощи соседи привели нотариуса, который оформил дарственную на квартиру на мало знакомых лиц. Через 4 часа вновь возник гипертонический криз, также купированный врачом скорой помощи. На следующий день пациентку стали выселять из трехкомнатной квартиры. Обратилась к адвокату, плохо помнила и не могла объяснить проведенные гражданские действия. Адвокат обратился к психиатру-консультанту. Была поднята медицинская документация врача скорой помощи, который отметил в соматическом статусе в том числе и состояние оглушения, что позволило доказать в суде недееспособность пациентки.

Следовательно, знание и признание существования клиники легкого оглушения (обнубиляции), как кратковременного, ундулирующего или затяжного течения, его клинического значения для лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет сохранить личностный, социальный и гражданско-правовой статус пациента, и одновременно свидетельствует о высокой компетентности и ответственности врача перед пациентом и гражданским обществом.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т./ Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. 3-е изд., испр. и доп. М.: Медицина, 2003. Т.1. 744 с.

2. *Кольхалов И.В.* Психозы позднего возраста // Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2011 С. 145-194.
3. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. СПб.: Аддис, 1994. 300 с.
4. Острый и подострый периоды черепно-мозговой травмы (клиническая классификация и синдромология, построение диагноза и оказание неотложной помощи): учебно-методические пособие / Под ред. академика РАМН Г.П. Котельникова и проф. Г.Н. Носачева.- Самара: ООО ИПК «Содружество», ГОУ ВПО «СамГМУ», 2005. 128 с.
5. Патология сознания. Диагностика и оказание неотложной помощи: учебно-методическое пособие для врачей догоспитального этапа и студентов старших курсов. / Г.Н. Носачев, В.С. Баранов, И.Г. Носачев и др. Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002. 76 с.
6. Неврология: национальное руководство. // Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцова, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1040 с.
7. *Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Бурдаков В.В., Романов Д.В., Дубицкая Е.А.* Органические психические расстройства (психоорганический синдром). Самара, 2008. 290 с.

**EASY STUN (OBNUBILATION):  
CLINIC, COMPETENCE, RESPONSIBILITY**

© 2015 G.N. Nosachev<sup>1</sup>, I.G. Nosachev<sup>1</sup>, E.A. Dubitskaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Samara State Medical University

<sup>2</sup> Samara Psychoneurology Center

The article deals with the clinic of easy to stun (obnubilate), symptomatic and methodological analysis on the basis of the criteria of K. Jaspers. The authors discuss the need for the return of this syndrome in the modern clinical findings and the questions of competence and responsibility of doctors of different specialties in the diagnosis of obnubilation.

*Keywords:* obnubilation, clinic, competence, responsibility.

---

*Gennady Nosachev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Psychiatry, the Medical Consultant of the Clinics of Samara State Medical University.*

*E-mail: nosachev.g@mail.ru*

*Igor Nosachev, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology. E-mail: jpl2259@yandex.ru*

*Ekaterina Dubitskaya, Candidate of Medical Sciences, Deputy Chief Physician of the Samara Psychoneurological Center. E-mail: megre66@yandex.ru*