

СИНДРОМЫ ПОМРАЧЕНИЯ СОЗНАНИЯ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ И ИХ ФАРМАКОТЕРАПИЯ



Материалы к беседе
с нейрореаниматологами
НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко РАМН

31 мая 2010 года

О.С.Зайцев

*Институт нейрохирургии имени
Н.Н.Бурденко РАМН*

E-mail: Ozaitsev@nsi.ru

Определение

Определить нельзя

[W.Mayer-Gross, 1960; Г.В.Морозов, 1988; А.С.Тиганов, 1999]

Грубое нарушение отражения реального мира: и во внутренних связях (абстрактное познание), и во внешних (чувственное познание)

[А.В.Снежневский, 1983]

Синдромы нарушенного сознания, протекающие с преобладанием продуктивных расстройств – иллюзий, галлюцинаций, бреда, автоматизмов (в отличие от синдромов угнетения-выключения, при которых доминируют признаки выпадения)

[Т.А.Доброхотова, О.С.Зайцев, 1998]

Синонимы

Продуктивные (психотические) расстройства сознания;
Термины «спутанность», «делирий» являются не синонимами, а вариантами

Критерии диагностики помрачения сознания [K.Jaspers, 1973]

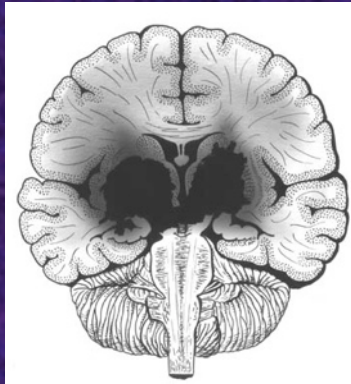
1. **Отстраненность** (Abkehr) от реальности, отрывочность и ослабление (вплоть до отсутствия) ее восприятия и понимания;
2. **Дезориентировка**: аллопсихическая (в окружающем) и аутопсихическая (в собственной личности);
3. **Бессвязность** всех психических процессов (не только мышления и речи, но и поведения и эмоций);
4. **Отсутствие запоминания**, полная или частичная амнезия на период психоза

Синдромы нарушения сознания

[по А.С.Шмарьяну, 1948, 1949; М.О.Гуревичу, 1948;
Т.А.Доброхотовой и О.С.Зайцеву, 1998]



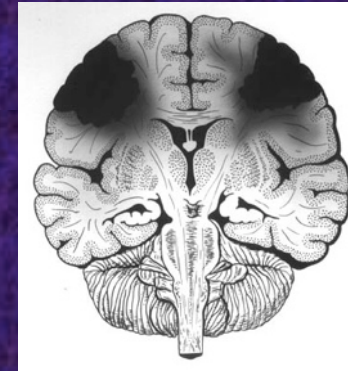
Уровни преимущественного поражения мозга (острый период ЧМТ: клинические данные + МРТ)



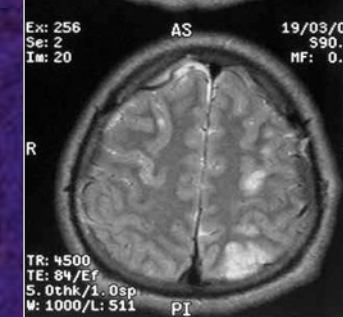
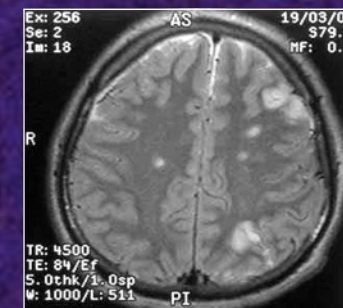
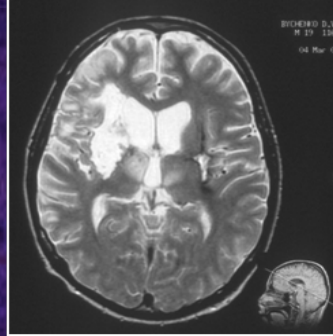
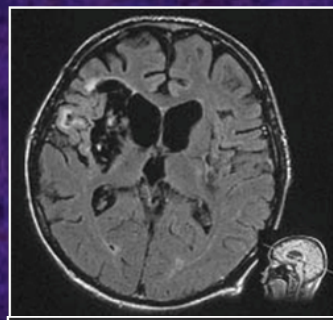
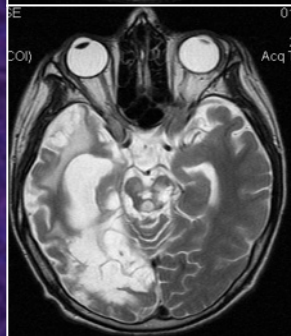
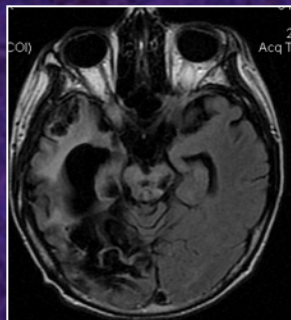
Подкорково-диэнцефальный,
орально-стволовой



Подкорковый



Корковый,
корково-подкорковый



Затяжные расстройства сознания – главная особенность современной нейротравматологической клиники



Посткоматозные
бессознательные состояния



Спутанность сознания

Классификация

1. По клиническим признакам: делирий, онейроид, сумеречное состояние сознания, аменция (спутанность с преобладанием продуктивных расстройств)
2. По отдельным патогенетическим механизмам: интоксикационные (чаще – делирий), дезинтегративные (чаще – спутанность), эпилептическое (чаще – сумерки, автоматизмы), эндогенные (чаще – онейроид), стрессовые (чаще – аффективно-суженное сознание с грубыми истероподобными проявлениями)
3. По преобладающему поражению мозговых структур: левополушарные (чаще – сумерки, автоматизмы, речедвигательная спутанность); правополушарные (чаще – онейроид, сновидные расстройства, амнестико-конфабуляторная спутанность), неспецифические (делирий)
4. По преобладающему поражению медиаторных систем (холинолитические, катехоламиновые)

Пространственное распределение когерентного α -ритма ЭЭГ на разных уровнях симптоматики

[Гриндель О.М., Романова Н.В., Зайцев О.С. и др., 2006]

Преморбидный
психический уровень

Пограничные
психические нарушения

Когнитивные + эмоц.-
волевые расстройства

Дезинтегрированное
сознание

Угнетенное сознание

Восстановление картины
связей, в лобных областях
– в виде «конверта»

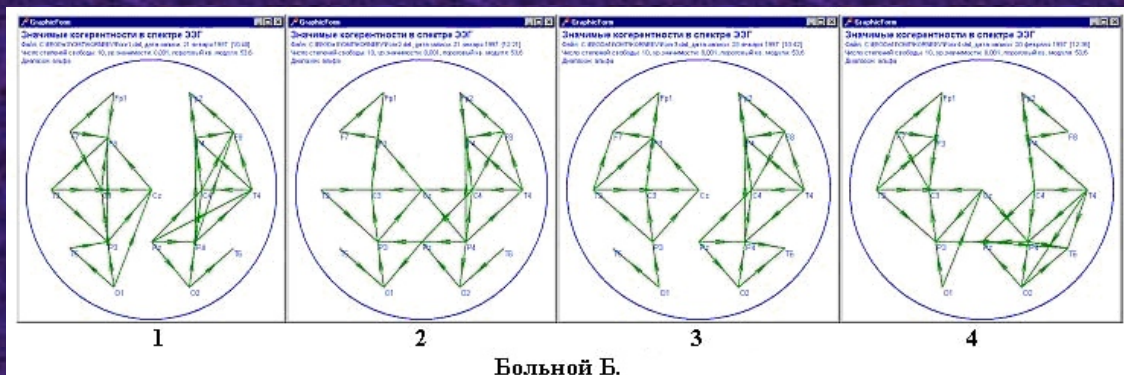
Восстановление межполушарных
связей в теменно-височно-
затылочных областях, остающееся
разобщение передних отделов

Функциональное
разобщение полушарий



Динамика межполушарной когерентности α -ритма ЭЭГ на фоне лечения семаксом

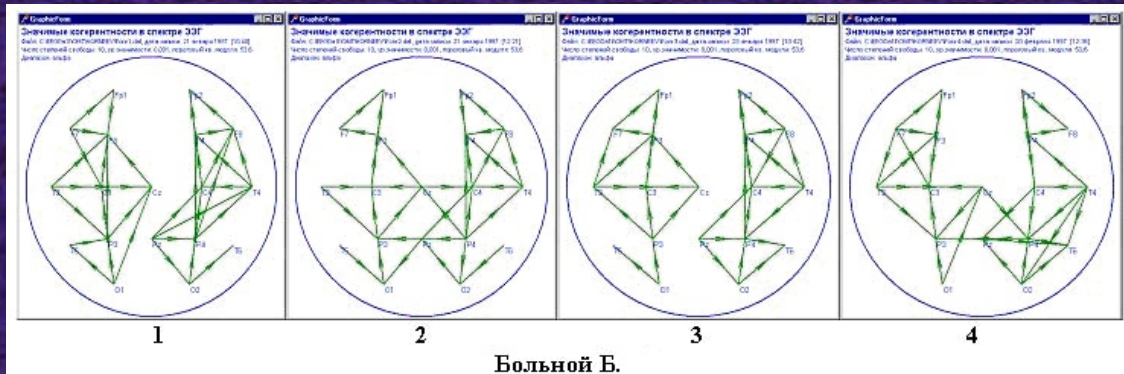
Динамика межполушарной когерентности α -ритма ЭЭГ на фоне лечения семаксом



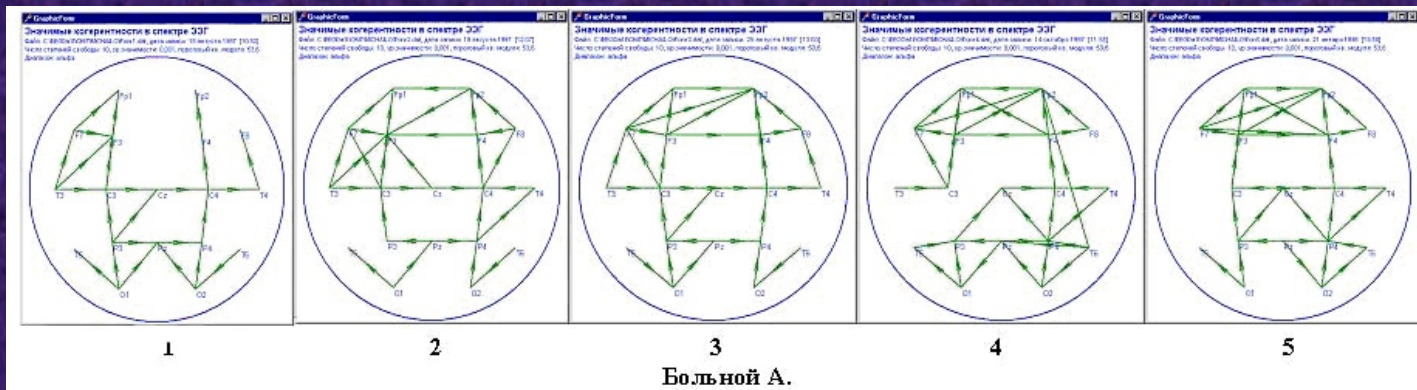
семакс

Выход из угнетенного сознания в дезинтегрированное

Динамика межполушарной когерентности α -ритма ЭЭГ на фоне лечения семаксом



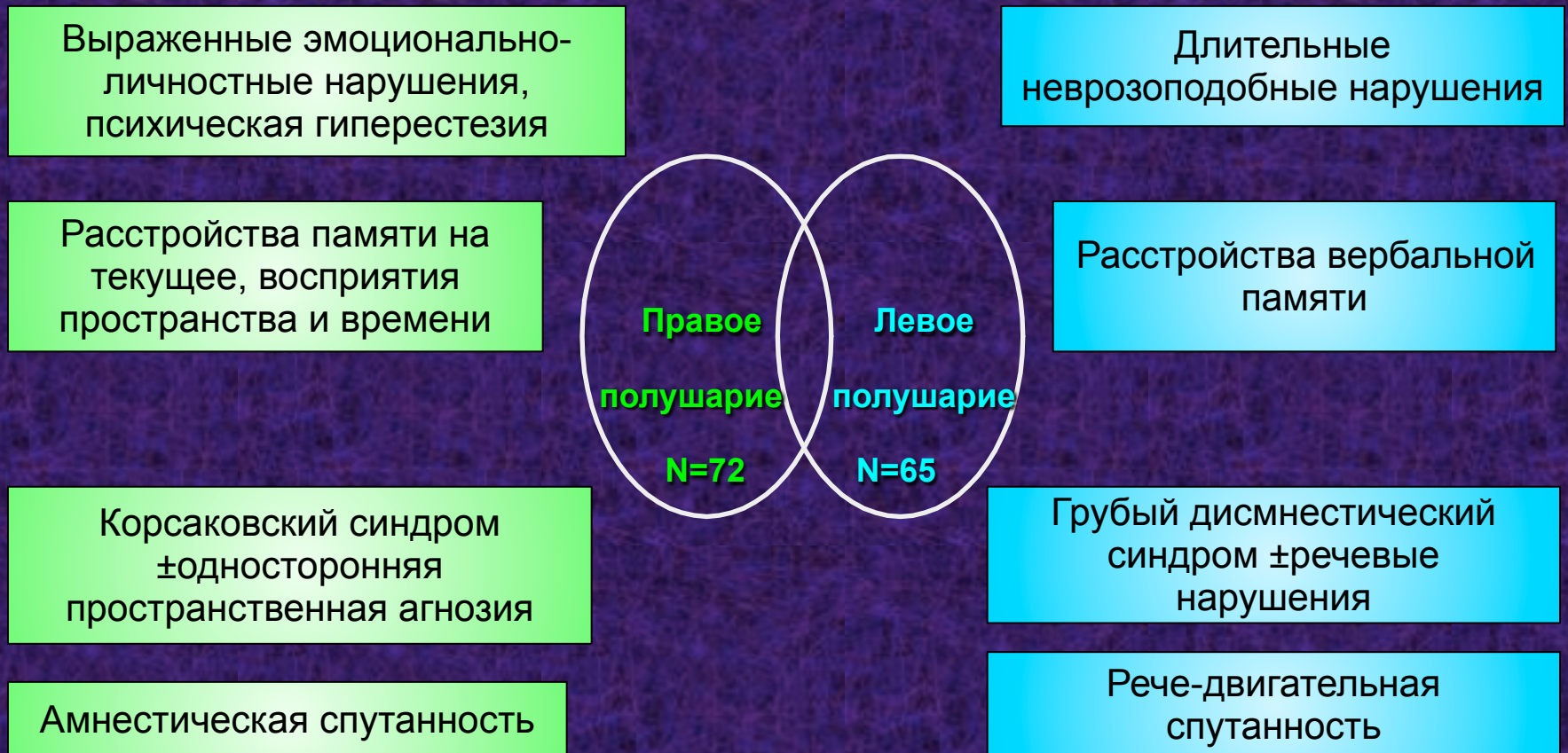
Выход из угнетенного сознания в дезинтегрированное



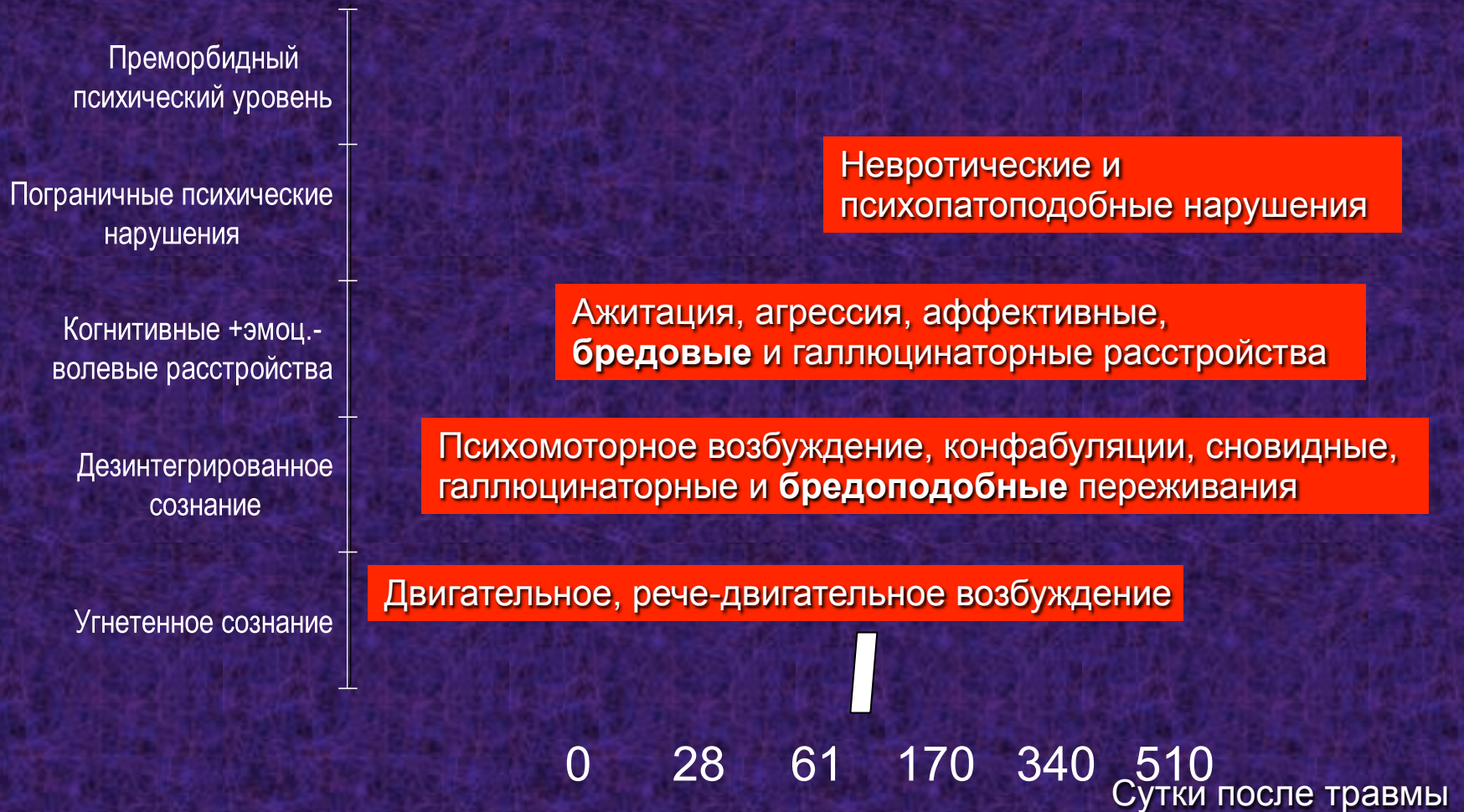
Выход из дезинтегрированного сознания (корсаковский синдром) в ясное

Сторона преимущественного повреждения мозга и особенности психопатологической симптоматики

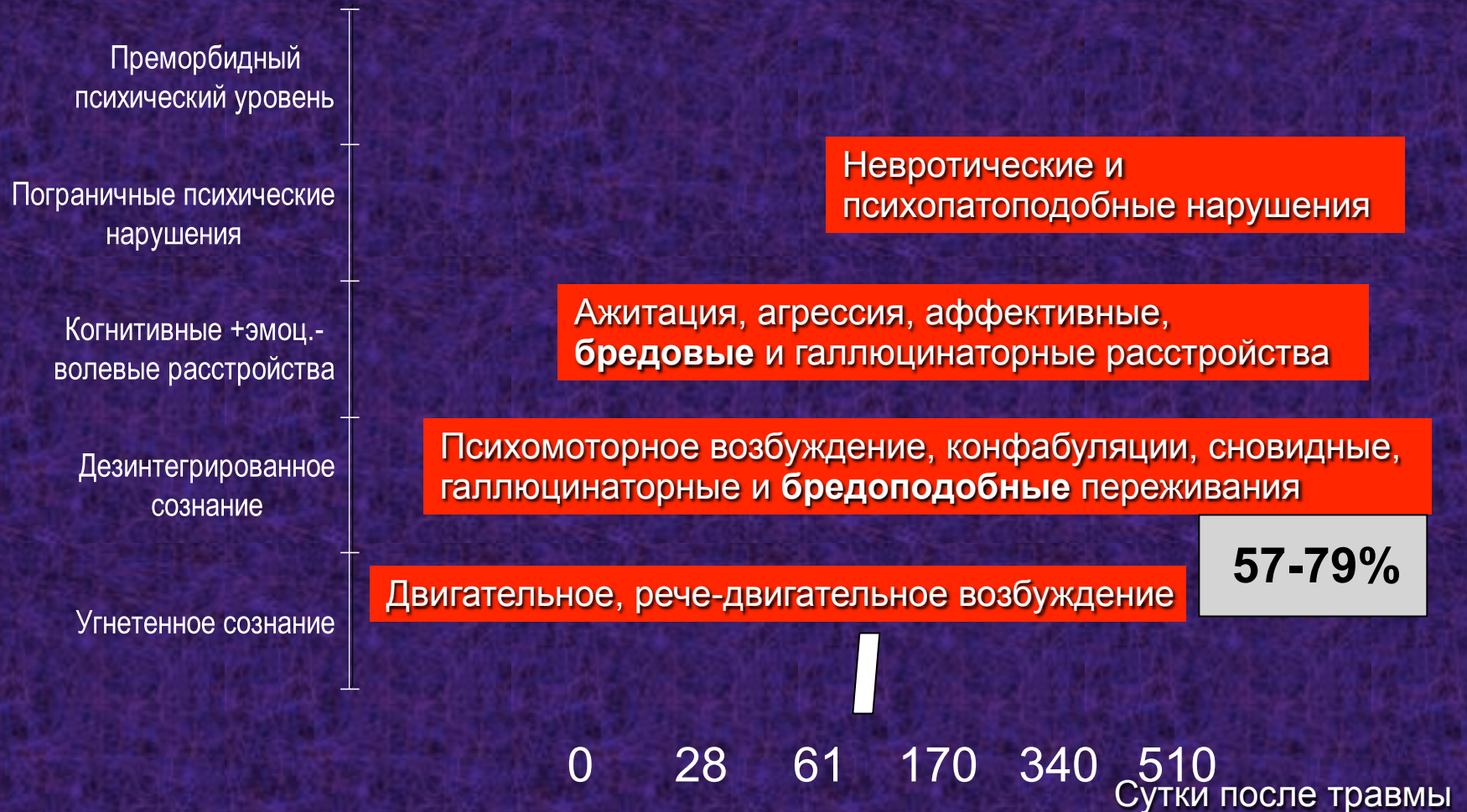
(по данным анализа основной группы без наблюдений с симметричным и глубинным подкорковым, орально-стволовым поражением, по О.С.Зайцеву, 2004)



Продуктивные нарушения на разных уровнях симптоматики



Продуктивные нарушения на разных уровнях симптоматики



Дифференциально-диагностические критерии синдромов помрачения сознания

[по В.Д.Менделевичу, 1997, со значительными изменениями]

	Делирий	Онейроид	Сумеречное расстройство	Спутанность
Нарушение ориентировки	В месте, времени	В окружающем, собственной личности (часто – двойная)	Определяется косвенно по поведению	На высоте (при возможности определить) – тотальная
Расстройства восприятия	Истинные зрительные и слуховые иллюзии и галлюцинации	Фантастические снопоподобные, часто – псевдогаллюцинаторные картины	Редки, отрывочны, определяются только по внешним признакам	Бедны, фрагментарны; при некоторых видах – «жизнь в прошлом»
Бред	Нестойкий, вторичный по отношению к обманам восприятия	Идеи величия, постороннего воздействия, «борьбы добрых и злых сил»	Возможны идеи преследования	Отдельные бессвязные бредаподобные высказывания
Эмоции, преобладающий аффект	Тревога, страх	Восторг, «зачарованность»	Отсутствие или дисфория	Отсутствие или растерянность, частая смена
Амнезия	Частичная	Частичная	Тотальная	Тотальная

Делирий

от лат. *Delirium*: «безумие, помешательство», от *Delirare* «отклоняться от прямой линии; безумствовать, говорить вздор, нести чепуху»;
de- «отделение, устранение, недостаток» + *lira* «гряда, борозда».

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

галлюцинаторное помрачение сознания с преобладанием истинных зрительных, реже – слуховых и тактильных иллюзий и галлюцинаций; часто сопровождается тревогой, страхом, образным бредом, двигательным возбуждением

Критерии диагностики:

- искаженное восприятие окружающего, дезориентировка, бессвязность восприятия, мышления и поведения, фрагментарное запоминание как окружающего, так и переживаний
- преобладание обманов восприятия, носящих «истинный характер» (локализуются в реальном пространстве, часто сходны с повседневными ощущениями, определяют соответствующее поведение)
- доминируют беспокойство, тревога, страх

Основные варианты:

начальный, abortивный, развернутый, профессиональный, мусситирующий

Виды делирия, упомянутые в различных словарях

1. делирий абортивный d. abortivum
2. делирий абстиненции d. abstinentiae
3. делирий алкогольный d. alcoholicum; син.: белая горячка, delirium tremens
4. делирий атропиновый d. atropinicum
5. делирий с бормотанием (мусситирующий)
6. делирий гипнагогический d. hypnagogicum
7. делирий без делирия d. sine delirio
8. делирий инициальный d. initiale; (при инфекциях: перед повышением температуры тела)
9. делирий инфекционный d. infectiosum
10. делирий истерический d. hystericum
11. делирий истощения d. exhaustionis
12. делирий кокаиновый d. cocainicum
13. делирий коллапса d. collapsus (при инфекциях: во время падения температуры тела)
14. делирий лихорадочный d. febrile (при инфекциях: в период повышенной температуры тела)
15. делирий люцидный d. lucidum; лат. lucidus ясный; син. Д. без делирия
16. делирий мусситирующий d. mussitans; син.: бред тихий, Д. с бормотанием
17. делирий онейроидный d. oneiroideum
18. делирий острый d. acutum.
19. делирий примордиальный d. primordiale;
20. делирий протрагированный d. protractum
21. делирий профессиональный d. professionale; син. бред занятий
22. делирий систематизированный d. systematisatum
23. делирий сосудистый d. vasculare
24. делирий старческий d. senile; син. пресбиофрения острая
25. делирий травматический d. traumaticum
26. делирий фармакогенный d. pharmacogenum;
27. делирий эпилептический d. epilepticum

Онейроид

от древне-греческого: ὄνειρος — сновидение, εἶδος — вид

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

грезоподобное помрачение сознания с преобладанием фантастических сноподобных, часто – псевдогаллюцинаторных (подстроенных, демонстрируемых) картин; часто сопровождается восторженностью, «зачарованностью», ощущением себя в центре «борьбы сил добра и зла»

Критерии диагностики:

- отстраненность от реальности, дезориентировка (часто – «двойная ориентировка»), отсутствие внешних признаков восприятия и мышления, фрагментарное запоминание окружающего, при гипермнезии на фантастические переживания
- преобладание обманов восприятия и патологических представлений, часто носящих псевдогаллюцинаторный характер (часто локализуются в фантастическом пространстве, определяются как «подстроенные», «демонстрируемые»), сопровождаются бредом величия, особого предназначения, воздействия
- доминируют оцепенение, восторженность, «зачарованность»

Основные варианты:

грезоподобный, фантастически-иллюзорный, экспансивный и депрессивный

Сумеречное состояние сознания

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

помрачение сознания с преобладанием автоматически выполняемой, производящей впечатление целенаправленной деятельности, на период которой не остается сколько-нибудь отчетливых воспоминаний

Критерии диагностики:

- отстраненность от окружающего, дезориентировка, сужение восприятия, мышления часто – на фоне внешне относительно упорядоченного поведения, отсутствие запоминания как окружающего, так и переживаний
- преобладание автоматической осуществляемой деятельности, не доходящей до сознания пациента
- доминируют безразличие, но может быть дисфория и агрессия

Основные варианты:

Люцидный (амбулаторный автоматизм), галлюцинаторно-бредовый (крайне редок)

Спутанность сознания

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

расстройство сознания с преобладанием бессвязности различных психических процессов (идеаторных, речевых, двигательных, перцептивных, мнестических, эмоциональных)

Критерии диагностики:

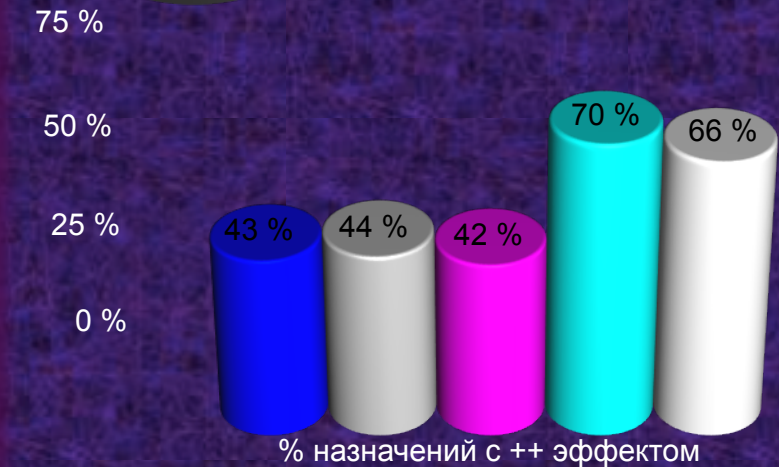
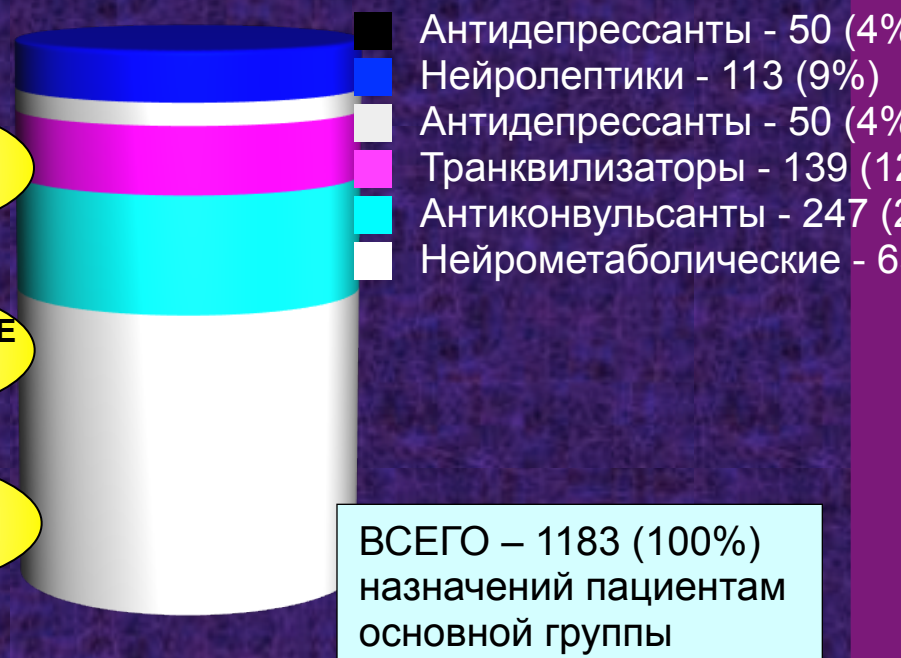
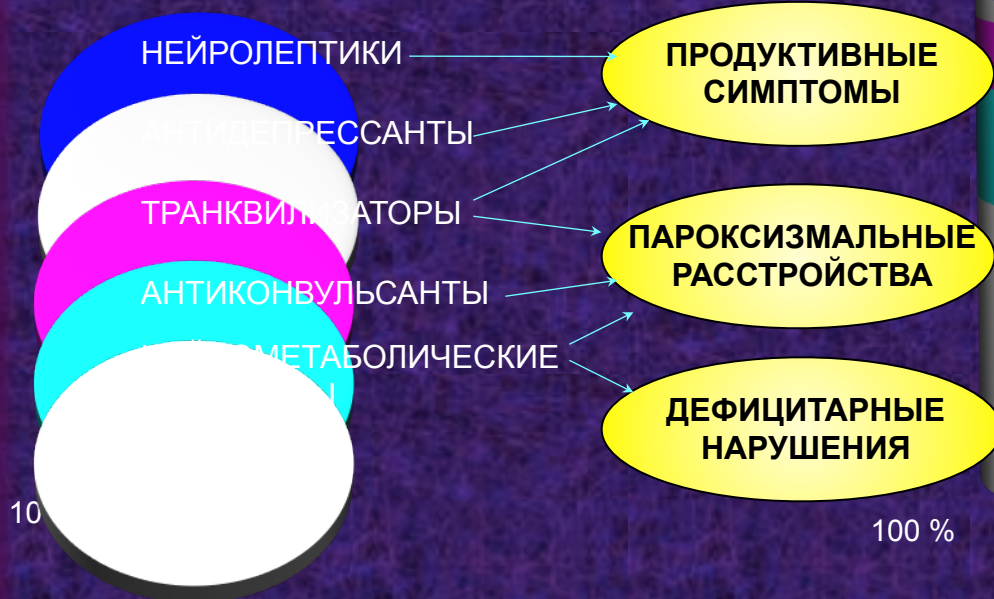
- ослабление (отрывочность) восприятия окружающего, дезориентировка, бессвязность мышления, речи, поведенческих и эмоциональных реакций, полное отсутствие запоминания
- фрагментарные обманы восприятия, часто – воспроизведение ситуаций из прошлой жизни (например, «сборы в дорогу»), привычной обстановки и действий
- доминируют растерянность, недоумение, смена аффектов, стереотипное беспокойство

Основные варианты:

с аспонтанностью, рече-двигательная, амнестическая, амнестико-конфабуляторная

Влияние психофармакотерапии на психопатологию

ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ



Принципы фармакотерапии [Левин О.С., 2006]

1. Применять только проверенные, хорошо изученные лекарственные средства;
2. Представлять себе ожидаемый клинический эффект;
3. Соизмерять ожидаемый клинический эффект и возможные побочные действия препарата;
4. Следовать от более безопасных к более эффективным;
5. Предоставить препарату достаточное время для проявления своей эффективности;
6. Предусмотреть возможность лекарственного взаимодействия;
7. Стремиться к максимально простой схеме лечения;
8. Проявлять осторожность при лечении детей и лиц пожилого возраста;
9. В некоторых ситуациях допустимо использовать плацебо;
10. Не следует допускать эффекта ноцебо

ПРИНЦИПЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ [Зайцев О.С., 2002]

1) АДЕКВАТНОСТЬ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА, ЕГО ДОЗИРОВКИ И ПУТИ ВВЕДЕНИЯ, УЧЕТ ВОЗМОЖНЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЭФФЕКТОВ

Принимаются во внимание:

- а) синдромальная характеристика психического состояния – выраженность и вид нарушений
- б) динамические особенности – длительность расстройств, суточные изменения, наличие пароксизмальности
- в) неврологическое и соматическое состояние больного
- г) индивидуальные особенности больного (возраст, вес, правшество-левшество, реакции на препараты и т.д.)

2) ПОСТЕПЕННОЕ НАРАЩИВАНИЕ ДОЗИРОВОК, ПРЕДПОЧТЕНИЕ МИНИМАЛЬНО ЭФФЕКТИВНЫХ ДОЗ – прекращение изменений терапии при первых признаках положительного эффекта; дальнейшие изменения – после периода времени, достаточного для заключения об отсутствии динамики и побочных эффектов

3) КОМПЛЕКСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ – одновременное назначение препаратов и немедикаментозного (в частности – психотерапевтического) воздействия

4) НЕПРЕРЫВНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ – лечение расстройств до полного их купирования, с вниманием к соблюдению пациентом предписанных доз и кратности приема, дальнейшей экспозицией для предотвращения рецидива, постепенным растянутым во времени прекращением терапии



- 1) Определить, что с больным
- 2) Решить, лечить или не лечить психотропными средствами
- 3) Выбрать препарат
- 4) Определить стратегию (начальная доза, возможность и темп ее наращивания и/или снижения, сроки отмены)

Терапия нейролептиками пострадавших с ЧМТ

Типичные

Атипичные

**Купирование
возбуждения
(седация)**

Хлорпромазин (Аминазин)
Левомепромазин (Тизерцин)
Промазин (Пропазин)
Хлорпротиксен (Труксал)

**Клозапин (Азалептин)
Кветиапин (Сероквель)
Оланзапин (Зипрекса)**

**Антипсихотическое
действие**

Галоперидол
(Сенорм, Галдол)
Трифуперазин
(Трифтазин, Стелазин)

**Рisperидон
(Рисполепт=Рисполикс)
Зипрасидон (Зелдокс)**

**Коррекция отдельных
идеаторных,
поведенческих и
невротических
нарушений**

Перициазин (Неулептил)
Перфеназин (Этаперазин)
Тиоридазин
(Сонапакс, Меллерил)
Алимемазин
(Терален, Тералиджен)
Сульпирид (Эглонил)

**Амисульпирид
(Солиан)**

При терапии атипичными нейролептиками достоверно чаще значительное улучшение (66% vs 40%, $p < 0,05$), реже побочные эффекты (27% vs 48%)

Эффективность нейролептиков при тяжелой ЧМТ

ВСЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ
113 назначений
63 (39%) пациентам

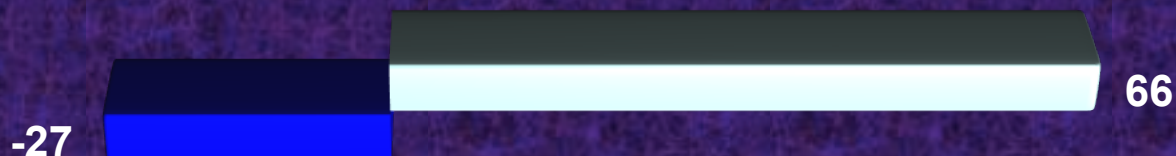
45%
побочные
эффекты

43%
значительное
улучшение

Типичные
(Аминазин,
Галоперидол,
Сонапакс,
Тизерцин,
Терален,
Неулептил)
-48



Атипичные
(Рисполепт=
Рисполюкс,
Сероквель,
Азалептин)
-27



Терапия транквилизаторами пострадавших с ЧМТ

Бензодиазепиновые

Другие

**Успокоение,
снижение
тревожности
± торможение**

Феназепам
Диазепам (Реланиум, Релиум,
Седуксен, Сибазон, Валиум)
Лоразепам (Лорафен, Ативан, Мерлит)
Клоназепам (Антелепсин, Ривотрил)
Оксазепам (Тазепам, Нозепам)
Хлордиазепоксид
(Элениум, Хлозепид)

**Мепробамат (Экванил)
Гидроксизин (Атаракс)
Фенибут (Ноофен)**

**Успокоение,
снижение
тревожности
без заметного
торможения**

Медазепам (Мезапам, Рудотель)
Алпразолам (Ксанакс, Кассадан,
Хелекс, Неурол, Алзолам)
Тофизопам (Грандаксин)

**Мебикар (Адаптол)
Этифоксин (Стрезам)
Афобазол**

При терапии мепробаматом и адаптолом реже побочные эффекты (25% vs 41%), при сопоставимой доле значительного улучшения (50% vs 40%)

Эффективность транквилизаторов при тяжелой ЧМТ

ВСЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ

139 назначений
98 (60%) пациентам

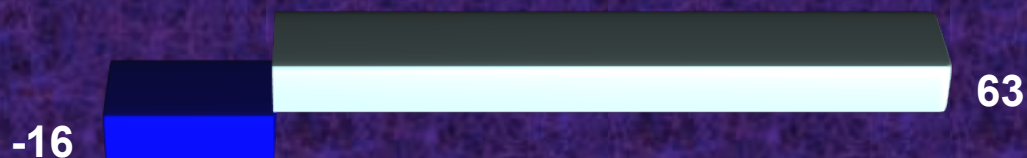
35%
побочных
эффектов

41%
значимого
улучшения

бензодиазепиновые
(феназепам,
диазепам, клоназепам,
нитразепам,
медазепам, алпразолам)



небензодиазепиновые
(мепробамат,
фенибут,
адаптол)



Терапия антиконвульсантами при тяжелой ЧМТ

**Купирование
пароксизмальной
симптоматики**

Нормотимическое действие

**Возможная профилактика
посттравматического
эпилептического синдрома**

1. БАРБИТУРАТЫ

Фенобарбитал (Люминал)
Бензобарбитал (Бензонал)

2. НЕБАРБИТУРОВЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ

а) основные

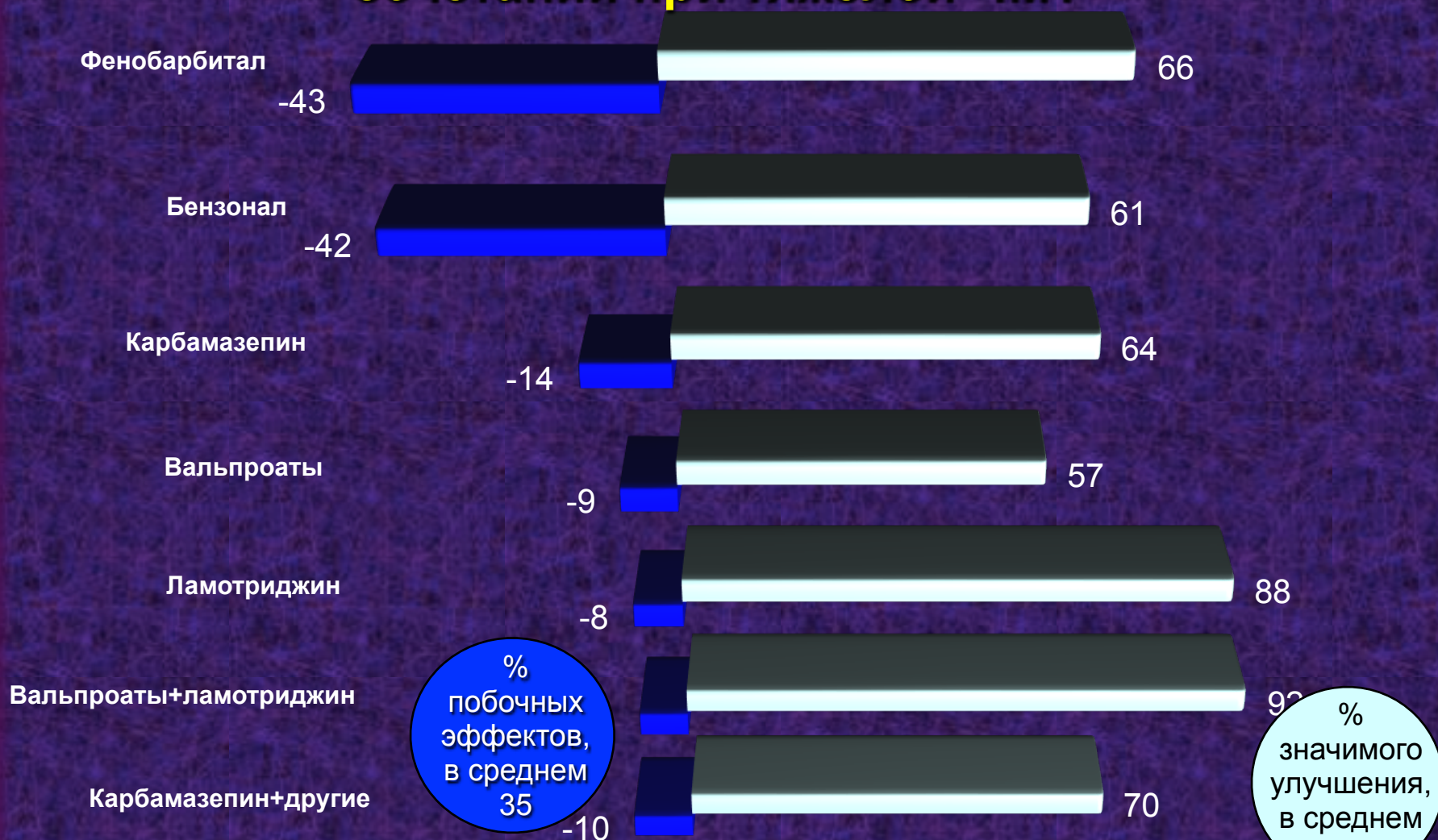
Карбамазепин (Тегретол, Финлепсин)
Окскарбамазепин (Трилептал)
Вальпроаты (Депакин, Конвулекс)
Фенитоин (Дифенин)
Ламотриджин (Ламиктал, Ламолеп)
Топирамат (Топамакс, Тореал)
Леветирацетам (Кеппра)

б) вспомогательные

Этосуксимид (Суксилеп)
Клоназепам (Антелепсин)

Барбитураты почти столь же эффективны как и другие основные препараты, но значительно чаще обнаруживают негативные побочные явления

Эффективность основных антиконвульсантов и их сочетаний при тяжелой ЧМТ



антиконвульсанты назначаются практически всем больным с тяжелой ЧМТ; на них приходится более 20% всех психофармакологических назначений – 247 из 1183

Отечественный опыт лечения нейрометаболическими средствами пострадавших с ЧМТ

НООТРОПЫ -

повышение эффективности психической деятельности, воздействие на интегративные функции мозга, стимулируя нейрометаболизм и защищая мозг от гипоксии

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ -

повышение двигательной и интеллектуальной активности, ускорение протекания психических актов

ОБЩЕМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ -

нейрометаболический эффект как часть общего действия на обмен веществ в организме

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ СРЕДСТВА -

улучшение церебральных функций, опосредованное гемодинамическими эффектами

Пирацетам (Ноотропил, Луцетам)

Фенотропил

Гаммааминомасляная кислота (Аминалон)

Пиритинол (Энцефабол, Пиридитол)

Меклофеноксат (Ацефен, Люцидрил)

Гопантенная кислота

(Пантогам, Кальция гопантенат)

Фенибут

Сиднокарб (Мезокарб)

Бемитил

Церебролизин, **Кортексин**,

Семакс, Глутаминовая кислота, Глицин

Наком, Леводопа (Допафлекс),

Амантадин сульфат (ПК-мерц)

Мемантин (Акатинол-мемантин)

Ипидакрин (Нейромидин, Амиридин)

Холиналфоцерат (Глиатилин)

Цитиколин (Цераксон)

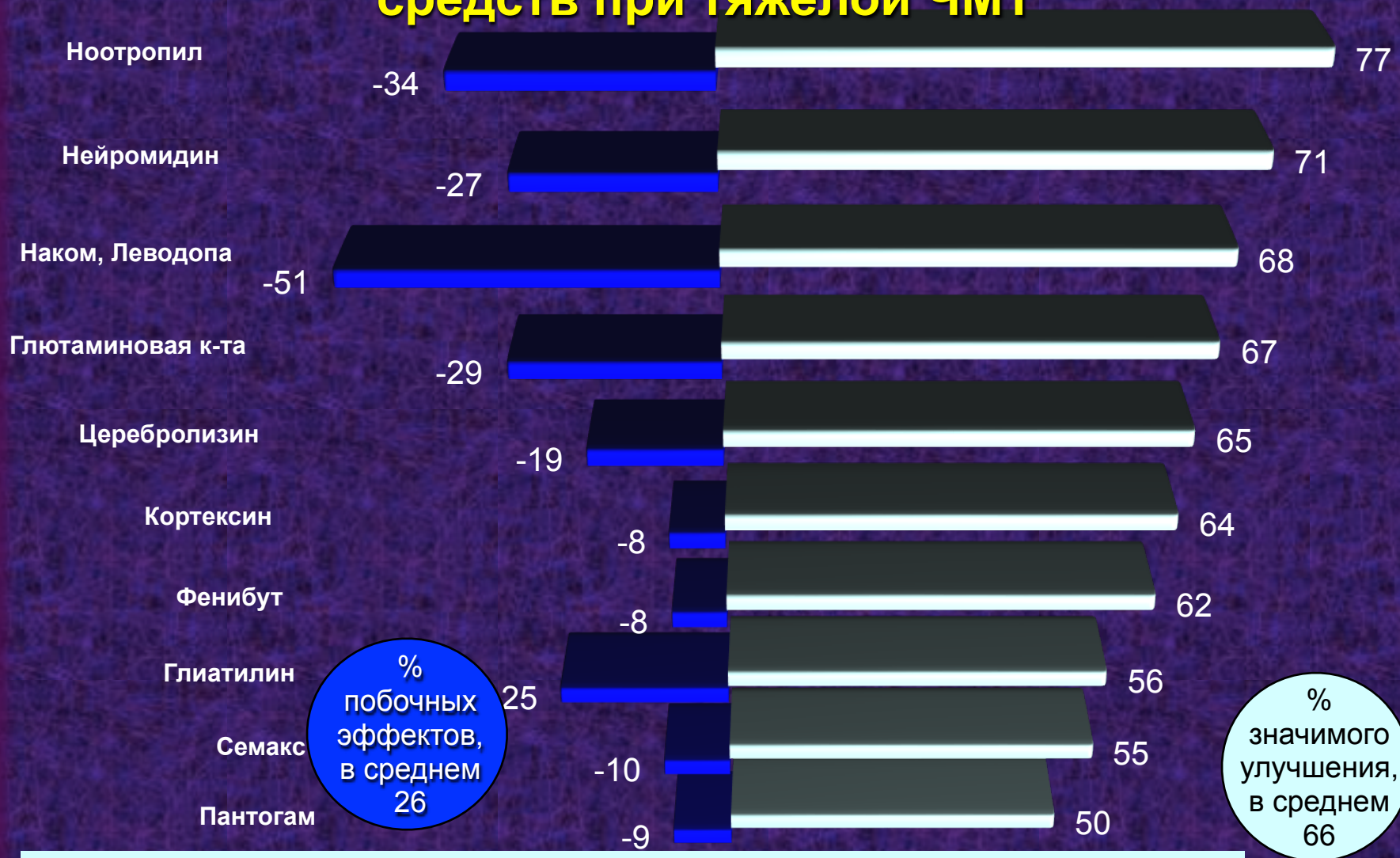
Винпоцетин (Кавинтон),

Гинко билоба (Танакан), **Ницерголин (Сермион)**

Циннаризин (Стугерон)

Дигидроэрготоксин (Вазобрал)

Эффективность основных нейрометаболических средств при тяжелой ЧМТ



НМС назначаются практически всем больным с тяжелой ЧМТ; на них приходится более 50% среди всех психофармакологических назначений – 634 из 1183

Эмпирический алгоритм лечения синдромов помраченного сознания

1. Установить и попытаться устранить или ослабить причину помрачения сознания;
2. Выбирать основной (начальный) препарат в зависимости от вида помрачения сознания: седативные ноотропы (фенибут) и транквилизаторы (клоназепам, диазепам) при делирии и спутанности сознания, нейролептики при онейроиде, антиконвульсанты при сумеречном состоянии сознания;
3. Предпочитать наиболее безопасные (например, атипичные нейролептики – сероквель и рисполепт), пусть даже не самые эффективные (из нейролептиков – галоперидол, азалептин) препараты;
4. Дождаться появления основного лечебного эффекта, только при его отсутствии повышать дозу, подключать более «сильные» препараты, использовать сочетание препаратов из разных групп



Ozaitsev@nsi.ru

О.С.ЗАЙЦЕВ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

E-mail: Ozaitsev@nsi.ru

Зайцев О.С. Психопатология тяжелой ЧМТ. –
Медпресс-информ. – Москва. – 2011. – 336 с.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

E-mail: Ozaitsev@nsi.ru

Зайцев О.С. Психопатология тяжелой ЧМТ. –
Медпресс-информ. – Москва. – 2011. – 336 с.

