

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ КОРСАКОВСКОМ СИНДРОМЕ КАК ОТРАЖЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА

Ураков С.В., Зайцев О.С., Доброхотова Т.А.

НИИ нейрохирургии имени акад. Н.Н.Бурденко РАМН, Москва

Корсаковский синдром (КС) описан С.С.Корсаковым при алкогольном параличе. В последующем был отмечен при различных заболеваниях, в частности, при черепно-мозговой травме (ЧМТ). Представляет собой характерную совокупность симптомов грубых нарушений психической деятельности.

Изучение КС в отечественной литературе имеет богатую традицию [1, 2, 4, 8, 10]. Для его обозначения использовались различные термины: «истинный КС», «амнестический», «корсаковоподобный», «классический КС» и т.д [4, 6, 10]. Различия в описании структуры, клинических вариантов связаны, по-видимому, с изучением больных с КС неодинаковой этиологии и разной специализацией исследователей (психиатры, невропатологи, психологи, реабилитологи).

Несмотря на многочисленность публикаций о КС, остаются частные и общие вопросы, требующие более детального рассмотрения. До сих пор нет единого мнения об основном расстройстве при КС.

В целом по тому, какое расстройство при КС считают основным, мнения авторов можно разделить на 3 группы: 1) нарушение памяти на текущее; 2) нарушение мышления; 3) нарушение пространственно-временной организации психической деятельности.

В разнообразии мнений об основном расстройстве при КС наиболее убедительными представляются работы М.Я.Серейского, L.Van der Horst, H.Ehrenwald, K.Kleist, П.М.Зиновьев, Т.К.Кашкаровой, Т.А.Доброхотовой. Эти авторы в качестве основного нарушения при КС рассматривали нарушения восприятия пространства и времени.

На расстройства восприятия пространства и времени у больных с нарушениями памяти указывали и другие авторы, хотя они неодинаково понимали взаимоотношения между этими расстройствами и слагаемыми синдрома.

Цель работы: 1) Изучить клиническую картину КС, дополнив клинко-психопатологический метод количественными характеристиками: а) правшества-левшества и б) восприятия времени. 2) Расширить представления о пространственно-

временной дезорганизации психической деятельности как основном расстройстве при КС.

Основным методом был клинико-психопатологический. По модифицированной методике (Т.А.Доброхотова, Н.Н.Брагина, 1994) определяли профиль функциональной асимметрии пострадавших. Кроме того, 55 больным методом дихотического прослушивания (Е.П.Кок и др., 1971) уточнялась асимметрия слуха, тестами на оценку и воспроизведение временных интервалов (О.С.Зайцев и др., 1997) исследовалось восприятие времени.

Основным принципом отбора клинических наблюдений было наличие 6 основных компонентов КС: 1) нарушений памяти на текущее; 2) ретро-, кон-антероградной амнезий; 3) дезориентировки в окружающем; 4) нарушений восприятия пространства и времени; 5) эмоционально-личностных изменений (в виде эйфории, благодушия, снижения инициативы, анозогнозии); 6) ложных воспоминаний (конфабуляций).

Наличие этих составляющих в структуре типичного КС согласуется в целом с данными многих исследователей, но в литературе не всем компонентам уделялось должное внимание.

На основании динамического клинического изучения 144 больных с посттравматическим КС выделены и описаны его основные компоненты, установлены закономерности их регресса. Предложены четкие критерии различения вариантов КС по структуре и течению. Эти варианты сопоставлены с характеристиками травмы и индивидуальными особенностями пациентов.

Практически у всех изученных больных КС формировался на фоне спутанности сознания, следующей после комы - у 75%, сопора или глубокого оглушения - 25%. Положение о такой последовательности совпадает с данными большинства исследователей: КС развивается после угнетения-выключения сознания и является переходным от нарушенного сознания к ясному.

Среди изученных больных преобладали правши - 74 (51%), отдельные признаки левшества выявлены у 21 (15%), левшами были 22 пациента (15%). Установить правшество-левшество оказалось невозможным у 27 больных (19%).

По виду повреждения мозга различались: 1) диффузные поражения - у 84 пациентов (58%), 2) очаговые повреждения - у 60 (42%). Преимущественно правостороннее поражение наблюдалось в 85 наблюдениях (59%), левостороннее - в 55 (38%), оба полушария были поражены в одинаковой степени у 4 пациентов (3%).

Уровень преимущественного повреждения расценен как корково-подкорковый у 78 больных (54%), корковый - у 41 (28%), подкорково-диэнцефальный - у 25 (17%).

Большинство больных (87%) прослежены начиная с периода угнетения сознания. Светлый промежуток был лишь у 10 больных, в остальных наблюдениях угнетение сознания наступало сразу. Кома длительностью от нескольких часов до 30 суток (в среднем $5,9 \pm 2$ суток) отмечалась у 75% больных в остром периоде ЧМТ; в остальных случаях (25%) установлены сопор или глубокое оглушение.

При клиническом анализе КС и его отдельных компонентов получило подтверждение положение, что основным расстройством при КС является пространственно-временная дезорганизация психической деятельности [2, 3, 6, 10]. Ее проявления можно было обнаружить практически во всех составляющих КС. Это обстоятельство особо четко вырисовывается при приводимом ниже описании традиционного психопатологического разбора каждого симптома.

Фиксационная амнезия может быть представлена как не формирование образов событий, происходящих в настоящем времени. У больных отсутствовали четкие отметки, обозначающие место и время реализации события, отраженного в каждом конкретном образе. Это выражалось в том, что через секунды - минуты у пациентов не было никаких воспоминаний о только что случившемся событии. В высказываниях и поведении больных не было преемственности прошлого и текущего. Они жили только данным моментом, откликаясь лишь на фрагменты, произвольно выхваченные из происходящего вокруг них. Неформирование образов в настоящем времени сочеталось как бы с «уходом» больных в свое прошлое, которое становилось актуальным в ущерб переживанию настоящего.

Ретроградная амнезия - неспособность воспроизведения событий, случившихся до ЧМТ. Предшествовавшие травме события нескольких лет, прожитые и прочувствованные больными, выпадали из их сознания. Пациенты не могли в своих действиях и рассуждениях опереться на ближайшее личное прошлое, адекватно использовать его. В сознании больных оказывалось невозможным отнесение прошлых событий к тем отрезкам пространства и времени, в которых они происходили. «Закрытое» амнезией прошлое время, как бы опустошалось, освобождалось от нанесенных на разные его отрезки образов. Выступала примечательная закономерность в регрессе этой амнезии: восстановление (воспоминание) шло от самых дальних от настоящего времени событий, затем - событий последующего (ближнего) времени.

Кон-антероградная амнезия - отсутствие собственных воспоминаний на период нарушенного, а затем - формально ясного сознания. Восстановления памяти на период, охваченный этими амнезиями, как правило, не наблюдалось. Обо всех событиях, происходивших в этом отрезке времени, пациенты узнавали со слов окружающих.

Дезориентировка и нарушение восприятия пространства и времени. У больных была грубо нарушена способность восприятия и осознания места и времени их пребывания. В палате они не различали свою кровать от кровати других больных, ложились на чужие койки; брали предметы с чужих тумбочек; не находили туалета, часто направляясь в противоположную сторону. Эти нарушения касались не только реальной сейчас для больного ситуации, но и привычных для него мест и событий. Больные не могли описать знакомые места из своего личного прошлого (например, свои квартиру, двор, рабочее место). Не понимали, где находятся и по какой причине. Идентифицировали себя с теми, кем они были во времени до начала периода, охваченного ретроградной амнезией. Путали текущие год, месяц, число и время суток.

Эмоционально-личностные изменения. Одни больные были эйфоричными и благодушными, другие - аспонтанными и безразличными. Явным было нарушение связи прошлого с настоящим. Оно проявлялось в не критичности - неосознании собственной беспомощности, очевидной для окружающих. В основе игнорирования (неосознания) гемиплегии, переломов, слепоты и т.д. лежит нарушение восприятия интраперсонального пространства. Поведение больных было «полевым», т.е. определяющимся сиюминутной обстановкой, не учитывающим только что произошедшее. Отсутствовали целенаправленность поведения, планы, направленные в будущее (в частности, больные не обнаруживали заинтересованности в реабилитации и лечении, скорейшем восстановлении, возвращении к трудовой жизни).

Ложные воспоминания (конфабуляции, псевдореминисценции) могут быть представлены как произвольное перемещение прошлых (случившихся до травмы) событий, как во времени, так и в пространстве. Содержание конфабуляций составляли обычно давние события, пережитые именно данным больным до начала ретроградной амнезии. Пациенты узнавали в новых (ранее им незнакомых) лицах прежних знакомых (ложные узнавания), вели себя соответственно прошлой ситуации до амнезированного отрезка. То есть больные как бы жили в своем прошлом, практически не упоминая ни о периоде, охваченном амнезией, ни о настоящей ситуации.

Применены два дополнительных метода, характеризующих пространственно-временную дезорганизацию при КС. Каждый больной исследовался многократно, что

позволило получить представления о динамике изменений показателей и сопоставить их с течением КС.

Первый метод - дихотическое прослушивание традиционно - применяется для получения одной из количественных характеристик функциональной асимметрии мозга у здоровых и больных [9]. Главным показателем является коэффициент правого уха (Кпу), отражающий доминантность по речи одного из полушарий.

У изученных больных при максимальной выраженности всех слагаемых КС в подавляющем большинстве случаев Кпу приближался к 100%. Это объяснялось невоспроизведением (игнорированием) слов, предъявляемых на левое ухо. Регрессу КС сопутствовало постепенное уменьшение Кпу. При этом приближение Кпу к нормативным показателям коррелировало с полным регрессом КС и восстановлением психической деятельности больных (в частности, точным становились оценка и воспроизведение временных интервалов). При хроническом течении КС показатели Кпу оставались патологически высокими (95-100%) и не менялись на протяжении длительного (1-3 года) времени.

В 8 наблюдениях Кпу, бывший при первых исследованиях 60-100%, при удовлетворительном восстановлении больных становился близким к нулю или отрицательным. Эти больные обнаруживали также другие (помимо отрицательного Кпу) признаки левшества. Данный факт свидетельствует о том, что метод дихотического прослушивания у больных с поражением мозга может использоваться лишь как вспомогательный метод в определении профиля асимметрии в остром периоде травмы. Его применение, по-видимому, наиболее оправдано для изучения динамики восстановления функционирования полушарий мозга после ЧМТ.

Второй - метод оценки и восприятия временных интервалов. Пробы, направленные на изучение восприятия времени, также проводились многократно на разных стадиях КС. Для развернутого КС было характерным большое количество ошибок (более 50% проб были патологическими). По мере восстановления психической деятельности количество ошибок уменьшалось и при регрессе КС приближалось к нормативным значениям (до 20%). При этом выявилась четкая взаимосвязь между преимущественным поражением одного из полушарий и средним числом ошибок. При поражении правого полушария среднее число ошибок было в 2 раза больше, чем при левостороннем повреждении.

Таким образом, на основании проделанных в динамике исследований можно предположить, что регрессу КС сопутствует нормализация показателей дихотического прослушивания, оценки и воспроизведения временных интервалов.

Регресс основных симптомов КС также можно представить как постепенное восстановление пространственно-временной организации психической деятельности. Так, черты корсаковского синдрома на фоне спутанности можно расценивать как проявления «жизни в прошлом». В развернутой картине синдрома отсутствует фиксация настоящего и не формируются чувственные образы текущих событий. А на этапе его регресса выступает состояние, где слаба способность планировать будущее.

Положение о пространственно-временной дезорганизации психической деятельности как об основном расстройстве при КС подтверждает также тот факт, что наиболее грубо страдает и регрессирует последним нарушение восприятия времени, отмечаемое во многих работах о КС.

Выявлены различия восстановления левшей и правшей. Но эта разница наблюдалась только при неглубоком или коротком угнетении сознания. У больных с длительной комой заметных отличий в клинике и течении не выявлено. В картине КС после короткого угнетения сознания для левшей были характерны следующие особенности:

1. высокая (64%) по сравнению с правшами (31%) частота атипичных форм КС;
2. относительно короткий период, охваченный ретроградной амнезией;
3. несколько более длительное, но, вместе с тем, и более полное восстановление критики, памяти и т.д.;
4. упоминание в конфабуляции событий не только из пережитого прошлого (как у правшей), а также из вероятного будущего.

Список литературы

1. Банщиков В.М., Борзенков И.В. Корсаковский синдром (клиника, диагностика и течение). Москва, 1971. - 220 стр.
2. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональная асимметрия мозга и индивидуальное пространство и время человека. // Вопросы философии. - 1978. - N.3 - с.137-149.
3. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. - М.: Медицина - 1981. - 287 с.

4. Голант Р.Я. О расстройствах памяти. - Ленинград. - 1935.
5. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. Москва «Медицина». - 1977. - 359с.
6. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С., Гогитидзе Н.В., Ураков С.В. Односторонняя пространственная агнозия. - М., "Книга". - 1996. - 112 с.
7. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. – Москва. – Издательство «Бином». – 2006. – 304 стр.
8. Ковалев В.В. Клиника и нейродинамика корсаковского синдрома. // Дисс. кмн - Москва. - 1957.
9. Кок Е.П., Кочергина В.С., Якушева Л.В. Определение доминантности полушария при помощи дихотического прослушивания речи. // Журнал высшей нервной деятельности. - 1971. - Т.21. - №5. - с.144-149.
10. Ураков С.В. Корсаковский синдром у больных с черепно-мозговой травмой. // Диссертация на соискание канд. мед. наук. – Москва - 1999. – 150 с.