

аксональное поражение моторных волокон нервов нижних конечностей в восстановительном периоде. Это подтверждалось отсутствием F-волны при тестировании малоберцового и большеберцового нервов на ранней стадии заболевания, увеличением ее латентности и дисперсии при исследовании большеберцового нерва в дальнейшем, наличием денервационных потенциалов, сохранностью сенсорных волокон на протяжении всего периода болезни.

На основании полученных данных поставлен диагноз: поперечный миелит нижнегрудного отдела спинного мозга с вовлечением L₅—S₁ корешков слева. Проведена дифференциальная диагностика острой воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии, эпидурита, злокачественной опухоли, спинального инсульта, острого диссеминированного энцефаломиелита.

Больной получал кортикостероидную, антибактериальную, дезинтоксикационную, иммунокорректирующую (сандоглобулин в дозе 6 г внутривенно, курс тималина) терапию, уроантисептики. В восстановительном периоде проводились физиотерапевтическое лечение, лазеротерапия, гипербарическая оксигенация, массаж.

Интерес представленного случая заключается в том, что ранее и динамическое клиническое, электрофизиологическое, нейровизуализационное исследования позволили понять механизмы развития заболевания, установить уровень поражения спинного мозга, выявить характер патологических процессов, прогнозировать восстановление утраченных функций.

Поступила 28.02.01.

УДК 616.83—07 + 616.892—07

И.М. Беккер, В.В. Васянова, О.В. Коблова

ТРУДНОСТИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОГЕННЫХ, ОРГАНИЧЕСКИХ И ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

Психоневрологический диспансер, г. Набережные Челны

За последние десятилетия количество острых реактивных психозов с классической картиной помрачения сознания, традиционно считающихся по патогенезу истерическими, неуклонно снижается. Л.В. Ромасенко (1988) приводит данные об интранозоморфозе истерических проявлений в судебно-психиатрической практике, урежении числа истерических реакций вне рамок истерических психопатий в течение 60 лет наблюдений. Если в руководстве по судебной психиатрии 1946 г. истерические сумеречные состояния показаны как частое явление, а Ганзеровский синдром рассматривается при этом как разновидность псевдодементного состояния, то уже в «Судебной психиатрии» (1988) типичная клиника синдрома Ганзера определяется как остро возникающее сумеречное расстройство сознания и делается вывод о том, что «в настоящее время в судебно-психиатрической клинике редко встречается

клинически выраженный синдром Ганзера». Наконец, в последнем руководстве «Судебной психиатрии» (1998) описывается та же клиника и дается заключение о том, что «в настоящее время в судебно-психиатрической клинике этот синдром не встречается». Классическое описание Ганзеровского синдрома приведено в «Руководстве по психиатрии» Э.Блейлера (1920). Наиболее ярко патогенетические механизмы реактивных состояний представлены в «Общей психопатологии» К.Ясперса (1997).

В «Психиатрии» В.А. Гиляровского (1935) приводится случай, когда у девушки после разрыва с женихом «развилось особое состояние затемнения сознания». Учитывая редкость диагностики Ганзеровского синдрома, мы сочли интересным представить данный случай, наблюдавшийся вне рамок судебной психиатрии.

Больная М., 1962 г. Обратились сестра и муж больной с жалобами на неадекватное поведение М.,

развившееся внезапно. Была вызвана линейная бригада скорой помощи, рекомендовано обращение к психиатру.

Приводим некоторые анамнестические данные. Родилась в семье колхозников, старшей из троих детей. Родители и бабушка чрезмерно ее опекали. Вторая сестра появилась через 7 лет, так что в первые годы жизни пациентка была в центре всеобщего внимания, ей все позволяли, исполняли любой ее каприз. До школы детский сад не посещала, воспитывалась дома бабушкой. Была общительной, имела много подруг своего возраста. Любила играть «в школу», в играх всегда была учительницей, очень любила всем воображаемым ученикам ставить двойки. В школу пошла с семи лет. До 5-го класса была отличницей, затем возникли проблемы с алгеброй. В классе была активисткой, стремилась быть на виду. Хорошо рисовала, поэтому была членом редколлегии, оформляла газеты. Давала всем понять, что именно от нее зависит вся работа в классе, «нравилось манипулировать людьми». В старших классах стремилась хорошо выглядеть. Чтобы утром не вставать с помятым лицом, с вечера не пила и не ела. В 8—9-м классе начала дружить с мальчиками. Но те мальчики, с которыми училась с первого класса, внимания на нее не обращали. Первая любовь закончилась изменой избранника, который прямо на глазах покинул ее с другой девушкой, уехав с ней на мотоцикле. Мужа выбрала именно потому, что он был ей предан, хотя, «наверное, его и не любила». Рядом с ним чувствовала себя еще умнее и красивее, «это было удобно». Все считали, что будущий муж — надежный человек. Первые 5 лет после свадьбы часто конфликтовали, «притирались друг к другу», были маленькие дети, много неустроенности. Последующие 5 лет жили хорошо, спокойно, «как бы по привычке». Последние 7 лет отношения вновь ухудшились, больше стала «чувствоваться разница в интеллекте». Муж не мог принять никакого самостоятельного решения. Когда дети были маленькими, женщина работала в детском саду, чтобы быть с ними вместе. В течение последних 10 лет работает в школе, преподает татарский язык, будучи учительницей по химии и биологии. Считала себя самой элегантной женщиной в школе. Последние полгода были неприятности на работе. Хотела идти в отпуск в июне, а директор без ее согласия решил отпустить ее только в июле, а в июне заставлял работать с трудными подростками. Эту работу выполняла уже в течение нескольких лет, хорошо с ней справлялась, считала

задержку отпуска несправедливостью. Переживала также из-за сына, у которого не ладятся дела с математикой, а он учится в математическом классе. Была очень обеспокоена болезнью племянника, страдающего опухолью мозга, постоянно думала о сестре, которая плакала и просила у всех, чтобы сын остался жить. Племянник умер за семь дней до обращения. После его смерти и похорон постоянно вспоминала умершего племянника, думала и осуждала себя за неправильное и строгое отношение к собственным детям. Через неделю после его смерти, в 3 часа утра неожиданно проснулась и громко разрыдалась, плакала минут 15—20, не отвечая на вопросы, затем пошла в ванную, умылась, вернулась и снова легла в постель. Через 30 минут начала громко смеяться, хохотать, после чего уже не успокаивалась, никого из окружающих «не узнавала». Выкрикивала отдельные фразы, связанные с событиями, которые происходили 20 лет назад. Спрашивала, не пришла ли сестренка из школы. Говорила о том, как играют ее младшие братья. Держалась за свое левое предплечье, объясняла, что болит рука после укула (получала витамины в детстве). Сказала, что упала на ведро и поцарапала щеку, показывала всем, что у нее кровь на щеке, спрашивала, идет ли еще кровь. Обращалась к своей умершей в детстве подруге. Размахивала руками, говорила, что крутится красивая карусель. На окружающую обстановку, на обращение к ней никак не реагировала. Звала свою сестру по имени, но когда та подходила к ней, отмахивалась от нее, не узнавала, считала, что сестра должна быть маленькой. Что с ней произошло в течение последних дней, запомнила частично. Будто бы видела сон о том, как она спускалась по какой-то темной лестнице, но, дойдя до середины, провалилась куда-то вниз, ударившись головой, левой теменной областью. Она кричала и ругалась с кем-то. Неожиданно перед ней открылось красивое пространство, в которое она стремилась проникнуть, но ее не пускали, а сзади одновременно на нее накатывалась стена огня. Видела своего племянника как бы на карусели, живого и невредимого, окруженного необычно красивой природой. В то же время кто-то с ней разговаривал на совершенно непонятном языке, она ничего не понимала, сердилась и удивлялась, почему с ней продолжают разговаривать на незнакомом языке. За эти два дня ничего не ела, только пила чай и то по принуждению.

Психический статус в динамике: входит в кабинет под руки родственников, движения

замедленные, глаза широко раскрыты, взгляд застывший, иногда сменяющийся на удивленный или испуганный. На предложенный стул была усажена мужем. В речевой контакт с врачом не вступает. Избирательно реагирует поворотом головы на голос сестры, звучащий на родном языке (татарском). На вопросы, задаваемые на русском языке, не реагирует. При расспросах сестры о ее здоровье, жалобах больная с прежним застывшим выражением лица и глаз дает неправильные или нелепые ответы. Например, на предложение сестры показать правую руку, поднимала левую. На вопросы, связанные со смертью племянника, появлялись эмоциональные проявления в виде испуганно-удивленного выражения лица, сменяющегося на страдальческое. Совершает автоматизированные движения правой рукой, очерчивая круг в воздухе, при этом на татарском языке монотонно повторяет: «Это круг, это круг, он кружится, там красиво, там зеленая травка». Во времени, месте нахождения и собственной личности не ориентирована. После поступления в стационар ночью спала (было в/м введено 4 мл реланиума). Утром следующего дня состояние незначительно улучшилось. Словесный контакт с врачом и медперсоналом по-прежнему отсутствует. На вопросы не отвечает, сидит в однообразной позе, с застывшим страдальческим выражением лица. На вопросы сестры, задаваемые на родном языке, более живо отвечает на те из них, которые касаются ее переживаний, при этом отмечается более адекватная, чем накануне, эмоциональная реакция. Временами улыбается или радостно громко смеется. Как и накануне, не ориентируется в месте нахождения, времени, ситуации. Свою сестру не узнает, заявляет, что сестра сейчас учится во втором классе, но при разговоре и обращении к ней сестры, не глядя в ее сторону, поглаживает ее по руке. Отвечает на вопросы только своей сестры и только заданные на татарском языке. При этом голову в сторону сестры не поворачивает, взгляд устремлен в пространство перед собой, неподвижен. На вопрос сестры, что видит перед глазами, начинает чертить в воздухе круг, говорит, что кружится «карусель с племянником, там красиво». На вопрос, любит ли племянника, отвечает сестре на татарском языке, что очень любит, называет его по имени, улыбается, затем громко смеется. На вопрос, любят ли ее в школе, начинает всхлипывать, появляются слезы. Плачет, говорит, что «он» ее не любит, променял на девушку с магнитофоном. Начинает рассказывать о молодом человеке, своей первой

любви. Рассказывает об этих событиях, как о происходящих в настоящее время и вызывающих у нее сильные переживания. Повторяет многократно про зеленое платье, которое было на ней на сабантуе много лет назад, часто сопровождает рассказ про зеленое платье словом «матур» (красивое). Затем начинает говорить, что не любит учительницу математики, не хочет ходить во вторую смену в школу, перечисляет имена одноклассниц. Всклипывая, жалуется, что мама ругается, что она сейчас шьет зеленое платье на сабантуй. Все это больная рассказывает с широко раскрытыми глазами, устремив застывший взгляд в пространство. Как только перед ее открытыми глазами встал врач, жестом показала, чтобы он отошел, пояснив, что врач загородил видение племянника, при этом проявляет недовольство и беспокойство. После того, как врач отошел, успокоилась, вновь закрыла глаза и вновь заговорила о красивом месте, где на каруселях крутится племянник. За все время длительной беседы ни разу не ответила ни на один вопрос от кого-либо, кроме сестры. Не выполняла инструкций и просьб врача. Отвечая на часть вопросов сестры, ни разу прямо не сказала, сколько ей лет, где она находится, в какой класс школы ходит. Не ответила на вопрос, умер ли племянник, вместо ответа начинает всхлипывать, говорить о бабушке, трогать свою щеку, утверждая, что она поранена. Вторую ночь спала после инъекции. Утром следующего дня (на 4-й день от начала заболевания) вышла из состояния помраченного сознания после того, как соседка по палате облила ее случайно соком. Заявляет, что не знает, где находится, что с нею случилось, что ничего из происшедшего с нею в последние дни не помнит. Вскоре охотно соглашается на беседу с большой аудиторией врачей. При беседе внешне опрятна, выражение лица спокойное, взгляд живой, заинтересованный, охотно садится на предложенное кресло. Довольно легко вступает в контакт, подробно отвечает на вопросы. Голос тихий. Словарный запас богатый, грамматический строй речи правильный. В окружающей обстановке и собственной личности ориентирована полностью. Жалуется на слабость. Сообщает анамнестические сведения. Говорит, что не помнит почти ничего, что произошло с ней. Все сказанное ею в состоянии психического расстройства воспринимает как сон. На вопрос об особенностях своего характера отвечает, что она требовательна ко всем окружающим, особенно к близким. Считает себя хорошим специалистом и самой

элегантной женщиной в школе. О муже говорит хорошо, но отмечает, что всегда считала его ниже себя по интеллекту и положению в обществе, недостойным ее. Винит себя в неправильном отношении к детям и заявляет, что в дни похорон племянника и позже много думала о своем неверном и несправедливом отношении к собственным детям. Держится при беседе спокойно, с достоинством, весьма откровенно отвечая на вопросы и давая себе довольно точные характеристики. Заинтересована в разговоре. Спокойно воспринимает известие о перенесенном психическом расстройстве. Заявляет, что ничего не помнит о том, что происходило вокруг нее и с нею, но вместе с тем часть переживаний, испытанных в состоянии психического расстройства, воспроизводит, оценивая их как необычный сон.

Соматическое состояние: ниже среднего роста, пониженного питания, правильного телосложения. Со стороны внутренних органов выраженной органической патологии не выявляется. АД — 115/70 мм.рт.ст.

Неврологическое состояние: зрачки правильной округлой формы, реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию живые. Глазные щели одинаковые. Движения глазных яблок в полном объеме. Носогубные складки симметричны. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, S=D. Патологических знаков не определяется. В позе Ромберга устойчива, пальце-носовую пробу выполняет точно.

ЭХО от 11.05.00 г.: смещений срединных структур мозга не выявлено, третий желудочек не расширен.

ЭЭГ от 11.05.00 г.: диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга средней выраженности, в сторону дезорганизации мозговой ритмики, очаговой активности не выявлено.

РЭГ от 11.05.00 г.: мозговой кровоток достаточный. Нормальный тонус артериальных сосудов. Реакция сосудов на нитроглицерин адекватна.

Катамнестические сведения (через 10 месяцев): за консультативной помощью в ПНД не обращалась, продолжает работать учительницей в школе.

Дифференциальную диагностику в силу массивности и остроты переживаний необходимо было в первую очередь провести с острым приступом шизофрении в виде онейроидного или редуцированно-онейроидного синдрома.

Отсутствие наследственной отягощенности в преморбиде, каких-либо черт личности шизоидного регистра, компонентов острого чувственного бреда, наличие истинных, а не псевдогаллюцинаций, отсутствие двойной ориентировки, нарушение ориентировки в собственной личности, отсутствие каких-либо нарушений мышления шизофренического спектра, отражение в психопродуктивных расстройствах психогенного момента, сужение, а не тотальное помрачение сознания позволили исключить эндогенную природу данного психического расстройства. Шизофреноподобное расстройство в рамках какого-либо органического заболевания головного мозга можно исключить ввиду отсутствия органического заболевания головного мозга и как этиологического момента, и как клиникообразующего, патогенетического фактора. В психическом состоянии этой больной на протяжении всего периода наблюдения отсутствовали какие-либо психопатологические феномены органического регистра: не отмечалось ни специфических нарушений памяти или интеллекта, ни нарушение когнитивных функций по выходе из психотического приступа, ни эпилептиформной или иной очаговой активности, ни психосенсорных нарушений. Таким образом, развитие описываемого психотического эпизода происходило, по нашему мнению, следующим образом. У преморбидно акцентуированной демонстративной личности внезапно, через шесть-семь дней после психогении (безвременная смерть и похороны любимого племянника), случившейся на фоне конфликта на работе, возникает психотический эпизод с помрачением сознания. Психотический эпизод начался с истерических рыданий и смеха, часто описываемых как типичные компоненты острых истерических психозов. Затем развивается помраченное (резко суженное) сознание с фрагментарным восприятием окружающей ситуации, мозаичностью воспоминаний о пережитом, невозможностью установления с больной словесного контакта, присоединением истинных психогенных галлюцинаций. В содержании истинных галлюцинаций отражались психогенные переживания: видела племянника в окружении красивого пейзажа, катающегося на карусели. Это видение занимало место в пространстве (экстрапроекция), что больная акцентировала, требуя отойти в сторону врача, заслоняющего видение племянника. На фоне значительного сужения сознания произошел сдвиг в прошлое на

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

двадцать и более лет, при этом ощущала себя школьницей, видела себя в красивом детском платье, обращалась к сестре, как к маленькой, общалась с первым возлюбленным, покинувшим ее «на мотоцикле с другой девушкой». Переживания сопровождались выраженными эмоциональными реакциями, отражающимися в демонстративной мимике, голосе, слезах. В соответствии с критериями Ясперса, имели место все четыре компонента синдрома помраченного сознания. Таким образом, факт наличия помраченного (резко суженного) сознания подтверждается всеми клиническими проявлениями психотического приступа. В то же время отмечалась типичная именно для истерических сумерек относительно неглубокая степень помраченного сознания, что проявлялось в реагировании на обращение сестры, избирательное реагирование на татарскую речь при полном невосприятии русской речи, выраженные эмоциональные компоненты, сопровождающие галлюцинирование, выполнение, хотя и однократное, инструкции врача показать язык. Отмечались mimoответы и mimoдействия. Главным отличительным признаком описываемого эпизода, кроме суженности, а не тотальности помрачения сознания, явилось отражение в содержании психопатологических переживаний психогенного момента — видений умершего племянника, переживаний событий двадцатилетней давности, эмоционально значимых для больной. Выход из психотического эпизода произошел быстро: на третий день степень сужения сознания несколько уменьшилась, начала отвечать на простые вопросы сестры, оставалась дезориентированной, недоступной контакту с врачами и медперсоналом. Через 4 дня критически

без применения нейролептических средств вышла из психотического состояния. С учетом реактивного характера психоза, особого эмоционального сопровождения, черт явной акцентуации личности демонстративного типа, проявляемых на протяжении всей жизни, подтверждаемые анамнезом, данное помрачение (сужение) сознания более всего соответствует клинической картине синдрома Ганзера. Особенностью этого случая является относительно нерезко выраженная тяжесть психогении, отчетливо выраженный сдвиг в прошлое, начавшийся как возвращение в детство, без пуэрильного поведения, затем сдвиг в юность, на 20 лет назад, в период наиболее значимого эмоционального переживания юности — измены любимого человека. При этом нам представляется, что этиологический момент — психогения — носила сложный характер, где наряду с болезнью и смертью племянника определенную роль сыграло вытесненное в юности переживание измены любимого человека, окрасившее сам психотический эпизод дополнительным феноменом — сдвигом переживаемого на момент сужения сознания существования и самоощущения больной в прошлое, на двадцать лет назад. Это нарушение памяти — экмнезия, а именно сдвиг самого существования больной в суженном сознании назад, в период получения ею тяжелой психогенной травмы юности. Необходимо отметить, что все психиатры первой половины XX века акцентировали внимание на том, что в основе всех форм истерических расстройств лежит регресс в прошлое — индивидуальное или даже видовое.

Поступила 05.07.01.

