

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-09-03>

Расстройства сознания в общей медицине: забытый синдром легкого оглушения (обнубиляция сознания). Клиника и организационно- правовое значение

Г.Н. Носачев¹, доктор медицинских наук, профессор,
Е.А. Дубицкая², кандидат медицинских наук,
И.Г. Носачев¹, кандидат медицинских наук, доцент
¹Самарский государственный медицинский университет
Минздрава России
²Самарская городская клиническая больница №1
им. Н.И. Пирогова
E-mail: nosachev.g@mail.ru

Обосновывается необходимость возвращения в клиническую практику синдрома легкого оглушения (обнубиляция сознания), показывается его значение и возможности использования его диагностики в соматической медицине. Приводятся основные симптомы обнубиляции (дезориентирование во времени, ситуации, их смыслообъединение) и факультативные, в статике и динамике болезни, подчеркивается волнообразный (ундулирующий) характер обнубиляции. Разбираются некоторые организационно-правовые вопросы, в частности влияние диагностики данного расстройства на гражданские права и обязанности врача и пациента.

Ключевые слова: психиатрия, неврология, обнубиляция сознания, соматическая медицина, структура синдрома, диагностика, организационно-правовые вопросы.

Для цитирования: Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г. Расстройства сознания в общей медицине: забытый синдром легкого оглушения (обнубиляция сознания). Клиника и организационно-правовое значение. Врач. 2021; 32 (9): 15–20. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-09-03>

Со времен Р. Декарта человека, личность (персону), особенно в медицине, вольно или невольно продолжают рассматривать дуалистично — организм (им занимается соматическая медицина) и психика, включая сознание (это «владения» психиатрии). Сознание человека было и остается одним из наиболее сложных и противоречивых вопросов целого ряда гуманистических (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» (клас-

сификацию) к практическому пользованию синдромов расстройств сознания, чтобы понимать, оценивать, а главное — успешно, своевременно и качественно лечить человека.

К сожалению, различные медицинские дисциплины (науки и субнауки) 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 расстройствах сознания в двухтомном руководстве для врачей «Болезни нервной системы» под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штильмана (М., 2003) [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 невыраженная. — Прим. авторов) способны выполнять лишь самые простые команды...» [1]. А в главе 10 «Травматическое поражение нервной системы» приводится классификация расстройств сознания (по Коновалову А.И. и соавт., 1984), состоящая из 7 синдромов, где нет спутанности, нет легкого оглушения, а есть только умеренное и глубокое оглушение.

В национальном руководстве «Неврология» (М., 2009) [2] в главе 25 указывается, что определения этих понятий у разных авторов могут не вполне совпадать [2] и тут же вводится оригинальное понятие: «Затемнение сознания — при незначительном снижении уровня бодрствования снижается и искажается восприятие и оценка окружающего. Возможны возбуждение, бред, галлюцинации, различные аффекты...» [2]. Термин «обнубиляция» (легкое оглушение) в настоящее время полностью исчез из соматической и неврологической литературы¹ и сохраняется лишь в психиатрии. Между тем, в частности, на ранних и поздних стадиях цереброваскулярной патологии, особенно в геронтологии, обнубиляция встречается достаточно часто, но редко диагностируется и оценивается при проведении терапии и решении вопросов социальной адаптации, соответственно, и при реализации гражданских прав пациентов.

Цель статьи — обосновать необходимость возвращения в клинический оборот синдрома легкого оглушения (обнубиляция сознания), показать его значение и возможности использования в соматической медицине.

¹Одной из причин «исчезновения» обнубиляции из классификаций и диагностики является широкое использование клинко-психологических (диагностических) шкал, в частности, шкалы комы Глазго (Glasgow Coma Scale, 1974), в которой оглушение начинается с умеренного.

МАТЕРИАЛ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический материал получен авторами в процессе консультирования, включая повторные (динамические наблюдения), в неврологических и кардиологических отделениях (всего свыше 500 пациентов).

Само понятие «сознание» единого определения не имеет, преимущественно зависит от науки, его изучающей, и вряд ли в ближайшее время будет единое определение иметь. Наиболее «близкими» психиатрии являются психологические подходы [3], позволяющие им включаться в методологию и философию медицинских наук².

Еще Л.С. Выготский [3] считал сознание самостоятельным целостным образованием в контексте «геологической модели личности», а А.Н. Леонтьев называл «предельной формой психического». По мнению А.Г. Асмолова, «именно сознание в качестве эволюционного механизма «выработки неопределенности» обеспечивает наибольший предреабилитационный потенциал самообразования системы, чувствительность к «изменению изменений» образа жизни еще до изменений этих изменений» [3]. При этом сознание интерпретируется как «функциональный орган» смыслообразования и смыслопорождения изменений образа жизни [4].

Но если психологи стремятся понять сложные системные образования мозга и его психической функции, включая сознание, с помощью своих методик исследования, то в медицине, в частности психиатрии, для уточнения (диагностики) патологии сознания необходимо выделение симптомов и синдромов болезни.

Выделением базовых синдромов при качественных расстройствах сознания (критериям) мы обязаны Карлу Ясперсу (2011) в его работе «Общая психопатология» [5]³. За столетний период существования они не потеряли своего значения для клинической диагностики не только качественных, но и количественных расстройств сознания. И хотя и в XX веке, и в начале XXI века были неоднократные попытки найти другие критерии [3], включая современные скрининговые тесты, по существу, они повторяют критерии К. Ясперса. В качестве примера приведен подход В.П. Зинченко (1991): 1) отчетливо осознаваемый образ; 2) поле ясного внимания; 3) содержание кратковременной памяти; 4) очевидный результат мыслительного акта; 5) осознание собственного Я.

²В частности, диалог: норма — патология, здоровье — болезнь, адаптация — дезадаптация, материя — сознание, организм — психика, мозг — психика и др.

³В.М. Бехтерев [3] более чем на 10 лет ранее Ясперса предложил стройную, хорошо операционализируемую уровневую систему сознания, включающую все возможные направления его «интервенции». В.М. Бехтерев считает возможным говорить о «специальных видах сознания» и выделяет 6 форм сознания, которые определяют также различные степени развития содержания сознания (от низшей к высшей): сознание своего существования; сознание своего тела; сознание окружающего пространства; сознание времени; сознание своей личности; сознание своего сознания.

К. Ясперс выделил 4 основных критерия для диагностики качественных расстройств (помрачения) сознания, которые, по нашему мнению, могут быть распространены и на количественные расстройства (выключения) сознания, в частности на интересующий нас синдром, с учетом системного подхода.

Приведем критерии К. Ясперса, наиболее практически работающие при диагностике легкого оглушения⁴. К основным (базовым, облигатным) симптомам (синдромам) легкого оглушения (обнубиляции сознания) можно отнести:

I. Расстройство ориентировки во времени, пространстве (ситуации, окружающей обстановке и окружающих людей) и частично — в собственной личности.

A. Дезориентировка во времени — неспособность пациента определить (назвать) текущее время — дату, день недели, месяц, год, время года; расположить личные события во времени в пределах текущего дня (недели, месяца, года жизни), последовательно воспроизвести основные вехи собственной жизни (производственной деятельности, пути на работу и т.д.). Смещаются время пребывания в стационаре, периоды обхода и осмотра врачом, посещения и телефонных разговоров с близкими. Назначенные на определенное время процедуры не соблюдаются, даже при наличии часов и телефона.

Следует помнить, что время бывает не только настоящее (текущее). Два языка времени разграничены еще в 1908 г. Мак-Таггардом как статическое и динамическое, последнее течет от прошлого к настоящему и будущему. Статическая «река времени» включает «раньше — позже». Именно в этих категориях времени плохо ориентируются пациенты.

Указание на ошибку во времени вызывает реакции обиды, слабодушия (слезливости), истощения, реж — протеста и отказа. В простом эксперименте на проверку оценки времени (например, длительность беседы) грубо нарушается оценка времени.

Б. Дезориентировка в пространстве:

а) дезориентировка в ситуации — неспособность правильно оценить (понять, предсказать) конкретную ситуацию в отделении, на работе, в предложенной (изменившейся) ролевой ситуации; взаимоотношения людей, происходящие события;

б) дезориентировка в окружающей обстановке — непонимание пациентом окружающей обстановки, где он находится; почему, кто его окружает, что с ним произошло, пациент не может найти свою палату, койку, теряется в отделении (больнице) и т.п.;

в) дезориентировка в окружающих людях — не может запомнить и не узнает медперсонал и больных, новых и реж старых знакомых и сослуживцев, позже пере-

стает узнавать и путает родных и близких, но сам исправляется и вновь путает (последнее свидетельствует об утяжелении обнубиляции, возможно — о переходе в оглушение средней степени тяжести).

Дезориентировка в пространстве, естественно, включает в себя дезориентировку во времени и встречается в период перехода легкого оглушения в оглушение средней степени, а также при всех синдромах помраченного сознания.

II. Смыслообъединение внешнего (реального) мира с внутренним миром пациента, т.е. то, что и формирует собственно расстройство сознания. Даже если пациент упрощенно и с ошибками отвечает на ориентировочные вопросы, соединить их в осмысленное повествование с оценкой текущего (критичность, логичность), понять и оценить ближайшее поведение и оценку, т.е. соединить все в единое целое он не может.

Факультативные симптомы обнубиляции:

В. Нечеткая ориентировка в собственной личности — полная дезориентировка пациента при легком оглушении не встречается. Она характерна для глубокого оглушения, сопора и комы. Сохраняется возможность сообщить основные паспортные данные, реж адрес. Возможна путаница, особенно у женщин, когда правильно сообщаются прежние адреса или паспортные данные.

Следующие три критерия К. Ясперса (отрешенность от реального мира [реальной действительности], расстройства мышления и расстройства памяти) более характерны для качественных расстройств (помрачения) сознания, хотя отдельные симптомы можно отметить и при обнубиляции.

Реж встречаются растерянность и сверхотвлекаемость (гиперметаморфозы). *Растерянность* — это мучительное непонимание на невербальном уровне (мимика недоумения, жесты отрицания) больным окружающего мира и самого себя в нем, который представляется ему необычным, приобретающим непонятный, нередко настораживающий, угрожающий смысл, с аффектом недоумения, спутанности. Отражается преимущественно в поведении в виде бестолкового хождения, открывания дверей, окон (что опасно), прислушивания к разговорам окружающих и т.п.

Сверхизменчивость внимания (гиперметаморфоз) — неустойчивость, сверхизменчивость, флюктуация внимания, характеризующаяся чрезвычайной рассеянностью и отвлекаемостью больных, которые недоуменно переводят взгляд с предмета (человека) на предмет, не понимая их назначения и не пользуясь ими. Данные симптомы должны насторожить врача о возможности утяжеления оглушения или о присоединении делирия.

Реальный мир, происходящие в нем события, различные изменения в окружающей обстановке не привлекают внимания пациента, а если как-то и оцениваются им, то лишь непоследовательно, фрагментарно, разорванно. Внешне пациент вял, пассивен, инициа-

⁴Пытаясь на теоретическом уровне «вернуть» в практику легкое оглушение, мы издали учебные пособия [6, 7], но «права гражданства» синдром получил у очень ограниченного количества врачей, преимущественно врачей скорой помощи и реаниматологов.

тивы не проявляет, преимущественно лежит в постели. Это должно насторожить врача, особенно если обнубильяция уже диагностирована, так как это один из признаков перехода в оглушение средней степени тяжести.

Ассоциативный процесс упрощается, замедляется, затрудняется, особенно абстрактные, отвлеченные, обобщающие, сравнительные операции логического мышления. Мышление становится непоследовательным, «разрыхленным», аморфным, фрагментарным, персеверативным.

Страдают прогностические возможности мышления, объединение внутреннего мира пациента с внешним, их логическое соединение для принятия правильных решений. Часто молодые врачи ограничиваются жалобами пациента, простыми ответами при осмотре, при обходе, т.е. текущий момент внутреннего мира, которые пациент ощущает и отражает в ответе, в то время как соединение с внешним миром во времени и пространстве прошлого и ближайшего будущего страдает или отсутствует.

В процессе и после выхода из состояния нарушенного сознания воспоминания об этом периоде бывают неполными, фрагментарными, непоследовательными, разрозненными (*частичная потеря памяти — частичная амнезия*).

Перечисленные симптомы характерны для начальных проявлений количественных и качественных расстройств сознания, являются основным признаком легкого оглушения (обнубильяции) и могут быть легко использованы для диагностики врачом любой специальности.

Обнубильяция может быть кратковременной (например, на высоте гипертонического криза, в остром периоде инфаркта миокарда) и длительной (например, в подостром периоде черепно-мозговой травмы, инсульта). Нередко можно отметить обнубильяцию, полностью соответствующую своему названию — облачковидное сознание, когда легкое оглушение сменяется ясным сознанием и вновь — легким оглушением (ундулирующая, или волнообразная обнубильяция). По этой причине часто возникают расхождения в описании состояния (поведения) пациента между дежурными ночными медсестрами и утренним осмотром лечащего врача.

На наш взгляд, одной из причин «забвения» обнубильяции является широкое внедрение скрининговых клиничко-психологических опросников (в частности шкалы Глазго⁵), вторая причина — уровень профессионального осознания врача (в том числе знаний и умений) в процессе диагностики.

⁵Во второй половине XX века наибольшее практическое применение получила скрининговая шкала комы Глазго (Glasgo Coma Scale, 1974), основанная на суммарной балльной оценке 3 функций — речи, движений и открывании глаз. Результаты (сумма баллов): ясное сознание — 15; умеренное — 12–14 и глубокое — 10–12 (оглушение), т.е. основная задача — диагностика комы, что утвердилось в ургентной медицине [7].

В качестве теоретической основы анализа используем классификацию уровней сознания в коммуникации «врач—пациент» Ф.Е. Василюка [8], который предлагает схему «диалога» установок: наблюдатель (субъект, врач) — наблюдаемый (объект, пациент), т.е. и в системе взаимоотношений «врач—пациент». Таким образом, выделяются 4 состояния: субъект—субъект (рефлексия); субъект—объект (сознавание); объект—субъект (переживание); объект—объект (бессознательное).

В данной статье мы ограничимся описанием двух состояний, имеющих базовое значение для диагностики обнубильяции: субъект—объект (сознавание) и объект—субъект (переживание). Естественно, что в системе «врач—пациент» (объект—субъект) ведущая (ответственная) роль принадлежит врачу (рефлексивное сознание, самосознание⁶, опыт и т.д.) и одновременно у пациента они находятся в состоянии переживаний (жалоб, тревоги, субдепрессии, астении, а в нашем случае — нарушение сознания), которые врач должен выявить и оценить.

Врач должен знать симптомы обнубильяции («облачковидное», ундулирующее оглушение), т.е. врача интересует сознание пациента «здесь и теперь» (субъект—объект) у конкретного человека и в конкретный момент времени в данной ситуации. В частности, выявить субъективные и объективные симптомы конкретного времени, временной ориентировки в текущем дне (часе, времени суток), поведении, индивидуальном времени и т.д. Такова медицинская парадигма врача для диагностики обнубильяции, т.е. индивидуальный уровень сознания человека в его сиюминутном бытии в болезни.

Сиюминутные переживания пациента не должны сформировать у врача мнения о ясном сознании пациента. Врачу необходимо активно убедиться в этом, а не ограничиваться переживаниями (объект—субъект) пациента.

Знание описанных уровней сознания не только обогащает теоретически, но позволяет четко понимать (осознавать), на каком уровне происходит конкретное общение (диагностика) в системе «врач—пациент» и существенно облегчает диагностику легкого оглушения.

⁶Еще В.М. Бехтерев [3] определяет самосознание как «то состояние внутреннего мира, когда человек, с одной стороны, обладает способностью по произволу вводить в сферу сознания те или другие из бывших прежде в его сознании представлений, с другой — может давать отчет о происходящих в его сознании явлениях, о смене одних представлений другими, иначе говоря, может анализировать происходящие в нем самом психические процессы». Автор называет сознание этого уровня способностью самопознания и считает ее «характерным признаком полного сознания» (в современной терминологии это рефлексия). Обращает на себя внимание также выделение В.М. Бехтеревым в сфере осознаваемых явлений «темного поля сознания» (смутно припоминаемые впечатления, едва достигающие сферы сознания) и поля ясного сознания, которое существенно затрудняет рефлекссию пациента.

Итак, легкое оглушение (обнубиляция) — клиническая реальность с четкой структурой основных и факкультативных симптомов.

Особо следует указать на динамику и степень представленности синдрома. И первая вытекает из названия «облачковидное» (ундулирующее), т.е. набежало и исчезло, и не только в течение болезни, но и в течение суток, что, естественно, затрудняет своевременную диагностику.

Легкое оглушение часто сочетается с тяжелой физической и психической астенией, с началом делирия, другими проявлениями основного заболевания. Синдром обладает высоким прогностическим компонентом при соматических и психических заболеваниях, например, переход легкого оглушения в умеренное говорит об утяжелении прогноза заболевания и наоборот.

Несколько организационно-правовых замечаний (пожеланий). С позиций медицинского права⁷ все синдромы выключения сознания являются «тяжелым состоянием», требующим оказания неотложной либо экстренной помощи. Но если нет синдрома — нет диагностики, нет ответственности. Пока, к сожалению, вопрос диагностики количественных расстройств сознания решается «по умолчанию» — по правовому нигилизму врачей и незнанию пациентами своих прав.

Не включено легкое оглушение не только в учебники и руководства, но и в образовательные программы студентов и программы усовершенствования врачей⁸, что является большим недостатком этих образовательных программ.

Между тем сознание (осознавание) является правовой основой гражданских прав и обязанностей гражданина России, в том числе в системе «врач—пациент», в которой защищаются не только жизнь и здоровье, качество жизни, но и права пациента. В Уголовном кодексе — это презумпция вменяемости или невменяемости по ст. 20, 21, 22 УК РФ. По ст. 21 «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое в момент совершения общественно опасного действия находился в состоянии невменяемости, то есть не мог осознавать...». Этому соответствует, в том числе, и клиника обнубиляции и как медицинский, и как юридический (психологический) критерий «формулы невменяемости».

Не менее важна и значительно чаще встречается в судебной практике сделкоспособность пациента в период обнубиляции (ст. 177 ГК РФ).

⁷Медицинское право — это комплексная отрасль права, включающая совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности (Стаценко С.Г. Медицинское право: учебник. СПб, 2004; с. 21).

⁸Авторы имели возможность провести нерепрезентативный опрос врачей крупных лечебных учреждений (свыше 100 человек): слышали о обнубиляции 7% врачей (реаниматологи, анестезиологи), но никто ее не диагностировал.

Приведем коротко соматический экспертный казус⁹.

Подэкспертная З., 65 лет. Одинокая пенсионерка. Соматические диагнозы: «ИБС I—II степени, стенокардия напряжения. Гипертоническая болезнь II—III стадии, частые гипертонические кризы на фоне терапии».

К специалисту-психиатру на консультацию обратился адвокат. Подэкспертная обратилась к адвокату с просьбой представлять ее интересы по сделке, по которой она оформила акт дарения двухкомнатной квартиры дочери соседки по дому. Подэкспертная З. пояснила, что она не помнит факт заключения сделки: «как я могла подарить единственную квартиру, я была нездоровая», смутно помнит, что вызывала скорую помощь.

По предложению специалиста было проведено адвокатское расследование. Получена медицинская документация врача скорой помощи и показана адвокату. Выяснилось, что врач скорой помощи в день совершения сделки дважды выезжал к подэкспертной — в 9.30 и 13.20. Из медицинской записи врача скорой помощи: «Состояние средней тяжести. Оглушена. Дезориентирована во времени и ситуации. Жалобы на головную боль, разбитость, слабость. АД 210/170 мм рт. ст., тахикардия — 90 в минуту. От госпитализации отказалась». Вторая запись практически аналогична (в 13.20 — АД — 220/160 мм рт. ст.), вновь отказалась от госпитализации.

Вывод специалиста: подэкспертная в момент совершения сделки находилась в «таком состоянии» (ст. 177 ГК РФ) — два гипертонических криза с количественным расстройством сознания (оглушение). В момент заключения сделки между кризами продолжала оставаться в состоянии оглушения, т.е. не могла осознавать (понимать) значение своих действий.

Суд признал сделку недействительной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Философское рассмотрение проблемы сознания связано с анализом соотношения категорий сознания и бытия и все еще ждет теоретических и практических решений. Специальная философия и методология медицинских наук практически отсутствует. Но теория теорией, а практика патологии расстройств сознания — клиническая реальность, включая легкое оглушение. К сожалению, нет единой, хотя бы рабочей классификации расстройств сознания, есть отдельные классификации у отдельных медицинских специальностей,

⁹Более подробно см. статью авторов [9].

связанных преимущественно с ургентной медициной, но даже в них нет единства, как нет и синдрома обну- биляции сознания.

Обнубиляции сознания (легкое оглушение) как клиническая реальность является хорошо очерченным синдромом, имеющим четкие базовые и факультатив- ные симптомы (структурные и содержательные) для диагностики, а также дифференциальное и прогно- стическое значение. Особенно часто встречается она в соматической, неврологической и паллиативной ме- дицине.

Не менее важна своевременная диагностика и те- рапия обнубиляции в динамике болезни, вторичной и третичной превенции. Необходима и фиксация син- дрома в медицинской документации.

Таким образом, роль лечащего врача в защите граж- данских прав пациента весьма велика, а пациент вправе рассчитывать на защиту не только здоровья, но и сво- бодного волеизъявления.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело финансовой поддержки.

Литература/Reference

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. Т.1. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. 3-е изд., испр. и доп. М.: Медицина, 2003; 744 с. [Bolezni nervnoi sistemy: Rukovodstvo dlya vrachei: V 2-kh t. T.1. Pod red. N.N. Yakhno, D.R. Shtul'mana. 3-e izd., ispr. i dop. M.: Meditsina, 2003; 744 p. (in Russ.)].
2. Неврология: национальное руководство. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцова, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 1040 с. [Nevrologiya: natsional'noe rukovodstvo. Pod red. E.I. Guseva, A.N. Konovalova, V.I. Skvortsova, A.B. Gekht. M.: GEOTAR-Media, 2009; 1040 p. (in Russ.)].
3. Акопов Г.В., Носачев Г.Н. Психология и психопатология сознания. Учебное пособие. Самара: СГСПУ, 2019; 180 с. [Akovov G.V., Nosachev G.N. Psikhologiya i psikhopatologiya soznaniya. Uchebnoe posobie. Samara: SGSPU, 2019; 180 s. (in Russ.)].
4. Асмолов А.Г., Шехтер Г.Д., Черноризов А.М. Что такое жизнь с точки зрения психологии: историко-эволюционный подход к психофизической проблеме. *Вопросы психологии*. 2016; 2: 3–21 [Asmolov A.G., Shekhter G.D., Chernorizov A.M. Chto takoe zhizn' s tochki zreniya psikhologii: istoriko-evolyutsionnyi podkhod k psikhofizicheskoj probleme. *Voprosy psikhologii*. 2016; 2: 3–21 (in Russ.)].

5. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. М., 2011; 1056 с. [Jaspers K. Obshchaya psikhopatologiya. Per. s nem. M., 2011; 1056 p. (in Russ.)].

6. Носачев Г.Н., Баранов В.С., Носачев И.Г. и др. Патология сознания. Диагностика и оказание неотложной помощи: учебно-методическое пособие для врачей догоспитального этапа и студентов старших курсов. Самара: ГП «Перспектива», СамГМУ, 2002; 76 с. [Nosachev G.N., Baranov V.S., Nosachev I.G. et al. Patologiya soznaniya. Diagnostika i okazanie neotlozhnoi pomoshchi: uchebno-metodicheskoe posobie dlya vrachei dogospital'nogo etapa i studentov starshikh kursov. Samara: GP «Perspektiva», SamGMU, 2002; 76 p. (in Russ.)].

7. Острый и подострый периоды черепно-мозговой травмы (клиническая классификация и синдромология, построение диагноза и оказание неотложной помощи): учебно-методическое пособие. Под ред. Г.П. Котельникова, Г.Н. Носачева. Самара: ООО ИПК «Содружество», ГОУ ВПО «СамГМУ», 2005; 128 с. [Ostryi i podostryi periody cherepno-mozgovoi travmy (klinicheskaya klassifikatsiya i sindromologiya, postroenie diagnoza i okazanie neotlozhnoi pomoshchi): uchebno-metodicheskoe posobie. Pod red. G.P. Kotel'nikova, G.N. Nosacheva. Samara: OOO IPK «Sodruzhestvo», GOU VPO «SamGMU», 2005; 128 s. (in Russ.)].

8. Васильюк Ф.Е. Уровни построения переживания и методы психологической науки. *Вопросы психологии*. 1998; 5: 27–37 [Vasilyuk F.E. Urovni postroeniya perezhivaniya i metody psikhologicheskoi nauki. *Voprosy psikhologii*. 1998; 5: 27–37 (in Russ.)].

9. Носачев Г.Н. Сделкоспособность и социальный интеллект. *Вестник палаты адвокатов Самарской области. Юбилейный выпуск. 10 лет*. 2012; Спецвып.: 53–9 [Nosachev G.N. Sdelkosposobnost' i sotsial'nyi intellekt. *Vestnik palaty advokatov Samarskoj oblasti. Yubileinyi vypusk. 10 let*. 2012; Spetsvyp.: 53–9 (in Russ.)].

DISORDERS OF CONSCIOUSNESS IN GENERAL MEDICINE: THE FORGOTTEN SYNDROME OF A CLOUDING OF CONSCIOUSNESS (OBNUBILATION). CLINICAL PRESENTATIONS AND ORGANIZATIONAL AND LEGAL SIGNIFICANCE

Professor **G. Nosachev**¹, MD; **E. Dubitskaya**², Candidate of Medical Sciences; Associate Professor **I. Nosachev**¹, Candidate of Medical Sciences
¹Samara State Medical University, Ministry of Health of Russia
²N.I. Pirogov Samara City Clinical Hospital One

The paper substantiates the necessity of returning the concept of a clouding of consciousness (obnubilation) to clinical practice and shows its significance and the possibilities of using its diagnosis in somatic medicine. It presents the main symptoms of obnubilation (disorientation in time and situations, their semantic connection), as well as optional diseases in statics and dynamics, and emphasizes the undulating nature of obnubilation. The paper also analyzes some organizational and legal issues, in particular the impact of the diagnosis of this disorder on the civil rights and obligations of a physician and a patient.

Key words: psychiatry; obnubilation of consciousness; somatic medicine; the pattern of syndrome; diagnosis; organizational and legal issues.

For citation: Nosachev G., Dubitskaya E., Nosachev I. et al. Disorders of consciousness in general medicine: the forgotten syndrome of a clouding of consciousness (obnubilation). *Clinical presentations and organizational and legal significance. Vrach*. 2021; 32 (9): 15–20. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-09-03>