

КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ. НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Критические состояния

Расстройства сознания

Сознание — функция человеческого мозга, сущность которой заключена в отражении действительности и целенаправленном регулировании взаимоотношений личности с окружающим миром. Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе — о своих индивидуальных и личностных свойствах. В трудах зарубежных авторов проблема самосознания, «образа-Я» занимает центральное место [неофрейдизм, представители гуманистической психологии (Роджерс К., Маслоу А.)].

Понятие «сознание» базируется в психоневрологии на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего его как фон, на котором происходит смена различных психических феноменов. Оно осуществляет в бодрствующем состоянии познавательное отражение объективного мира и самого себя, способствует адаптации субъекта к окружающей среде.

С нейрофизиологической точки зрения сознание является способностью воспринимать инструкцию (команду) и адекватно на нее отвечать.

Нарушение сознания — один из ведущих синдромов при большинстве неотложных состояний. Оно представляет собой расстройства психической деятельности, лишаящие человека возможности ориентироваться в окружающем мире, месте, во времени и в собственной личности, вследствие чего нарушаются преемственность опыта, единство и многообразие поведения.

Степень нарушения сознания играет определенную роль в исходе тех или иных форм острой патологии. Именно поэтому по состоянию сознания можно оценить опасность имеющегося поражения ЦНС, что определяет выбор форм

экстренной помощи (интенсивная терапия или нейрохирургическое вмешательство).

Для всех групп расстройств сознания характерны общие признаки, описанные еще К. Ясперсом (1911):

◆ больной отрешен от действительности. Реальный мир, происходящие в нем события, изменения не привлекают внимания пациента, а если и воспринимаются им, то лишь парциально, непоследовательно, фрагментарно. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой полностью утрачена;

◆ больной дезориентирован в месте, ситуации, во времени, в окружающих лицах, собственной личности, что может проявляться в разной степени. Алло- и аутопсихическая дезориентировка, будучи одним из ведущих симптомов при любом нарушении сознания, имеет при каждом из них характерные особенности структуры, выраженности и развития;

◆ мышление пациента резко расстраивается, ассоциативный процесс упрощается, затрудняется, речь становится фрагментарной, непоследовательной, бессвязной, достигая у части больных степени инкогеренции;

◆ у больного наблюдаются разнообразные конградные нарушения памяти. После выхода из состояния нарушенного сознания воспоминания всегда неполные, фрагментарные, непоследовательные, в ряде случаев отсутствуют вовсе.

В практической деятельности дефицит сознания принято подразделять на две группы.

1. **Непродуктивные формы** по типу дефицита психической активности со снижением уровня бодрствования, отчетливо угнетенных интеллектуальных функций, двигательной активности (*угнетение сознания*). К ним относят *оглушение, сонор и кому*.

2. **Продуктивные формы** развиваются на фоне бодрствования; характеризуются дезинтеграцией психических функций, извращенным восприятием окружающей среды, собственной личности; обычно не сопровождаются обездвиженностью (*помрачение сознания*). О состояниях помрачения сознания свидетельствуют следующие факторы:

- различные виды дезориентировки — в месте, во времени, в окружающих лицах, ситуациях, собственной личности;
- та или иная степень бессвязности мышления, сопровождаемая слабостью или невозможностью суждений и речевыми нарушениями;
- полная или частичная амнезия периода помрачения сознания.

К *формам помрачения сознания* относят делириозный и онейроидный синдромы, аменцию, сумеречное расстройство сознания.

Формы помрачения сознания. Существуют различные критерии оценки нарушения сознания. В нашей стране принята классификация угнетения сознания, предложенная А.Н. Коноваловым (1982), согласно которой выделяют семь степеней оценки сознания.

Ясное сознание — полная его сохранность, адекватная реакция на окружающую обстановку, полная ориентация, бодрствование.

Умеренное оглушение. Умеренная сонливость, частичная дезориентация, задержка ответов на вопросы (часто требуется повторение), замедленное выполнение команд. Осмысление происходящего затруднено, приобретает фрагментарный характер за счет выхватывания из окружающей ситуации отдельных, наиболее ярких или важных для больного впечатлений, фактов, которые понимаются им верно. Выражено замедление всех психических процессов (*брадифрения*). Мышление становится упрощенным, возникают затруднения в подборе и использовании слов, оскудевает словарный запас (*олигофразия*).

Глубокое оглушение — глубокая сонливость, дезориентация, ограничение и затруднение речевого контакта, односложные ответы на повторные вопросы, выполнение лишь простых команд. Речевые ответы возможны лишь на наиболее элементарные вопросы. Появляются продолжительные периоды полного отсутствия активного отражения объективной действительности и собственно-

Сопор — почти полное отсутствие сознания, сохранение целенаправленных, координированных защитных движений, открывание глаз на болевые и звуковые раздражители, эпизодически односложные ответы на многократное повторение вопроса, неподвижность или автоматизированные стереотипные движения, потеря контроля за тазовыми функциями. Ориентировка невозможна вообще, поскольку полностью исчезают высшие формы отражения — рациональное и чувственное. Информация в сознание через дистантные анализаторы не поступает, ее каналами являются контактные (тактильный, болевой, температурный), проприоцептивные и интероцептивные. Уровень и объем отражения снижается до условно-рефлекторного. По выходе из сопора наблюдается полная конградная амнезия.

Умеренная кома — невозможность разбудить больного, при этом сохранены хаотические, некоординированные защитные движения на болевые раздражители, но открывание глаз на раздражители отсутствует, также отсутствует контроль за тазовыми функциями, возможны легкие нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Угасают условные рефлексы. Возможно появление патологических рефлексов.

Глубокая кома — невозможность разбудить больного, отсутствие защитных движений, изменение мышечного тонуса, угнетение сухожильных рефлексов и дыхания, сердечно-сосудистая декомпенсация (нарушение тонуса сосудов, терморегуляции). При дальнейшем утяжелении состояния наступает запредельная кома и смерть.

Запредельная кома — агональное состояние, полная офтальмоплегия, атония, арефлексия, витальные функции поддерживаются дыхательным аппаратом и сердечно-сосудистыми препаратами.

При оценке уровня нарушения сознания в экстренных ситуациях за рубежом широко пользуются шкалой глубины коматозного состояния. Шкалу разработали в 1974 г. ученые, работавшие в университетском госпитале города Глазго (Шотландия) под руководством нейротравматологов Теаздале и Дженнетте. В зарубежной и отечественной литературе ее именуют шкалой комы Глазго. Шкала построена на использовании трех признаков: открывание глаз, речевой

Таблица 1.1

Шкала градации комы, принятая в Глазго

Клинический признак	Характер реакций	Оценка в баллах
Открывание глаз	а) отсутствует	1
	б) в ответ на боль	2
	в) в ответ на речь	3
	г) самостоятельно	4
Двигательная реакция (на словесную команду или болевые раздражители)	а) отсутствует	1
	б) разгибание конечностей (децеребральная ригидность)	2
	в) патологическое сгибание конечностей (декортикационная ригидность)	3
	г) сгибание конечностей и удаление раздражителя («отдергивание» со сгибанием конечности)	4
	д) движения, указывающие на локализацию большим болевого ощущения («отдергивание» конечности)	5
Словесные ответы	а) отсутствие речи	1
	б) нечленораздельная речь	2
	в) отдельные непонятные слова; неадекватная речевая продукция	3
	г) дезориентирован и беседует	4
д) ориентирован и беседует	5	
Всего		3–15

реакции и двигательной реакции. Признаки разбиты на градации, получившие балльную оценку (табл. 1.1).

Шкала комы Глазго может быть использована для определения нарушения уровня сознания в экстренных ситуациях по сумме баллов:

- ◆ 15 — ясное сознание;
- ◆ 13–14 — оглушение;
- ◆ 9–12 — сопор;
- ◆ 3 — смерть мозга.

Формы помрачения сознания. Формы помрачения сознания при неотложных состояниях могут протекать в форме следующих синдромов.

Делириозный синдром (делирий) — аллопсихическая дезориентировка при сохранении ориентировки в собственной личности и истинные зрительные галлюцинации. Обязательные симптомы — эмоциональное напряжение (страх, боязнь, тревога), острый чувственный бред, галлюцинаторно-бредовый вариант психомоторного возбуждения. Содержание обязательных симптомов связано с содержанием зрительных галлюцинаций. При делирии имеет место частичная конградная амнезия реальных событий, тогда как болезненные переживания затем вспоминаются.

Такое помрачение сознания можно наблюдать при интоксикационных, инфекционных, соматогенных, травматических психозах, органических заболеваниях головного мозга. Главным признаком синдрома является наличие галлюцинаций (чаще зрительных; возможны слуховые и осязательные). Кроме того, характерны ложные узнавания: в медицинском персонале, окружающих лицах больные «узнают» своих близких, называют их имена. Одновременно отмечают тревога и страх, выраженное *двигательное возбуждение*. Ориентировка в собственной личности при этом, как правило, сохранена. Больные противопоставляют себя видениям, относятся к ним как к внешним по отношению к себе. В детском возрасте делириозный синдром чаще рудиментирован, в виде переходящих галлюцинаций, иллюзий со страхом, бессонницей.

В развитии типичного, наиболее часто встречаемого делирия выделяют три стадии. В первой (инициальной) отмечают неустойчивость настроения, ускорение течения ассоциаций. Характерны наплывы ярких образных воспоминаний, суетливость, явления гиперестезии, нарушения сна (сон с устрашающими сновидениями), неустойчивость внимания, эпизоды нарушения ориентировки во времени, в месте. Часто симптоматика усиливается в вечерне-ночное время.

Во второй стадии — стадии иллюзорных расстройств (пределириозной) — возникают парейдолии (зрительные иллюзии), нарастает беспокойство, усиливается тревожность, пугливость, сновидения приобретают характер кошмаров. В вечерне-ночное время отмечают удлиняющиеся периоды аллопсихической дезориентировки, которые чередуются с более длительными спонтанными прояснениями сознания, чаще в дневное время — люцидными промежутками.

В третьей стадии (истинный делирий) наблюдают в основном истинные галлюцинации, возбуждение, дезориентировку. Содержание галлюцинаций сценopodobное, имеет динамическую, развивающуюся фабулу. По мере утяжеления делирия исчезают люцидные промежутки, отмечается галлюциноз, возникает галлюцинаторная загруженность. На пике состояния довольно часто помимо зрительных появляются слуховые, вестибулярные, обонятельные галлюцинации. Выход из делирия нередко критический, после длительного сна, с последующей астенией. Может быть и литический выход, когда делирий проходит все этапы развития в обратном порядке.

Возможны другие его варианты. Например, *абортивный делирий* характеризуется наличием галлюцинаций при сохраненной ориентировке (длительность его нескольких часов), т.е. развитие процесса заканчивается на первой стадии. *Гипнагогический делирий* — галлюцинации возникают только при засыпании. *Делирий без делирия* — дезориентировка и суетливое возбуждение не сопровождаются расстройствами восприятия. Существует еще одна форма делирия — *профессиональный делирий*. Его суть в том, что содержанием всех симптомов является профессиональная обстановка и деятельность пациента, что находит отражение в мимике, жестах, речи. Вариант тяжелого делирия — *мусситирующий* (бормочущий), характеризующийся возбуждением в пределах постели с невнятным бормотанием и хватательными движениями. Реакция на окружающее отсутствует, и контакт с больными невозможен. Отмечается корфология — стереотипные обирающие движения. Резко нарастает выраженность таких сим-

птомов, как тактильные и ротоглоточные (ощущение во рту инородного тела, волос и др.) галлюцинации. Возникают нейровегетативные расстройства — гипертермия, миоклонические и фибриллярные подергивания мышц, тремор, гипергидроз, тахикардия, тахипноэ, колебания артериального давления (АД). По мере утяжеления состояние может перейти в сопор или кому. После выхода остается амнезия и выраженная астения.

Онейроидный синдром характеризуется наличием *фантастического бреда*, ярких грезоподобных *галлюцинаций*, складывающихся в определенный сюжет (сказки, исторические события, космические полеты и др.), активным участием которого больной себя чувствует. На высоте истинного онейроида наблюдают полную отрешенность от окружающего. Контакт с больными резко ограничен либо отсутствует. Характерна алло- и аутопсихическая дезориентировка. Перед «внутренним оком» разворачиваются красочные фантастические события, сопровождающиеся грубым расстройством самосознания. Максимально выражены кататонические расстройства (кататонический ступор или возбуждение). Воспоминания о переживаниях во время онейроидного помрачения сознания могут быть относительно полными и связными. Кроме того, достаточно выражены вегетовисцеральные расстройства (тахикардия, колебания АД, гипергидроз, гипертермия и др.).

Онейроидный синдром чаще наблюдают в случаях поражения затылочно-теменной области головного мозга при правосторонней локализации очага в сочетании с возбуждением больного. По мнению некоторых авторов, при локализации процесса в стволе головного мозга онейроидный синдром обусловлен поражением ретикулярной формации и расстройствами ретикулокорковой стимуляции. Онейроидное помрачение сознания наблюдают в структуре приступов периодической и шубообразной шизофрении, при эпилептических психозах, экзогенно-органических и интоксикационных психозах.

По мере нарастания тяжести состояния происходит характерная и последовательная трансформация клинической картины, а на конечном этапе возникает описанная выше психопатологическая структура — истинный онейроид. Стереотип такого развития был описан Т.Ф. Попандопулосом (1975). Он выделил семь этапов.

Инициальный этап характеризуется различными висцеровегетативными и аффективными нарушениями. Его еще называют общесоматическим, так как на первый план выступают жалобы на неустойчивость настроения, головные боли, парестезии, нарушение сна, анорексию, субфебрилитет. Длительность периода может быть от нескольких недель до нескольких месяцев.

На этапе *бредового аффекта* появляются страх, тревога, растерянность. Возникают разнообразные, аффективно насыщенные бредовые идеи конкретного содержания, чаще идеи преследования, отравления, воздействия и т.п. Психомоторные расстройства проявляются бредовым возбуждением. Клиническая картина на некоторое время приобретает вид острого параноида. Данный этап обычно краткий (до нескольких дней).

На *этапе аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации* впервые возникает нарушение ориентировки в виде двойственности. Нарушается