



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ



НЕВРОЛОГИЯ

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО КРАТКОЕ ИЗДАНИЕ

Под редакцией
акад. РАН Е.И. Гусева,
акад. РАН А.Н. Коновалова,
проф. А.Б. Гехт

Подготовлено под эгидой
Всероссийского общества неврологов и Ассоциации
медицинских обществ по качеству



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 6

Нарушения сознания

Сознание — сложное философское понятие, использующееся в самых разных областях знаний (например, правовое, историческое сознание и т.д.). В медицине понятие сознания — одно из основополагающих. Под нормальным сознанием (ясное сознание) подразумевают адекватное восприятие окружающего мира и собственного «я» (полная ориентировка в пространстве, времени, собственной личности), способность к продуктивному взаимодействию с окружающим миром и познавательной деятельности. Сознание — результат интегративной деятельности всего мозга, поэтому спектр его нарушений чрезвычайно широк и зависит в значительной степени от «точки приложения» повреждающего фактора.

При характеристике состояния сознания необходимо выделять два основных аспекта: **уровень бодрствования и содержательную, познавательную (когнитивную) составляющую**. Состояние бодрствования обеспечивается главным образом активирующей функцией ретикулярной формации ствола головного мозга и лимбической системой, а когнитивная деятельность — работой больших полушарий. Обе эти составляющие тесно взаимосвязаны. Основным критерием бодрствования, или «разбудимости», больного принято считать реакцию открывания глаз на звуковое или болевое раздражение (рефлекторная деятельность на уровне среднего мозга). При сохранности этой реакции состояние больного нельзя квалифицировать как бессознательное (коматозное). При патологических состояниях возможны разнообразные сочетания глубины и структуры нарушений бодрствования и когнитивных функций, что создает объективные трудности при классификации расстройств сознания и объясняет многочисленность используемых для их характеристики терминов.

Расстройства сознания классифицируют по этиологии, скорости развития и длительности (острые, подострые, хронические), глубине, содержанию (продуктивные и непродуктивные).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины нарушений сознания крайне многообразны. По патогенезу все расстройства сознания подразделяют на органические, метаболические и психогенные.

Органические поражения мозга, способные привести к нарушению сознания, включают практически все известные первичные и вторичные заболевания и патологические состояния ЦНС, как очаговые, так и диффузные. Прежде всего к ним относят острые поражения мозга, приводящие к его отеку, дислокации и деструкции: ЧМТ, ишемический инсульт, внутричерепные кровоизлияния различной этиологии и локализации. Особенно опасны острые процессы с первичным повреждением ствола мозга, а также процессы, сопровождающиеся обширным одно- или двусторонним поражением больших полушарий либо субтенториальных структур, так как они могут быстро приводить к развитию дислокации мозга со вторичным повреждением ствола. К развитию коматозных состояний могут приводить своевременно не диагностированные объемные образования супра- и субтенториальных структур (опухоли, абсцессы мозга). Нарушения сознания могут быть вызваны заболеваниями, приводящими к диффузным повреждениям вещества и оболочек мозга: демиелинизирующими заболеваниями, специфическими и неспецифическими энцефалитами, лептоменингитами, васкулитами. Практически при всех расстройствах сознания, обусловленных органической патологией ЦНС, можно обнаружить те или иные очаговые симптомы, свидетельствующие о локализации первичного или вторичного очага повреждения.

Метаболические факторы, приводящие к расстройствам сознания, можно разделить на эндогенные и экзогенные. В ряде ситуаций такое деление бывает весьма условным.

Причинами эндогенных интоксикаций являются:

- патология внутренних органов, приводящая к таким состояниям, как печеночная и почечная недостаточность (уремия), эклампсия беременных;
- нарушение функции эндокринных желез (сахарный диабет — гипо- и гипергликемическая кома, надпочечниковая недостаточность, тиреотоксикоз, гиперпаратиреозидизм);
- тяжелая витаминная недостаточность (тиамин, фолиевая кислота, B_{12} и др.);
- нарушения водно-электролитного баланса (гипо- и гиперосмолярная кома), в том числе при поражении гипофиза (питуитарная кома);
- нарушения кислотно-щелочного равновесия (респираторный или метаболический ацидоз либо алкалоз), анемии,

тяжелые бактериальные и вирусные инфекции, раковая интоксикация, анафилактический шок и др.

Особое место среди метаболических расстройств занимают состояния, приводящие к гипоксии и аноксии мозга: аноксическая аноксия (кислород по тем или иным причинам не поступает в кровь в необходимых количествах), анемическая аноксия (уменьшено содержание гемоглобина), ишемическая аноксия (состояния, приводящие к быстрому общему снижению мозгового кровотока: снижение сердечного выброса при инфаркте миокарда, аритмии, асистолии, вазодепрессорные реакции при шоковых состояниях и др.).

К экзогенным факторам относят в первую очередь различные лекарственные препараты (барбитураты, транквилизаторы, наркотические вещества, антидепрессанты, салицилаты и др.), токсичные вещества (алкоголь, метиловый спирт, природные и промышленные яды, угарный газ), алиментарные факторы (алиментарно-дистрофическая кома), гипо- и гипертермию (тепловой удар).

Общее свойство расстройств сознания при метаболических нарушениях — бедность очаговой неврологической симптоматики, даже у больных в состоянии комы.

Психические расстройства могут проявиться в виде полной ареактивности. Это состояние может возникать при истерии, тяжелых депрессиях, шизофрении. Для психогенной ареактивности типичны нормальный соматический и неврологический статус с сохранением всех физиологических рефлексов, отсутствие изменений в лабораторных анализах и практически нормальная ЭЭГ.

Скорость развития и длительность расстройств сознания разнообразны. Заболевание может начаться с внезапной полной утраты сознания (кровоизлияние в ствол, вентрикулярное кровоизлияние) либо ему может предшествовать период длительного, нередко волнообразного изменения сознания по типу затемнения или спутанности (эндогенные интоксикации), эпизод психомоторного возбуждения (гипоксия, ЧМТ), эпилептический припадок (эпилепсия, нарушения мозгового кровообращения), развитие очаговых симптомов (инсульт, опухоль). Расстройства сознания могут быть кратковременными (обмороки, абсансы) и неопределенно длительными. Последнее относится главным образом к глубокому угнетению сознания. Длительные расстройства сознания принято называть хроническими. Хронические расстройства, как правило, бывают исходом коматозного состояния. Критерием перехода острого нарушения сознания в хроническое предложено считать период 2–4 нед (F. Plum, J. Posner).

ВАРИАНТЫ РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

Ниже приведены термины, наиболее часто используемые для обозначения расстройств сознания. Многие из обозначаемых этими терминами состояний весьма близки по степени нарушения бодрствования и нарушению психической деятельности.

Острые и подострые нарушения сознания

Затемнение сознания — при незначительном снижении уровня бодрствования снижаются и искажаются восприятие и оценка окружающего. Возможны возбуждение, бред, галлюцинации, различные аффекты, в связи с чем больной может совершать неадекватные действия. Типично для интоксикаций, психозов. Может предшествовать развитию коматозного состояния.

Спутанность сознания характеризуется нарушением последовательности и замедлением всех мыслительных процессов, памяти, внимания. Типична дезориентация в месте, времени, личной ситуации. Уровень бодрствования снижен незначительно. Может быть следствием интоксикаций, внутричерепной гипертензии, острого нарушения мозгового кровообращения и других состояний.

Сумеречное сознание — своеобразное состояние, когда резко ограничены или полностью отсутствуют восприятие и осознание окружающей действительности, но больной способен совершать ряд неосознаваемых последовательных привычных действий. Наиболее типичный пример — сложный парциальный эпилептический припадок. Подобные состояния можно встретить также при острых преходящих расстройствах кровообращения (состояния по типу глобальной амнезии).

Делирий — острое нарушение сознания, проявляющееся прежде всего возбуждением, дезориентацией в окружающем и нарушением восприятия сенсорных стимулов, сноподобными галлюцинациями, во время которых больной абсолютно недоступен контакту. Пациент в состоянии делирия может быть агрессивен, многословен, подозрителен. Течение делириозного состояния бывает волнообразным, с относительно светлыми промежутками, во время которых появляются элементы контакта и критики. Продолжительность делириозного состояния обычно не превышает 4–7 дней. Возникает при экзогенных и эндогенных интоксикациях, в том числе алкогольной, а также при тяжелой ЧМТ в стадии выхода из коматозного состояния.

Оглушение — состояние, при котором значительно снижен уровень бодрствования больного. Речевой контакт возможен,

но существенно ограничен. Больной вял, сонлив, психические процессы замедлены. Характерны нарушения ориентировки, памяти. Продуктивная патологическая симптоматика отсутствует. Больной ограниченно выполняет двигательные задания. Типична быстрая истощаемость.

Различают **умеренное** и **глубокое** оглушение. Граница между этими состояниями весьма условна.

- При умеренном оглушении сохраняется речевая деятельность в виде ответов на вопросы, хотя часто их удается получить только после многократных обращений. Речь односложна, замедлена, спонтанная речь отсутствует.
- При глубоком оглушении снижение бодрствования нарастает, речевая продукция практически отсутствует, но сохраняется понимание обращенной речи, что проявляется в выполнении двигательных заданий. При дифференцировке состояния оглушения следует помнить, что причиной нарушения речи может быть очаговое поражение височной доли доминантного полушария.

Сопор — термин, в переводе с латыни обозначающий «глубокий сон». Под сопорозным состоянием обычно понимают глубокое угнетение сознания с развитием патологического сна. Выполнение инструкций отсутствует. Тем не менее больного можно «разбудить», т.е. получить реакцию открывания глаз, мимическую и целенаправленную двигательную реакцию на соответствующее сильное раздражение, например на болевой стимул. Возможны различные стереотипные движения, двигательное беспокойство в ответ на раздражение. После того как действие стимула прекращается, больной вновь погружается в состояние сна. Жизненно важные функции, как правило, существенно не нарушены.

Ступор — в англоязычной литературе понятие, практически аналогичное сопору. В отечественной практике термин обычно используют для обозначения психогенной ареактивности, встречающейся как элемент сложного симптомокомплекса при кататонии (кататонический ступор).

Кома (коматозное состояние). Основное проявление коматозного состояния — практически полное отсутствие признаков восприятия и контакта с окружающим, а также психической деятельности (ареактивность). Больной лежит с закрытыми глазами, реакция открывания глаз на звук или боль отсутствует. По всем остальным признакам (положение в постели, спонтанная двигательная активность, двигательная или вегетативная реакция на различные раздражители, степень сохранности стволовых функций, в том числе жизненно важных, состояние рефлекторной сферы и др.) коматозные состояния крайне раз-