Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Реферат

Тема: «Виды нарушения сознания: ступор, сопор, кома.»

Выполнил: Ординатор 2-го года специальности
Анестезиология-реаниматология
Яковлева К.А.

2019

Этиология

1. Супратенториальные объемные процессы
 - Эпидуральная гематома
 - Субдуральная гематома
 - Мозговой инфаркт или кровоизлияние
 - Опухоль мозга
 - Абсцесс мозга
2. Субтенториальные повреждения
 - Инфаркт ствола мозга
 - Опухоль ствола мозга
 - Кровоизлияние в ствол мозга
 - Кровоизлияние в мозжечок
 - Травма ствола мозга
3. Диффузные и метаболические мозговые расстройства
 - Травма (сотрясение головного мозга, ранение мозга или ушибы)
 - Аноксия или ишемия (синкопы, сердечная аритмия, инфаркт лёгкого, шок, легочная недостаточность, отравление угарным газом, сосудистые коллагеновые заболевания)
 - Эпилепсия
 - Состояние после эпилептического припадка
 - Инфекции (менингит, энцефалит)
 - Субарахноидальное кровоотечение
 - Экзогенные токсины (алкоголь, барбитураты, глутетимид, морфин, героин, метиловый спирт, гипотермия)
 - Эндогенные токсины и метаболические нарушения (уремия, печеночная кома, диабетический ацидоз, гипогликемия, гипонатриемия)
 - Психомоторный эпилептический статус

СТУПОР

Ступор — в психиатрии один из видов двигательного расстройства, представляющий собой полную обездвиженность с мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе на болевое.

Выделяют различные варианты ступорозных состояний:

- кататонический,
- реактивный,
- депрессивный ступор.

Кататонический ступор встречается чаще всего, он развивается как проявление кататонического синдрома и характеризуется пассивным негативизмом или восковой гибкостью или (в наиболее тяжёлой форме) резкой мышечной гипертонией с оцепенением больного в позе с согнутыми конечностями.

Находясь в ступоре, больные не вступают в контакт с окружающими, не реагируют на происходящие события, различные неудобства, шум, мокрую и грязную постель. Они могут не пошевелиться, если случаются пожар, землетрясение или какие-то другие экстремальные события. Больные

обычно лежат в одной позе, мышцы напряжены, напряжение чаще начинается с жевательной мускулатуры, затем спускается на шею, позднее распространяется на спину, руки и ноги. В этом состоянии отсутствует эмоциональная и зрачковая реакция на боль. Синдром Бумке — расширение зрачков на боль — отсутствует.

При ступоре с восковой гибкостью, кроме мутизма и обездвиженности, больной длительное время сохраняет приданную позу, застывает с поднятой ногой или рукой в неудобной позе. Часто наблюдается симптом Павлова: больной не реагирует на вопросы, заданные обычным голосом, но отвечает на шёпотную речь. По ночам такие больные могут вставать, ходить, приводить себя в порядок, иногда есть и отвечать на вопросы.

Негативистический ступор характеризуется тем, что при полной обездвиженности и мутизме любая попытка изменить позу больного, поднять его или перевернуть вызывает сопротивление или противодействие. Такого больного трудно поднять с постели, но, подняв, невозможно снова уложить. При попытке ввести в кабинет больной оказывает сопротивление, не садится на стул, но усаженный не встаёт, активно сопротивляется. Иногда к пассивному негативизму присоединяется активный. Если врач протягивает ему руку, он прячет свою за спину, хватается пищу, когда её собираются унести, зажмуривает глаза на просьбу открыть, отворачивается от врача при обращении к нему с вопросом, поворачивается и пытается говорить, когда врач уходит и т. д.

Ступор с мышечным оцепенением характеризуется тем, что больные лежат во внутриутробной позе, мышцы напряжены, глаза закрыты, губы вытянуты вперёд (симптом хоботка). Больные обычно отказываются от еды и их приходится кормить через зонд или проводить амиталкофеиновое растормаживание и кормить в то время, когда проявления мышечного оцепенения уменьшатся или исчезнут.

При **депрессивном ступоре** при почти полной обездвиженности для больных характерно депрессивное, страдальческое выражение лица. С ними удаётся вступить в контакт, получить односложный ответ. Больные в депрессивном ступоре редко бывают неопрятны в постели. Такой ступор может внезапно смениться острым состоянием возбуждения — меланхолическим раптусом, при котором больные вскакивают и наносят себе повреждения, могут разорвать рот, вырвать глаз, разбить голову, разорвать бельё, могут с воем кататься по полу. Депрессивный ступор наблюдается при тяжёлых эндогенных депрессиях.

При **апатическом ступоре** больные обычно лежат на спине, не реагируют на происходящее, тонус мышц понижен. На вопросы отвечают односложно с большой задержкой. При контакте с родственниками реакция адекватная эмоциональная. Сон и аппетит нарушены. Бывают неопрятны в постели. Апатический ступор наблюдается при затяжных симптоматических психозах, при энцефалопатии Гайе-Вернике.

СОПОР

Сóпор (от лат. *sopor* — оцепенение, вялость, сон) (субкома, сопорóзное состояние, *status soporosus*) — глубокое угнетение сознания с утратой произвольной и сохранностью рефлекторной деятельности.

Больной не реагирует на окружающую обстановку, не выполняет никаких заданий, не отвечает на вопросы. Из сопорозного состояния больного удастся вывести с большим трудом, применяя грубые болевые воздействия (щипки, уколы и др.), при этом у больного появляются мимические движения, отражающие страдание, возможны и другие двигательные реакции как ответ на болевое раздражение.

При обследовании обнаруживается мышечная гипотония, угнетение глубоких рефлексов, реакция зрачков на свет может быть вялой, но роговичные рефлексы сохранены. Глотание не нарушено. Сопорозное состояние может развиваться в результате травматического, сосудистого, воспалительного, опухолевого или дисметаболического поражения головного мозга.

При углублении этого прекоматозного состояния сознание полностью утрачивается, развивается кома.

Уровни нарушения сознания по Шахновичу

Умеренное оглушение

1. Словесный контакт возможен, но затруднен.
2. Ориентация в собственной личности, месте, времени, обстоятельствах нарушена.

3. Команды выполняет.

Глубокое оглушение

1. Словесный контакт практически невозможен.
2. Ориентация отсутствует.
3. Команды выполняет (пытается выполнять).

Сопор

1. Команды не выполняет.
2. Открывание глаз спонтанное, на окрик, боль.
3. Целенаправленная двигательная реакция на боль.
4. Тонус мышц (шеи) сохранен.

Кома умеренной глубины

1. Глаза не открывает.
2. Нецеленаправленная реакция на боль (сгибание, разгибание конечностей).
3. Тонус мышц (шеи) сохранен, дыхание не нарушено.

Глубокая кома

1. Реакция на боль нецеленаправленная, снижена.
2. Тонус мышц (шеи) снижен.
3. Нарушения дыхания центрального, обструктивного, смешанного типов.

Терминальная кома

1. Реакция на боль отсутствует.
2. Атония мышц.
3. Тяжелые нарушения дыхания.
4. Двухсторонний мидриаз.

КОМА

Кома (коматозное состояние)— остро развивающееся тяжёлое патологическое состояние, характеризующееся прогрессирующим угнетением функций ЦНС с утратой сознания, нарушением реакции на внешние раздражители, нарастающими расстройствами дыхания, кровообращения и других функций жизнеобеспечения организма. В узком смысле понятие «кома» означает наиболее значительную степень угнетения ЦНС (за которой следует уже смерть мозга), характеризующуюся не только полным отсутствием сознания, но также арефлексией и расстройствами регуляции жизненно важных функций организма.

Этиология

Кома не является самостоятельным заболеванием; она возникает либо как осложнение ряда заболеваний, сопровождающихся значительными изменениями условий функционирования ЦНС, либо как проявление первичного повреждения структур головного мозга (например, при тяжёлой черепно-мозговой травме). В то же время при разных формах патологии коматозные состояния различаются по отдельным элементам патогенеза и проявлениям, что обуславливает и дифференцированную терапевтическую тактику при комах разного происхождения.

В клинической практике утвердилось понятие «комы» как угрожающего патологического состояния, часто имеющего определённую стадийность в своём развитии и требующего в таких случаях неотложной диагностики и терапии на возможно более ранней стадии нарушений функций ЦНС, когда их угнетение ещё не достигло предельной степени. Поэтому клинический диагноз комы устанавливают не только при наличии всех характеризующих её признаков, но и при симптомах частичного угнетения функций ЦНС (например, при утрате сознания с сохранением рефлексов), если оно расценивается как стадия развития коматозного состояния.

- Кома бодрствующая (лат. *soma vigilis*) — состояние полного равнодушия и безучастности больного ко всему окружающему и самому себе при сохраняющейся аутопсихической, в некоторых случаях и аллопсихической ориентировке.

- Кома сомнолентная (*comasomnolentum*; лат. *somnolentus* сонливый) — состояние помрачённого сознания в форме повышенной сонливости.

Основанием для оценки проявлений начального или умеренно выраженного угнетения ЦНС служат понимание общих закономерностей развития комы и знание тех заболеваний и патологических процессов, при которых кома бывает характерным осложнением, специфически связанным с

патогенезом основного заболевания и определяющим его витальный прогноз, что предполагает также определённую специфичность тактики неотложной помощи. В подобных случаях диагностика комы имеет самостоятельное значение и отражается в формулируемом диагнозе (например, отравление барбитуратами, кома III степени). Обычно кома не выделяется в диагнозе, если в нём указано другое патологическое состояние, при котором потеря сознания подразумевается как составная проявлений (например, при анафилактическом шоке, клинической смерти).

Шкала комы Глазго (ШКГ, Глазго-шкала тяжести комы,) — шкала для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4-х лет и взрослых. Шкала состоит из трёх тестов, оценивающих реакцию открывания глаз (E), а также речевые (V) и двигательные (M) реакции. За каждый тест начисляется определённое количество баллов. В тесте открывания глаз от 1 до 4, в тесте речевых реакций от 1 до 5, а в тесте на двигательные реакции от 1 до 6 баллов. Таким образом, минимальное количество баллов — 3 (глубокая кома), максимальное — 15 (ясное сознание).

Начисление баллов

Открывание глаз

- Произвольное — 4 балла
- Как реакция на голос — 3 балла
- Как реакция на боль — 2 балла
- Отсутствует — 1 балл

Речевая реакция

- Больной ориентирован, быстрый и правильный ответ на заданный вопрос — 5 баллов
- Больной дезориентирован, спутанная речь — 4 балла
- Словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу — 3 балла
- Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос — 2 балла
- Отсутствие речи — 1 балл

Двигательная реакция

- Выполнение движений по команде — 6 баллов
- Целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание) — 5 баллов
- Отдёргивание конечности в ответ на болевое раздражение — 4 балла
- Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение — 3 балла
- Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение — 2 балла
- Отсутствие движений — 1 балл

Интерпретация полученных результатов

- 15 баллов — сознание ясное.
- 10—14 баллов — умеренное и глубокое оглушение.
- 9—10 баллов — сопор.
- 7—8 баллов — кома-1.
- 5—6 баллов — кома-2
- 3-4 балла — кома-3

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Руководство по анестезиологии и реаниматологии. Под редакцией профессора Ю.С. Полушина.- Санкт-Петербург.- 2004 г.
2. Руководство по анестезиологии. Под редакцией М.С. Глумчера, А.И. Трещинского К.: «Медицина»-2008г.