

Коматозные состояния

полковник м/с Хужманов У.М., подполковник м/с Яхъяев Ш.А.

Военно-медицинский факультет при ГМА

Каждому врачу, независимо от специальности, приходится оказывать помощь больным, находящимся в бессознательном состоянии. Трудность установления причин таких состояний несомненна, но именно от этого нередко зависит результативность лечебных мероприятий, а подчас и жизнь больного.

Признаками ясного сознания в медицине принято считать способность человека реагировать значимо и адекватно на внешние стимулы при сохранности ориентированности в окружающей обстановке (месте, времени) и в собственной личности. Сознание оценивается с точки зрения его содержания и уровня его активации. За содержание сознания отвечают сложнейшие нейронные ансамбли, формирующиеся с участием многих корковых (горизонтальных) и корково-подкорковых (вертикальных) связей в центральной нервной системе, в то время как активация обеспечивается структурами восходящей активирующей ретикулярной системы, локализующимися в стволе и промежуточном мозге. Исходя из этого, расстройства сознания условно подразделяют на помрачение, спутанность и выключение сознания. Для помрачения и спутанности сознания (сумеречное состояние, делирий, онейроид) наиболее характерно нарушение его содержательной стороны, потеря ясности мышления, в то время как общим признаком синдромов выключения (угнетения) сознания является снижение уровня его активации, т.е. снижение общего уровня бодрствования. В зависимости от степени такого снижения диагностируют оглушение, сопор или кому.

Состояние *оглушения* — частичное выключение сознания, характеризующееся нарушением уровня внимания, т.е. способности отбирать необходимую информацию и продуцировать в ответ связные, логически последовательные мысли и действия. Словесный контакт с больным сохранен, однако отмечается повышение порога всех внешних

раздражителей и снижение его собственной активности: больной открывает глаза в ответ на обращение к нему; отвечает на простые вопросы и выполняет простые инструкции; координированно реагирует на боль, однако все его реакции односложны и замедленны. Больной не может выполнить задание, требующее устойчивого внимания, например, последовательно отнимать от ста по шесть.

Сопор — выключение сознания, характеризующееся прекращением словесного контакта при сохранении реакции в виде открывания глаз на сильные внешние раздражители и наличием защитной координированной двигательной реакции на боль.

Кома — наиболее глубокое выключение сознания, при котором невозможен словесный контакт с больным, отсутствует открывание глаз на афферентную стимуляцию, защитные реакции на болевые раздражители являются некоординированными.

Кома — угрожающее жизни состояние, характеризующееся потерей сознания с утратой восприятия самого себя и окружающих и утратой способности восстановления сознания при афферентной стимуляции. Иначе говоря, кома - ареактивное состояние, при котором пробуждение субъекта невозможно.

Принято выделять три степени тяжести комы: легкую, выраженную и глубокую.

Легкая, или I степени, кома характеризуется возникновением общего двигательного беспокойства или отдергивания конечности в ответ на болевой раздражитель; рефлекторным ответом в виде чихания при раздражении слизистой оболочки носа ватой, смоченной нашатырным спиртом; мимическими реакциями на одноименной стороне при перкуссии скуловой дуги. Корнеальные рефлексы и реакция зрачков на свет сохранены, глотание не нарушено, дыхание и кровообращение достаточны для поддержания жизнедеятельности организма. Мочеиспускание — произвольное; возможна задержка мочи.

Выраженная, или II степени, кома определяется полным отсутствием

двигательной реакции на звуковые и умеренные болевые раздражители и наличием защитных рефлексов на сильные болевые стимулы. Наблюдаются патологические типы дыхания, артериальная гипотония и нарушения ритма сердца. Зрачки - чаще узкие, реже - широкие, их реакция на свет и корнеальные рефлексы снижены. Глотание нарушено, но при попадании жидкости в дыхательные пути возникают кашлевые движения, свидетельствующие о частичной сохранности бульбарных функций. Глубокие рефлексы угнетены, выявляются хватательный и хоботковый рефлексы, рефлекс Бабинского.

Глубокой, или III степени, коме свойственно угасание всех, в том числе и жизненно важных, рефлекторных актов. Дыхание — неадекватное (брадипноэ с частотой дыхания менее 8 - 10 в минуту, диафрагмальное дыхание и участие в акте дыхания вспомогательных мышц шеи, плечевого пояса); отмечается падение сердечной деятельности (коллапс, аритмия, цианоз кожи и слизистых оболочек). Двигательные реакции не вызываются, определяется мышечная гипотония. Наблюдается центральное стояние глазных яблок, зрачки - широкие, их реакция на свет и корнеальные рефлексы отсутствуют, глотание нарушено. Н. К. Боголепов (1967) предложил различать также кому VI степени, *запредельную* - самую тяжелую и глубокую, при которой жизнь обеспечивается искусственным поддержанием дыхания и кровообращения на фоне признаков угнетения функции ствола головного мозга. Это состояние трактуется как терминальное.

Литература

1. Пирадов М.А. Введение в реаниматологию // Неврологический журнал. 1998, №2. С. 2-7.
2. Плам Ф., Познер Дж.Б. Диагностика ступора и комы. Пер. с англ. М.: Медицина, 1986. 543 с.
3. Рациональная фармакоанестезиология: Руководство для практикующих врачей // Под общ. ред. А.А. Бунятына, В.М. Мизикова. М., 2006. 800 с.
4. Штпульман Д.Р. Нарушения сознания // Болезни нервной системы: Руководство для врачей. Т. 1. М.: Медицина, 2001. С. 217-230.