**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Психиатрии**

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

Реферат

на тему:

**«Расстройства сознания»**

Выполнила:

студентка V курса ----------

Проверил:

к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

**2008**

# **План**

Введение

1. Оглушение
2. Ступор
3. Аменция
4. Сумеречное состояние
5. Фебрильная (гипертоксическая, «смертельная») кататония

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

В отличие от потери сознания расстройства сознания характеризуются разной степенью расстройства психики с более сложной психопатологической картиной. Как правило, это преходящее расстройство, чаще возникающее как осложнение соматических болезней, инфекции или интоксикации. Характерны неотчетливость восприятия окружающего, часто дезориентировка во времени, месте и ситуации, нарушение мышления с затруднением суждений и более или менее выраженная амнезия. Все виды расстройств сознания требуют неотложной терапии.

**1. ОГЛУШЕНИЕ**

Чаще проявляется как начальная стадия полной потери сознания (сопор, кома), возникает при таких заболеваниях мозга, как опухоль, травмы, тяжелые инфекции и интоксикации, и проявляется в резком повышении порога для внешних раздражителей.

Больные малоподвижны, заторможены, дезориентированы, сонливы. Большую часть дня лежат, оставаясь безучастными, равнодушными ко всему, в том числе и к своему состоянию. По своей инициативе больные не обращаются ни с какими просьбами, при обращении к ним или не отвечают на вопросы, или отвечают односложно после неоднократных повторений. Внешний мир воспринимается больным "как сквозь туман", причем некоторые раздражители до него не доходят. Вместе с тем при активной стимуляции возможна некоторая мобилизация психической деятельности, прояснение сознания, после чего больные истощаются, вновь впадают в прежнее состояние.

Легкая степень оглушенности (обнубиляция сознания) характеризуется сраженной лабильностью состояния, колебанием расстройства сознания: затемнение сознания чередуется с его прояснением.

Диагноз. Как правило, оглушенность является обратимым, функциональным расстройством и обычно проходит при улучшении состояния, связанного с основным заболеванием. В более тяжелых случаях нарастает оглушенность, усиливается сонливость, неподвижность, больной перестает отвечать на вопросы, задаваемые даже очень громко. Лишь на сильные раздражители, например укол булавкой, больной реагирует гримасой боли, легким стоном, попыткой отстраниться - развивается сопор. При дальнейшем ухудшении состояния наступает полная потеря сознания с отсутствием зрачковых реакций и вообще полным отсутствием реакций на внешние раздражители, в том числе и на такие, как сильный укол: развивается самый тяжелый вид расстройства сознания - кома, которая может закончиться летально.

Таким образом, чрезвычайно важны своевременная диагностика оглушенности и интенсификация терапии с целью профилактики перехода оглушенности в более тяжелые формы расстройств сознания.

Следует также дифференцировать оглушение и ступор, поскольку обоим этим расстройствам свойственны резкая заторможенность, обездвиженность, затрудненность контакта. Оглушенность, как правило, развивается на фоне соматического заболевания, травмы, инфекции и др., а ступор возникает в ходе течения психических заболеваний, прежде всего шизофрении. При ступоре (психогенном, кататоническом) удается при внимательном наблюдении выявить переживания больного (чаще всего обусловленным бредом, галлюцинациями), тогда как для оглушения характерны полная безучастность и отсутствие внутренних переживаний. "Пустой", кататонический ступор протекает также с отсутствием переживаний, но он возникает обычно при длительном течении шизофрении, характеризуется негативизмом и др.

Неотложная помощь. Следует обеспечить уход за больным, усиление лечения основного заболевания и надзора, учитывая трудности дифференциальной диагностики и возможность внезапного развития возбуждения.

Целесообразно ввести капельно подкожно 500-1000 мл 0,85% раствора хлорида натрия или его смеси 5% раствором глюкозы. Применяют препараты нейрометаболического действия и прежде всего пирацетам (ноотропил) в ампулах по 5 мл 20% раствора внутривенно капельно, струйно или внутримышечно от 5 до 15 ампул в день или внутрь до 2,4-4 г в зависимости от тяжести оглушенности. Целесообразно также применение внутрь пантогама по 3-5 г/сут или пиридитола (энцефабола), по 300-500 мг/сут.

Госпитализация. Вопрос решается в зависимости от тяжести и характера основного соматического заболевания.

**2. СТУПОР**

Ступор (психомоторное заторможение) может возникнуть у больных шизофренией, после острой психической травмы, при тяжелых соматических заболеваниях.

Кататенический ступор обычно развивается в начале заболевания шизофренией более или менее внезапно, опережается с возбуждением, причем эти состояния могут сменять друг друга на протяжении дня. Обездвиженность чаще бывает неполной (субступор), тонус мышц может быть понижен, иногда больные застывают в приданных им позах ("восковая гибкость"). Выражение лица часто меняется, особенно характерна мимика недоуменя, рассеянности, экстаза или ужаса и др., что связано с обилием в это время фантастических, грезоподобных, сновидных переживаний (онейроидная кататония). Если ступор развивается менее остро, как, например) у больных бредовой формой шизофрении, он возникает на фоне уже имеющихся у больного слуховых галлюцинаций и бреда преследования. Тогда наряду с обездвиженностью больного удается наблюдать, как он к чему-то прислушивается, шевеля губами, беззвучно отвечает на вопросы.

Наиболее тяжелая форма ступора - люцидный ступор - бывает при хронической кататонической форме шизофрении, протекает обычно без каких-либо переживаний (пустой ступор). Мимика застывшая, взгляд устремлен в одну точку, на вопросы не отвечает (мутизм), чаще всего это ступор с мышечным оцепенением, когда больные лежат в эмбриональной позе, мышцы напряжены, челюсти сжаты. Больные могут быть неопрятны мочой и калом. Резко сопротивляются всем попыткам изменить положение конечностей, позу тела ("негативизм"), упорно отказываются от пищи, нередко у них отмечается истощение. Люцидный ступор может протекать не с мышечным оцепенением, а с "восковой гибкостью".

Депрессивный ступор является максимальной выраженностью депрессии. Наряду с обездвиженностью можно наблюдать признаки витально пониженного настроения (страдальческое выражение лица, депрессивные высказывания и другие симптомы депрессии). Опасность этого вида ступора заключается в возможной попытке совершить самоубийство, а также в длительном отказе с этой же целью от пищи.

Психогеный (истерический) ступор, так же как и психогенное возбуждение, возникает обычно после сильной психической травмы, что является главным критерием дифференциальной диагностики от других видов ступора. Несмотря на обездвиженность, характерна выразительность мимики, отражающая эмоциональную насыщенность переживаний больного. Выражение лица чаще страдальческое, на глазах слезы. На вопросы больной не отвечает, но как бы пытается это сделать с помощью мимики. В поведении больного можно наблюдать черты демонстративности, особенно при упоминании о психотравмирующей ситуации. Характерно обилие вегетативных реакций.

Ступор при тяжелых соматических заболеваниях и интоксикациях развивается при неблагоприятном течении инфекций, при отравлениях, в том числе психотропными средствами. Протекает на фоне выраженных признаков основного заболевания в сочетании с нарушением сознания.

Дифференциальная диагностика имеет важное значение, так как определяет разную тактику неотложной терапии. Кататонический ступор возникает в ходе шизофренического процесса, рецидивирует, поэтому важное значение имеют анамнестические сведения, а также описанные выше признаки перехода ступора в кататоническое возбуждение. Для распознавания депрессивного ступора важна динамика его развития, ему обычно предшествует более или менее длительный период утяжеляющейся депрессии. Отграничению помогают также клинические признаки депрессии. Следует учитывать, что при очень тяжелых психогениях (катастрофа, внезапная утрата близкого человека и др.) депрессивный ступор может возникать так же остро, как и психогенный - В этих случаях дифференцированию помогают описанные выше различия в клинической картине. Ступор при тяжелых соматических заболеваниях протекает с расстройством сознания на фоне основного заболевания и свидетельствует о тяжести страдания. При этом отсутствуют как кататонические симптомы, так и депрессивные проявления, выражены симптомы основного заболевания, а также возможная неврологическая симптоматика, свидетельствующая о поражении соответствующих отделов мозга (менингеальные симптомы, анизорефлексия, патологические рефлексы и др.).

Неотложная помощь сводится к предупреждению опасных действий и обеспечению мер безопасности больного. При кататоническом ступоре - это готовность к купированию внезапного импульсивного возбуждения. При депрессивном ступоре - предупреждение возможности внезапного развития депрессивной ажитации со стремлением к самоубийству, а также устранение отказа от приема пищи. Следует учитывать, что психогенный ступор может сменяться психогенным возбуждением. Неотложная помощь при кататоническом ступоре во внебольничных условиях не имеет смысла, так как попытки растормаживания больного могут вызвать возбуждения и тем самым создать дополнительные трудности.

В условиях стационара благодаря барбамил-кофеиновому растормаживанию удается выявить особенности переживаний больного и тем самым определить характер ступора. Оно же служит методом лечения и помогает при упорном отказе от пищи. В начале вводят 1-2 мл 20% раствора кофеина, а через 3-5 минут внутривенно медленно 5-10 мл 510% раствора барбамила, контролируя состояние больного, и при первых признаках растормаживания прекращают вливание, чтобы не превысить индивидуальную для этого больного растормаживающую дозу и не вызвать обычный сон. Прекращают введение барбамила в тот момент, когда больной откроет глаза или когда начнут проявляться мимические, двигательные или вегетативные (в виде побледнения либо покраснения лица, потливости и пр.) реакции при этом надо всячески стимулировать растормаживание больного: обращаться к нему с вопросами, тормошить, слегка похлопывать по щеке и т.п.

В условиях психиатрического стационара кататонический ступор лечат внутримышечным введением френолона в дозе 5-15 мг/сут, при люцидном ступоре назначают мажептил внутрь до 60 мг/сут; эффективны также барбамил-кофеиновые растормаживания. Эффективен также психостимулятор сиднокарб до 30-50 мг/сут внутрь. При ступоре с бредом и галлюцинациями применяют стелазин (трифтазин), галоперидол, триседал по тем же принципам, что и лечение бредовых и галлюцинаторных состояний. При депрессивном ступоре проводят барбамил-кофеиновые растормаживания, применяют мелипрамин до 200-300 мг/сут внутрь или внутримышечно. При психогенном ступоре используют диазепам (седуксен, реланиум) до 30 мг/сут внутрь, лучше внутримышечно; эленниум до 50 мг/сут внутрь, лучше внутримышечно; феназепам - 3-5 мг/сут внутрь. Ступор при тяжелых соматических заболеваниях требует интенсивного лечения основного заболевания.

Госпитализация необходима в психиатрическую больницу при всех видах ступора, кроме соматогенного, лечения которого осуществляется в том же отделении, где находится больной соматическим заболеванием.

**3. АМЕНЦИЯ**

Состояние спутанности сознания, которое характеризуется растерянностью, нарушением всех видов ориентировки, в том числе осознания собственной личности, а также бессвязностью мышления называется аменцией.

Больные постоянно находятся в состоянии хаотического двигательного возбуждения, ограничивающегося пределами постели. Они недоступны контакту, речь их разорвана и состоит из отдельных слов. Именно разорванность (инкогеранция) мышления является характерной чертой при отграничении аменции от других видов нарушений сознания. Аффективные реакции лабильны: больные то плаксивы, то улыбчивы, то индифферентны к окружающему. По ночам могут возникать делириозные эпизоды, в высказываниях нередко звучат фрагментарные бредовые переживания, а поведение может указывать на наличие отдельных галлюцинаторных обманов. На высоте развития аменции иногда возникают кататоноподобная симптоматка в виде возбуждения или ступора, хореинформные гиперкинезы. После выздоровления весь период аменции полностью амнезируется.

Диагноз. Поскольку аменция обычно развивается при соматическом заболевании, необходимо ее отличать от делирия, что имеет существенное значение для неотложной терапии, так как аменция является более тяжелым видом расстройства сознания, свидетельствующим о резком ухудшении прогноза. В отличие от делирия возбуждение при аменции крайне однообразно, ограничивается пределами постели, речь и мышление разорваны, бессвязны. Галлюцинации и бред выражены незначительно, могут возникать лишь эпизодически. Эпизодов прояснения сознания в дневные часы, как это бывает при делирии, не отмечается.

Неотложная помощь осуществляется по тем же принципам, что при делирии, но более интенсивно, главным образом в отношении основного заболевания. Большую роль играют внутримышечное введение 2-5 мл 2,5%) раствора аминазина и 20 мл 30% раствора тиосульфата натрия внутривенно. Если аминазин по соматическому состоянию противопоказан, целесообразно внутривенно медленно ввести 30 мл 30% раствора тиосульфата натрия с 5 мл 25% раствора сульфата магния и подкожно 1 мл 2% раствора пантопона. Для купирования возбуждения также показаны внутривенное (капельное или струйное) или внутримышечное введение 20-30 мг диазепама (седуксена, реланиума) или 40-50 мг элениума внутримышечно или внутрь, 5-8 мг феназепама внутрь в день.

Очень хороший эффект с прояснением сознания, особенно при органических заболеваниях ЦНС, достигается систематическим внутривенным капельным (хуже струйным или внутримышечным) введением пирацетама (ноотропила) в дозе 6-8 г, а в тяжелых случаях 16-18 г в день (в 1 ампуле, т.е. 5 мл 20% раствора, содержится 1 г пирацетама).

Госпитализация. При аменции транспортировка, как правило, лимитируется тяжестью общего состояния больного. Надзор и уход за больным могут быть организованы в условиях соматической больницы.

**4. СУМЕРЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ**

Наиболее важным признаком сумеречных состояний является внезапное расстройство сознания. Обычно без видимой причины, без каких-либо предвестников наступает такое изменение сознания, при котором поведение больного начинает определяться остро возникающими галлюцинаторно-бредовыми явлениями устрашающего характера. Особая опасность сумеречного состояния заключается в том, что, несмотря на внешне упорядоченное поведение, больные могут совершать неожиданные тяжелые агрессивные действия, нападая на окружающих, разрушая все на своем пути. Агрессивность, жестокость отличает сумеречные состояния.

Внешне больные кажутся мало изменившимися, часто их деятельность остается последовательной, что сразу же позволяет отличить эти состояния от делирия. Однако первый же обращенный к больному вопрос или сказанное им слово показывает, что больные дезориентированы: не понимают, где они находятся, не узнают окружающих их людей, не могут назвать число, месяц, год, не помнят своего имени и имен близких им людей. Речь больных связная, грамматически правильно построенная, но в то же время беседовать с ними невозможно. Они не отвечают на вопросы, сами не ждут ответа на свои высказывания. Они говорят, ни к кому не обращаясь, как бы сами с собой. Характерна относительная однообразность состояния с резко выраженным аффективным расстройством в виде злобы, напряженности, тоски и страха, бессмысленной ярости. В более редких случаях глубина сумеречного нарушения сознания менее выражена, ориентировка в известной мере сохраняется, бред и галлюцинации могут быть невыраженными. Сохраняется внешне упорядоченное поведение, однако могут наблюдаться аффекты страха, злобности, напряженности, приступы внезапной агрессивности и жестокости (дисфорический тип сумеречного состояния).

Так называемое патологическое опьянение по клинической картине и течению может рассматриваться как вариант сумеречного состояния.

Диагноз. В отличие от делирия при сумеречном состоянии больные сохраняют внешне правильное поведение. Приступ начинается и заканчивается внезапно. Характерной особенностью сумеречных состояний, отличающей их от делирия, является полная амнезия: больные ничего не помнят из происходившего с ними и поэтому об их переживаниях можно лишь догадываться по отдельным высказываниям во время психоза. Для диагностики сумеречного состояния, кроме этих признаков, важное значение имеет наличие в анамнезе больного указаний на эпилептические припадки или на аналогичные состояния возбуждения, хотя это и необязательно. Сумеречные состояния могут чередоваться с эпилептическими припадками, быть единственным проявлением эпилепсии, периодически повторяться или возникнуть всего один раз.

Неотложная помощь. Необходимо обеспечить условия, предотвращающие возможности несчастного случая. Применяя средства фиксации, следует напомнить, что к возбужденному больному, если он вооружился каким-либо орудием (обломки мебели и пр.), следует подходить нескольким людям с разных сторон одновременно, держа перед собой матрацы, подушки, одеяла. Приблизившись к больному вплотную, фиксируют его конечности. Затем больного укладывают на кровать, вводят лекарства и удерживают до окончания приступа, если он кратковременный, или до эвакуации в психиатрическую больницу.

При возбуждении назначают аминазин или тиииизерцин по 2-3 мл 2,5% раствора внутримышечно повторно. Довольно быстрый успокаивающий эффект достигается введением в клизме 1 - 2 г хлоралгидрата и 0,1 г кофеина в 50-60 мл дистиллированной воды. Если возбуждение выражено очень резко, внутримышечно вводят гексенал или тиопентал-натрий (0,5-0,6 г) приготовив ex tempore 5% раствор. После некоторого успокоения применяют клизму с хлоралгидратом, барбитал-натрием и кофеином.

В боле тяжелых и затяжных случаях, не поддающихся действию аминазина и тизерцина, применяют внутримышечно галоперидол (1 мл 0,5% раствора 1-2 раза в день). Иногда возбуждение купируют внутримышечным введением указанных выше доз аминазина (тизерцина) в сочетании с галоперидолом.

Наиболее быстрый седативный эффект достигается внутривенным медленным введением аминазина (до 3 мл 2,5% раствора аминазина с 10-20 мл 40% раствора глюкозы). Целесообразно внутривенное или внутримышечное введение 10мл 10% раствора глюконата кальция либо внутривенное введение хлорида кальция. Как только возбуждение уменьшится, эти медикаменты следует назначать внутрь (например, аминазин или тизерцин до 300 мг) до полного устранения сумеречного состояния, в тех случаях, когда сумеречное состояние становится затяжным, проводят комплексную терапию, применяя противоэпилептические средства и нейролептики в меньших дозах. Госпитализация необходима в психиатрическое учреждение во всех случаях сумеречного состояния, особенно если оно затяжное или рецидивирующее.

**5. ФЕБРИЛЬНАЯ (ГИПЕРТОКСИЧЕСКАЯ, "СМЕРТЕЛЬНАЯ") КАТАТОНИЯ**

Это острейшее психотическое состояние, протекающее с разными видами нарушения сознания, лишь традиционно рассматривается в рамках шизофрении, так как, по-видимому, представляет собой сборную группу различных по этиологии болезней, проявляющихся острыми психическими нарушениями. Чрезвычайная острота, обилие гиперергических проявлений, бурное течение, сочетание психопатологических и соматических нарушений, взаимно усиливающих друг друга, нередко приводят к летальному исходу. Правильная тактика неотложной терапии в первые часы (реже дни) заболевания сохраняет жизнь больному.

Фебрильная кататония возникает на фоне протекающего шизофренического приступа остро и сразу принимает бурное течение. Иногда она диагностируется как онейроидная кататония, в других случаях развивается ступор или кататоно-гебефренное возбуждение, быстро приобретающее аментиформный характер. Важнейшим симптомом является гипертермия, у одних больных температура тела вначале субфебрильная, а затем постепенно повышается до фебрильных цифр, вплоть до гиперпирексии. В других случаях температурная кривая неправильная, причем фебрильные и гиперпирексические температурные подъемы наблюдаются в различное время суток, а в промежутке сохраняется субфебрилитет. Лихорадка сопровождается выраженной тахикардией, которая нередко диссоциирует с умеренной температурной реакцией. Раннее появление тахикардии и температурно-пульсовой диссоциации характерно для фебрильной кататонии. Обращает на себя внимание внешний вид больного: серовато-землистое, реже гиперемированное лицо с заострившимися чертами, запавшие блестящие глаза, иногда с инъецированными склерами, блуждающий (иногда фиксированный) взгляд, капли пота на лбу, запекшиеся сухие губы с трещинами в углах рта, сухой язык с белым или коричневым налетом. Менее постоянно наблюдаются профузный пот, кровоизлияния на коже и слизистых оболочках, трофические расстройства типа пролежней. Общее состояние быстро ухудшается, падает АД, учащаются пульс и дыхание. Смерть наступает обычно на 7-10-й день болезни при картине острой сосудистой недостаточности на фоне отека мозга.

Неотложная помощь. Одним из лучших методов лечения фебрильной кататонии является электросудорожная терапия (ЭСТ). Если она применяется в первые дни заболеваний, то достаточно 2-3 сеансов электрошока для купирования ургентного состояния. После 4-5-го дня эффективность ЭСТ заметно снижается. ЭСТ не заменяет медикаментозную терапию, направленную на устранение гипотонии, гиперпирексии и др. Сокращает смертность ранняя интенсивная инфузионная терапия через катетер, введенный в подключичную или кубитальную вену. Внутривенно капельно вводят 3-5 л 5% раствора глюкозы, реополиглюкин, гемодез. Нарушения электролитного баланса компенсируется введением изотонического раствора хлорида натрия и полиионных растворов типа Рингера - Локка. Для профилактики и борьбы с отеком мозга назначают диуретики: лазикс (1-3 мл 1% раствора) внутривенно или внутримышечно, мочевина (30% раствор на 10% растворе глюкозы - 1 г/кг в сутки) или маннитол (100-200 мл 10-20% раствора) в течение 20-30 минут внутривенно капельно. При падении сосудистого тонуса наряду с введением полиглюкина и реополиглюкина вводят кордиамин - 2-4 мл в сутки, мезатон - 1-2 мл 1% раствора, а также строфантин 0,5 мл 0,05% раствора или коргликон 1 мл 0,06% раствора. Гиперпирексию устраняют парентеральным введением анальгина, назначают также пузыри со льдом на область крупных сосудов, влажные холодные обертывания и т.п.

Вегетативные нарушения корригируют седуксеном (диазепамом) - 30-60 мг/сут внутривенно. В устранении нарастающих нарушений сознания и в нормализации метаболизма мозга важная роль принадлежит пирацетаму (ноотропилу) - 25-75 мл 20% раствора внутривенно.

Госпитализация немедленная в психиатрическую больницу или реанимационное отделение.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год