

**БОЛЬШЕ, ЧЕМ МИНИМАЛЬНОЕ СОЗНАНИЕ: АПАЛЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

Бабаназаров Умид Туробкулович,  
Хайитов Дилшод Хаётович  
Бухарский государственный медицинский институт

**Резюме**

Апаллический синдром (вегетативное состояние или же социальная смерть мозга), возникающий после острой церебральной гипоксии, является хорошо известным состоянием, который требует незамедлительной интенсивной терапии и слаженной работы медицинского персонала. При острой гипоксии мозга преимущественно поражается его кора. При травматическом статусе апаллическом синдроме существенный вклад в развитие апаллического синдрома, помимо отека белого вещества, вносит сдавление среднего мозга с вытекающими отсюда последствиями.

Подобные клинические случаи, резко возникающие после острого поражения коры головного мозга или частей ствола головного мозга проявляются различными общемозговыми симптомами. Данная статья является разбором клинических случаев с апаллическим синдромом.

**Ключевые слова:** вегетативное состояние, гипоксическая энцефалопатия, отёк мозга, респираторная нестабильность, патологические рефлексы, парентеральное питание, нейропротекция.

**Цель исследования:**

Обозначить приоритет терапевтического лечения в ОРИТ и проанализировать действующую и обогащенную терапию для больных с осложнениями апаллического синдрома.

**Материалы и методы:**

материалы представляют собой анализ имеющихся исследований, а также два клинических случая в РНЦЭМП в отделении реанимации.

**Введение**

Согласно E. Kretschmer (1940), который детально описал данное состояние: «...больной в прострации, неактивен, бодр, но молчит. Глаза больного раскрыты, они бессмысленно движутся с одного в другой угол, не фокусируются ни на чём, либо пациент смотрит прямо. Попытки привлечь его внимание напрасны. Диалог с больным, прикосновение к нему или визуализация ему объектов не приводят к какому-либо ощущаемому результату. Рефлекторные движения отстранения или защиты отсутствуют. Потеряна способность расслабиться, поэтому больной находится в случайно принятой позе. Некоторые примитивные вегетативные функции могут сохраняться. Наблюдаются элементарные

инстинкты, такие как хватание, сосание и жевание. Синдром отличается от комы появлением чередования сна и бодрствования» [1, 2].

Апаллический синдром (АС) – симптомокомплекс, сочетающий в себе психические и неврологические расстройства, возникающие в результате выключения коры головного мозга – декортикации [3]. Все важнейшие жизненные функции (дыхание, кровообращение, обмен веществ) и даже сон-бодрствование присутствуют, но переживания нет и даже элементарных ощущений цвета, света, боли. Пациенты могут реагировать на раздражители, но эти реакции являются чисто автоматическими и не связаны с каким-либо психическим восприятием этих раздражителей. Данное состояние является полиэтиологичным синдромом, начиная от черепно-мозговой травмы так заканчивая суицидальным повешиванием. Чаще всего АС развивается при острых поражениях мозга как травматического (автомобильная травма, огнестрельное повреждение и т.д.), так и нетравматического генеза (глобальная ишемия мозга в результате остановки сердца, дыхания, асфиксии разного генеза, острые нарушения мозгового кровообращения, инфекции ЦНС, опухоли, эндогенные и экзогенные интоксикации) [4]. Расчеты по данным этиологических исследований в странах Западной Европы показывают 1-10,5 новых случаев только травматического АС на 100000 население ежегодно. По данным некоторых исследований заболеваемость с АС представляет 0,7-1,1 на 100000 население, распространенность — 2-10 на 100000 население [8-10].

Исследования больных с АС показали, что данное состояние не является конечным и стойким органическим поражением центральной нервной системы, а имеет циклическую стадийность [5, 6].

Возникновения таких «новых» патологических процессов, как прогрессирующая атрофия мозга, прогрессирующая гидроцефалия, эпилептический процесс, спастика мышц конечностей. Это обуславливает необходимость пересмотра сформированных стереотипов по отношению к схематическому стандартизированному, преимущественно посиндромному медикаментозному восстановительному лечению [7-9].

#### **Результаты исследования:**

В нашем случае пациенты К.Ж. 16 лет с диагнозом «странгуляционная асфиксия», и У.Х. 22 года с диагнозом «открытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени тяжести с осложнениями отёк головного мозга и АС». При поступлении в отделение ОРИТ у больных наблюдались следующие клинический нейростатус: сознание угнетено коме I степени. Движение глазных яблок в стороны сохранено. Глотание сохранено. Асимметричное лицо, правосторонний гемипарез, гемигипестезия. Анизорефлексия D>S. Патологические рефлексы Бабинского и признак М-Родовича (+) с обеих сторон, менингеальные признаки не выявляются.

Лечение АС проводилось наподобие медикаментозной терапии комы с некоторыми изменениями. Для нейропротекции использовался Цитиколин 4,0 мл. Для стимуляции образования и роста синапса, восстановления функции иннервации, улучшения нервной проводимости, стимуляции электрической активности мозга и восстановления

нейрофизиологических показателей использовался ганглиозид Мавикс 20мг/мл. Седативная терапия Мидозолам 15мг и Оксibuтират натрия 2гр. С целью дегидратации отёка головного мозга использовался 7,5% раствор NaCl 200мл и диуретик фуросемид 1% 2мл. Антиконвульсант Конвулекс 2мл. Для поддержания адекватной вентиляции легких и оксигенации была произведена трахеостомия. Миорелаксант центрального действия Мидокалм 1мл. Чтобы уменьшить выраженность психической и неврологической симптоматики и улучшению мозгового кровообращения применялся Кавинтон 4мл. Мембраностабилизирующая терапия KCl 4% 30мл+ лидокаин 2% 4мл+MgSO<sub>4</sub> 25% 5мл+ NaCl 0,9% 200мл. Антибактериальная терапия Стрептомицин 0,5гр. Пиролитическая терапия в роли Темфулган 100мл. Антикоагулянтная терапия Гепарин 5000ед. С целью антиоксидантной терапии использовали Аскорбиновая кислота 5% 10мл и Эмгопс 5% 5мл. Для улучшения реологии крови Реосорбилакт 200мл. Ингибитор протонной помпы Омез 20мг. Поддержание парентерального питания – Neo-Amin 200мл. Для предупреждения пролежней проводился вибромассаж и растирание. Данная терапия проводилась на протяжении двух недель и больные были выписаны.

### Заключение

Апаллический синдром представляет собой сложное состояние, требующее комплексного и индивидуализированного подхода к лечению. Несмотря на вызовы, связанные с этим состоянием, современная медицина стремится к поиску новых методов реабилитации и поддержки, чтобы улучшить жизнь пациентов с апаллическим синдромом и их семей. Благодаря развитию медицины и открытию новых медицинских препаратов, порой удается вывести больного на прогрессивное улучшение в развитии. И в нашем случае данная терапия указала на эффективность проводимого лечения с положительной динамикой развития. Апаллический синдром остается вызовом для медицинского сообщества, однако постоянные усилия и инновации в лечении подтверждают позитивное влияние прогрессивных методов на процессы восстановления и благополучие пациентов.

### Использованная литература

1. Kretschmer E. Das apallische Syndrom. Z. Ges. Neurol. Psychiat. 1940; 169: 576.
2. Kondrateva E.A., Yakovenko I.V. Vegetative State (Etiology, Pathogenesis, Diagnosis and Treatment) [Vegetativnoe sostoyanie (etiologiya, patogenez, diagnostika i lechenie)]. St. Petersburg: RNKhI named after prof. A.L. Polenova; 2014. (in Russian)
3. Babanazarov Umid Turobkulovich, & Kayimov Mehridin Tuymurodovich. (2023). Coronavirus Infection - A Trigger Factor of Liver Damage. Eurasian Research Bulletin, 18, 156–162. Retrieved from <https://geniusjournals.org/index.php/erb/article/view/3715>
4. Плам.Ф., Познер Дж.Б. Диагностика ступора и комы. М.: Медицина. 1986, с.128.
5. У.Б. Лущик, Н.Г. Лущик, И.П. Бабий. «Монография», Апаллический синдром, Киев 2005 год, стр 38.
6. Babanazarov U.T, & Qayimov M.T. (2023). Epidemiology, Etiology, Clinical Description, and Prevention of Postoperative Cognitive Dysfunction. Eurasian Research Bulletin, 19, 38–46. Retrieved from <https://geniusjournals.org/index.php/erb/article/view/3807>

- 
7. Цымбалюк В.И., Пичкур Л.Д., Мартынюк В.Ю. Нейротрансплантация в лечении последствий апаллического синдрома // Журн. Вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. — 1998. — №1. — С.15–17.
  8. Gerstenbrand F. The Appallic Syndrome / Eds G.D. Ore et al. — Berlin, 1977.
  9. Babanazarov, U. T., & Barnoyev, S. S. (2023). Clinical Characteristics of Patients with Chronic Diffuse Liver Disease Against the Background of Covid-19. Genius Repository, 26, 49-55.
  10. Цымбалюк В.И., Пичкур Л.Д., Мартынюк В.Ю. и др. Использование нейротрансплантации в лечении последствий травматического апаллического синдрома // Травма нервной системы у детей: Материалы I Всерос. конф. — СПб., 1999. — С.152–159.
  11. Мартынюк В.Ю., 1998; International working party report on the vegetative state, 1996.