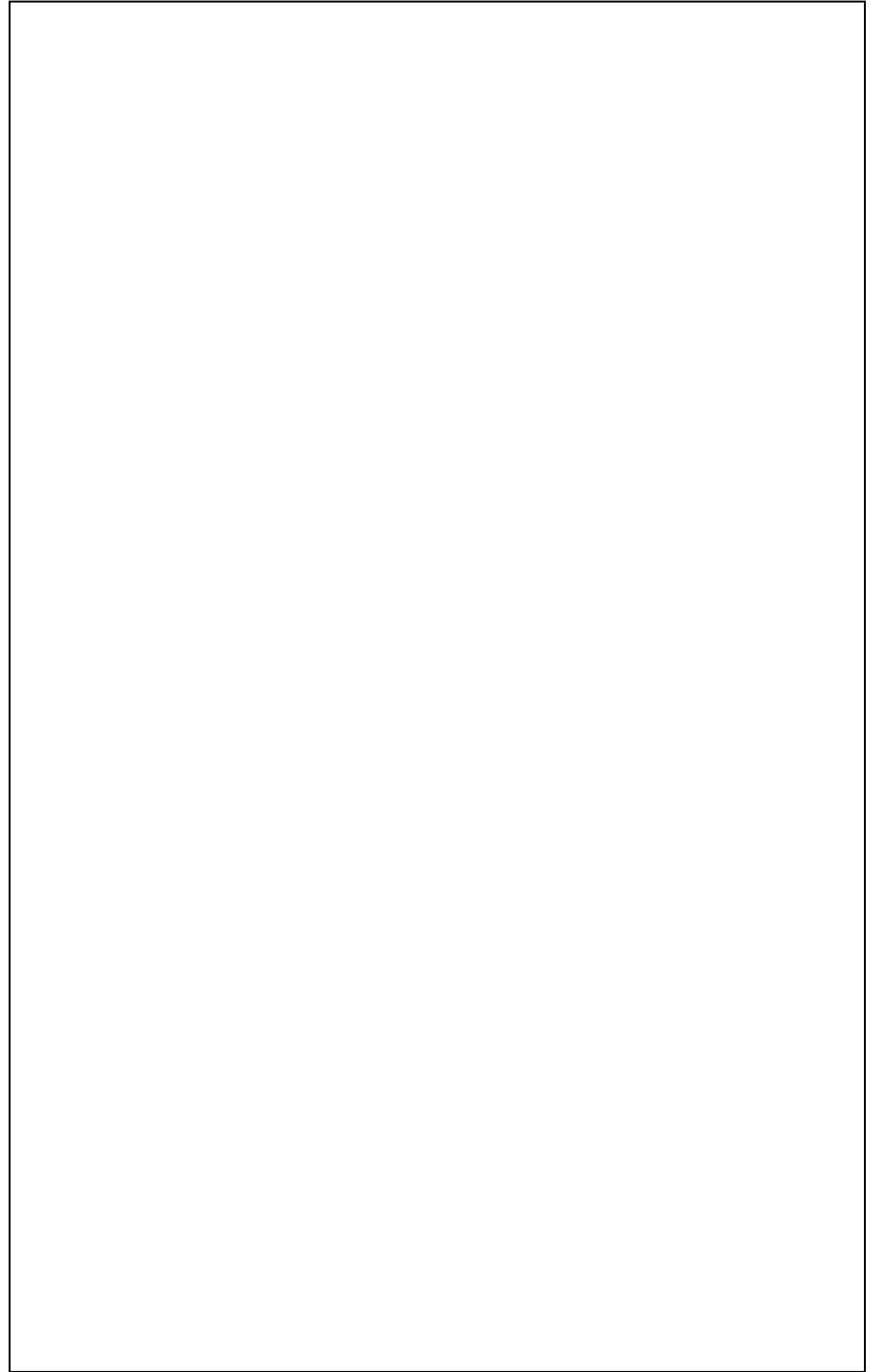
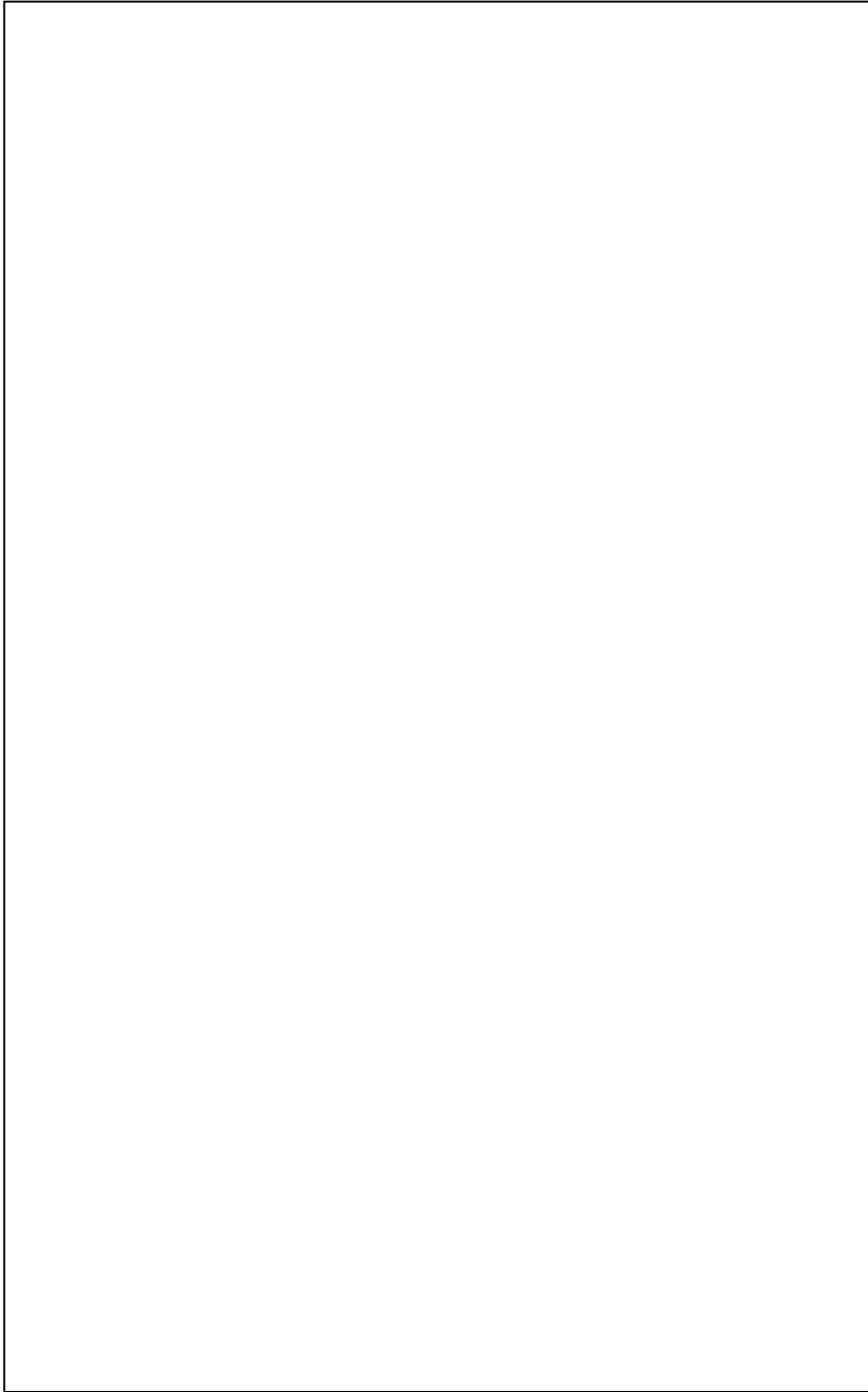


Пензенский государственный университет
медицинский институт
кафедра ТО и ВЭМ
курс "Экстремальная и военная медицина"

ОБМОРОК, КОЛЛАПС, КОМА

Пенза 2003



реанимации и интенсивной терапии.

Умение оказать неотложную помощь является безусловным требованием к любому медицинскому работнику вне зависимости от его специальности. К наиболее частым случаям угнетения сознания, при которых требуется срочное медицинское пособие, относятся ОБМОРОК и КОМА. При данных состояниях пострадавший теряет сознание и падает. КОЛЛАПС может являться предвестником обморочного состояния и также заслуживает самого пристального внимания.

ТЕРМИНОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ОБМОРОК характеризуется генерализованной мышечной слабостью, снижением постурального тонуса, неспособностью стоять прямо и потерей сознания.

КОМА (от греч. кома — глубокий сон) — полное выключение сознания с тотальной утратой восприятия окружающей среды и самого себя и с более или менее выраженными неврологическими и вегетативными нарушениями. Степень тяжести комы зависит от продолжительности неврологических и вегетативных нарушений. Комы любой этиологии (кетоацидотическая, уремическая, печеночная и т. д.) имеют общую симптоматику и проявляются потерей сознания, снижением или исчезновением чувствительности, рефлексов, тонуса скелетных мышц и расстройством вегетативных функций организма (ВФО). Наряду с этим, наблюдаются симптомы, характерные для основного заболевания (очаговая неврологическая симптоматика, желтуха, азотемия, и др., см. табл. 4).

КОЛЛАПС (от лат. collabor, collapsus — ослабевший, упавший) — остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса и относительным уменьшением объема циркулирующей крови (ОЦК). Потеря сознания при коллапсе может наступить только при критическом уменьшении кровоснабжения

головного мозга, но это не обязательный признак. Принципиальным отличием коллапса от шокового состояния является отсутствие характерных для последнего патологических признаков: симпатoadренальной реакции, нарушений микроциркуляции и тканевой перфузии, кислотно-щелочного состояния, генерализованного нарушения функции клеток. Данное состояние может возникнуть на фоне интоксикации, инфекции, гипо- или гипергликемии, пневмонии, надпочечниковой недостаточности, при физическом и психическом переутомлении. Клинически коллапс проявляется резким ухудшением состояния, появлением головокружения или потерей сознания (в этом случае речь будет идти об обмороке), кожные покровы становятся бледными, выступает холодный пот, отмечается легкий акроцианоз, поверхностное, учащенное дыхание, синусовая тахикардия. Степень снижения АД отражает тяжесть состояния. Неотложная помощь аналогична лечению обморока.

ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - нарушение венозного возврата из-за увеличения емкости сосудистого русла. Наличие острой сосудистой недостаточности у пострадавшего не обязательно должно сопровождаться обмороком, последний наступает только при падении кровоснабжения головного мозга ниже критического.

Обморок и кома относятся к **КОЛИЧЕСТВЕННЫМ СИНДРОМАМ НАРУШЕНИЯ (УГНЕТЕНИЯ) СОЗНАНИЯ**. В нашей стране принята рабочая классификация угнетения сознания, предложенная А. И. Коноваловым и др., (1982), согласно которой выделяются 7 степеней оценки сознания: ясное; оглушение умеренное; оглушение глубокое; сопор; кома умеренная; кома глубокая, кома запредельная.

Основные клинические характеристики оценки состояния сознания (А. И. Коновалов и др., 1982)

Ясное сознание — полная его сохранность, адекватная реакция на окружающую обстановку, полная ориентация, бодрствование.

должна включать в себя следующие неотложные исследования:

- венозная кровь: общий анализ крови, гематокрит, глюкоза, осмолярность, седативные и токсические вещества, электролиты, мочевины или креатинин, функциональные пробы печени, коагулирующие свойства крови;
- артериальная кровь: КЩС;
- спинномозговая жидкость: цитоз, содержание белка, глюкоза;
- моча: общий анализ мочи, кетоновые тела, сахар, седативные и снотворные лекарственные препараты.

Инструментальные экспресс-методы диагностики

- Эхоэнцефалоскопия (ЭхоЭС).
- Люмбальная пункция позволяет выявить повышение внутричерепного давления и наличие кровоизлияния (производить только при отсутствии признаков смещения на ЭхоЭС).
- КТ и МРТ головного мозга позволяют выявить поражение вещества головного мозга, его желудочков и сосудистой системы.
- Электроэнцефалография (ЭЭГ) может указать на наличие очаговых нарушений в головном мозге.
- Электрокардиограмма позволяет получить информацию о состоянии сердца.

Примечание. Объем лабораторной и инструментальной экспресс-диагностики определяется индивидуально.

7. Если причина комы установлена (см. табл.4), следует начать соответствующее лечение.

8. Перед транспортировкой пострадавшего в больницу нужно исключить у него наличие переломов, особенно черепа и позвоночника, и производить эвакуацию крайне осторожно. **Вопросы госпитализации.**

При простом обмороке госпитализация не требуется. При всех прочих неотложных состояниях, рассмотренных в данной главе, после оказания первой медицинской помощи необходима госпитализация в отделения

сознание. Во всех остальных случаях глюкоза будет усваиваться как энергетический продукт. Если у больного в последующем обнаружится даже кетоацидотическая кома, то введенная глюкоза больному не причинит вреда.

2. Нормализуйте внутричерепное давление при признаках его повышения.
3. Купируйте судорожные припадки (диазепам) при их наличии.
4. Начните борьбу с инфекцией при признаках бактериального менингита или гнойного отита.
5. Восстановите КЩС и электролитный баланс.
6. Введите витамин В, (тиамин оказывает кардиоτροφическое и нейропротективное действие).
7. При наличии признаков острого отравления подберите специфическое противоядие, начните антидотную терапию.
8. Защитите глаза. У больных, находящихся в коматозном состоянии, веки бывают приподняты, моргание отсутствует, в результате чего роговица высыхает. Для предупреждения этого осложнения необходимо периодически, по мере подсыхания роговицы, производить закапывание физраствора или раствора альбуцида. Недопустимо наложение на роговицу влажных салфеток, т. к., если медперсонал своевременно не произведет повторное смачивание, возможно их присыхание.

Примечание. Перечисленные мероприятия адаптируются к конкретной ситуации

Лабораторная экспресс-диагностика

Причинами смерти коматозных больных наиболее часто бывают гипогликемия, передозировка лекарственных веществ, декомпенсированный метаболический ацидоз различной этиологии, гиперосмолярные состояния, гипоксия, бактериальный менингит или эндокардит, тяжелые нарушения электролитного баланса, угрожающие жизни острые нарушения ритма сердечной деятельности и ЧМТ. Исходя из этого, экспресс-диагностика

Умеренное оглушение — умеренная сонливость, частичная дезориентация, задержка ответов на вопросы (часто требуется повторение), замедленное выполнение команд.

Глубокое оглушение — глубокая сонливость, дезориентация, почти полное сонное состояние, ограничение и затруднение речевого контакта, односложные ответы на повторные вопросы, выполнение лишь простых команд.

Сопор (беспмятство, крепкий сон) — почти полное отсутствие сознания, сохранение целенаправленных, координированных защитных движений, открывание глаз на болевые и звуковые раздражители, эпизодически односложные ответы на многократные повторения вопроса, неподвижность или автоматизированные стереотипные движения, потеря контроля за тазовыми функциями.

Умеренная кома (I) — неразбудимость, хаотические некоординированные защитные движения на болевые раздражители, отсутствие открывания глаз на раздражители и контроля за тазовыми функциями, возможны легкие нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Глубокая кома (II) — неразбудимость, отсутствие защитных движений, нарушение мышечного тонуса, угнетение сухожильных рефлексов, грубое нарушение дыхания, сердечно-сосудистая декомпенсация.

Запредельная (терминальная) кома (III) — агональное состояние, атония, арефлексия, витальные функции поддерживаются дыхательными аппаратами и сердечно-сосудистыми препаратами.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Оценку глубины нарушения сознания в экстренных ситуациях у взрослого человека, не прибегая к специальным методам исследования, можно проводить по шкале Глазго, где каждому ответу соответствует определенный балл (см табл. 1), а у новорожденных — по шкале Апгар.

Таблица 1. Шкала Глазго.

I

Открывание глаз:

- отсутствует 1
- на боль 2
- на речь 3
- спонтанное 4

П. Ответ на болевой стимул:

- отсутствует 1
- сгибательная реакция 2
- разгибательная реакция 3
- отдергивание 4
- локализация раздражения 5
- выполнение команды 6

П. Вербальный ответ.

- отсутствует 1
- нечленораздельные звуки 2
- непонятные слова 3
- спутанная речь 4
- ориентированность полная 5

Оценка состояния сознания производится путем суммарного подсчета баллов из каждой подгруппы. 15 баллов соответствуют состоянию ясного сознания, 13—14 — оглушению, 9—12 — сопору, 4—8 — коме, 3 балла — смерти мозга.

Примечание. Корреляция между показателями шкалы Глазго и летальности при коме высоко достоверна. Количество баллов от 3 до 8 соответствует летальности 60%, от 9 до 12 — 2%, от 13 до 15 около 0%.

Кроме оценки нарушения сознания и выяснения этиологического фактора, важно оценить ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО.

В клинике различают 5 степеней тяжести общего состояния больного:

- при затяжном обмороке следует растереть тело, обложить теплыми грелками; показано в/м введение 1 мл 1% раствора ме-затона или п/к 1 мл 10% раствора кофеина; при выраженной гипотонии и брадикардии п/к — 0,5-1 мл 0,1% раствора атропина сульфата.

Примечание. Перечисленные мероприятия адаптируются к конкретной ситуации.

ЕСЛИ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ БОЛЕЕ НЕСКОЛЬКИХ МИНУТ, СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О РАЗВИТИИ КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ И ПРИНЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ:

1. Убедиться в наличии дыхания, пульса на сонных артериях; если они отсутствуют, начать реанимационные мероприятия, как при остановке сердца.
2. При наличии судорог, чтобы избежать прикусывание языка, вложить подходящий предмет (но только не металлический!) между зубами больного; купировать судорожный синдром.
3. В случае травмы, если есть наружное кровотечение, остановить его.
4. Поискать в карманах или бумажнике медицинскую карточку (эпилептика, диабетика и т. п.) или лекарства, способные вызвать потерю сознания, произвести осмотр больного по схеме, приведенной в табл. 3.
5. Защитить больного от перегревания или переохлаждения.
6. Если причина комы остается все еще неясной, следует провести неспецифическое симптоматическое лечение, лабораторную и инструментальную экспресс-диагностику.

Примечание. Перечисленные мероприятия адаптируются к конкретной ситуации.

Неспецифическое симптоматическое лечение.

1. Введите в/в 40—60 мл 40% раствора глюкозы. Если причина коматозного состояния — гипогликемическая кома, больной придет в

началом и продолжительностью коматозного состояния. В данных ситуациях дополнительную информацию дает беседа с родственниками или соседями, доставившими пострадавшего в стационар. Следует выяснить причины, вызвавшие внезапную и продолжительную потерю сознания или возникновение постепенной и продолжительной комы. Клинический осмотр больных рекомендуется проводить по вышеприведенным схемам (см. табл. 1,2,3,4). Внимательный осмотр пострадавшего иной раз может дать гораздо больше информации, чем множество лабораторных и функциональных методов исследований: пониженная температура тела в жаркое летнее время, сниженный тургор кожи и наличие следов пролежней могут указывать на длительность коматозного состояния, устойчивая анизокория в сочетании с алкогольным опьянением должна, в первую очередь, навести на мысль о наличии ЧМТ, и т. д.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ

Если врач является свидетелем внезапной потери сознания, следует запомнить, а в последующем и описать данное состояние согласно табл. 2.

Порядок оказания неотложной помощи:

- 1 Устранить потенциально опасные для жизни пострадавшего внешние факторы: электрический ток, газ, пламя и т. д.
2. Если вышеуказанные внешние факторы не угрожают жизни пострадавшего и деятельность его сердечно-сосудистой и дыхательной систем адекватна, больному следует придать или сохранить горизонтальное положение с приподнятым ножным концом и не перемещать его до тех пор, пока не будут приняты следующие дополнительные меры:
 - обеспечить свободное дыхание: расстегнуть воротник, пояс;
 - обрызгать лицо холодной водой, похлопать по щекам;
 - хорошо помогает вдыхание возбуждающих средств (нашатырный спирт, уксус);

удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое и терминальное.

Удовлетворительное состояние — сознание ясное. Жизненно важные функции не нарушены.

Состояние средней тяжести — сознание ясное или имеется умеренное оглушение. Жизненно важные функции нарушены незначительно.

Тяжелое состояние — сознание нарушено до глубокого оглушения или сопора. Имеются выраженные нарушения дыхательной либо сердечно-сосудистой систем.

Состояние крайне тяжелое — умеренная или глубокая кома, грубо выраженные симптомы поражения дыхательной и/или сердечнососудистой систем.

Терминальное состояние — запредельная кома с грубыми признаками поражения ствола и нарушениями витальных функций.

Подавляющая часть коматозных состояний, в зависимости от этиологического фактора, может быть сведена в следующие три группы:

1. Заболевания, не сопровождающиеся очаговыми неврологическими знаками. Нормален клеточный состав цереброспинальной жидкости.

Нормальны компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). К этой группе принадлежат:

- интоксикации (алкоголь, барбитураты, опиаты, противосудорожные средства, бензодиазепины, трициклические антидепрессанты, фенотиазины, этиленгликоль и др.);
- метаболические расстройства (гипоксия, диабетический ацидоз, уремия, печеночная кома, гипогликемия, надпочечниковая недостаточность);
- тяжелые общие инфекции (пневмония, тиф, малярия, сепсис);
- сосудистый коллапс (шок) любой этиологии и сердечная декомпенсация в старости;
- эпилепсия;
- гипертензивная энцефалопатия и эклампсия;

- гипертермия и гипотермия.

2. **Заболевания, вызывающие раздражения мозговых оболочек с примесью крови или цитозом в цереброспинальной жидкости, обычно без очаговых церебральных и стволовых знаков.** КТ и МРТ могут быть нормальными или измененными. К заболеваниям этой группы относят:

- субарахноидальное кровоотечение при разрыве аневризмы;
- острый бактериальный менингит;
- некоторые формы вирусного энцефалита.

3. **Заболевания, сопровождающиеся очаговыми стволовыми или латерализованными мозговыми знаками с наличием или без изменений в цереброспинальной жидкости.** КТ и МРТ обнаруживают патологические изменения. Эта группа включает:

- мозговые кровоизлияния;
- мозговые инфаркты вследствие тромбоза или эмболии;
- абсцессы мозга и субдуральные эмпиемы;
- эпидуральные и субдуральные гематомы;
- ушиб мозга;
- опухоли мозга.

По упрощенной классификации коматозное состояние разделяют на **кому деструктивную (анатомическую) и кому метаболическую (дисметаболическую)**.

Систематизация видов потери сознания

Для систематизированного подхода к вопросам диагностики и оказания неотложной помощи все несчастные случаи с потерей сознания удобнее всего рассматривать по следующим видам:

1. Внезапная и кратковременная потеря сознания.
2. Внезапная и продолжительная потеря сознания.
3. Продолжительная потеря сознания с постепенным началом.
4. Потеря сознания с неизвестным началом и продолжительностью.

Понятие **“внезапная и кратковременная”** предполагает длительность

I. Мозговая патология	
1. Травма	Повреждение наружных покровов или костей черепа, кровотечение или ликворея из носа или ушей
2. Сосудистые нарушения	Гемиплегия (геюшарез), гипертензия, ригидность шейных мышц (при субарахноидальном кровоизлиянии)
3. Опухоль	Очаговая симптоматика ЦНС, отек диска сосочка зрительного нерва на стороне поражения
4. Инфекция	Истечение гноя из носа или ушей, ригидность мышц шеи, лихорадка
5. Эпилепсия	Судороги при осмотре или в анамнезе, рубцы или свежие следы прикусывания на языке
II. Метаболическая патология	
1. Уремия	Уремический запах изо рта, дегидратация, мышечные подергивания, ретинопатия, протеинурия
2. Диабет	Запах ацетона изо рта, дегидратация, ретинопатия (микроаневризмы), сахар и кетонные тела в моче
3. Гипогликемия	Потливость, дрожь, может присутствовать симптом Бабинского
4. Печеночная кома	Желтуха, спленомегалия, кровавая рвота, “хлопающий” тремор
III. Интоксикация	
1. Алкоголь	Запах алкоголя изо рта, гиперемия лица (следует внимательно искать ЧМТ)
2. Психотропные препараты	Нарушение дыхания, умеренная гиперсаливация
3. Угарный газ	Нарушение дыхания, характерная гиперемия
<p>ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ С НЕИЗВЕСТНЫМ НАЧАЛОМ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ</p> <p>Наибольшие трудности в работе врачей-реаниматологов возникают при поступлении в отделения интенсивной терапии больных с неизвестным</p>	

исключения органической патологии. Следует подчеркнуть, что данное осложнение истерии, несмотря на бытующее мнение, относится к довольно редким.

Наличие множественных следов подкожных инъекций в типичных местах будет говорить о сахарном диабете, а множественные следы внутривенных инъекций, часто в самых неожиданных местах, позволяет предположить наркоманию.

При малейшем подозрении на гипогликемическое состояние, не дожидаясь лабораторного подтверждения, следует срочно в/в ввести 40—60 мл 40% р-ра глюкозы. Если у больного в последующем окажется даже кетоацидотическая кома, его состояние от этого не ухудшится, а при гипогликемии данным простым способом лечения будет сохранена жизнь пострадавшего.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ С ПОСТЕПЕННЫМ НАЧАЛОМ

Коматозные состояния, развивающиеся постепенно в условиях стационара, как правило, не представляют затруднений в диагностике. Так, если у больного имеется острая печеночная недостаточность, не поддающаяся лечению, то в последующем у него может развиваться печеночная кома. Основные причины возникновения постепенной и продолжительной потери сознания приведены в табл.4.

Вопросы диагностики и лечения коматозных состояний, приведенных в данной таблице, рассматриваются в соответствующих главах учебника.

Таблица 4. Наиболее распространенные причины и диагностические признаки коматозных состояний с постепенным началом и продолжительной потерей сознания

Причина	Диагностические признаки
---------	--------------------------

потери сознания от нескольких секунд до нескольких минут, а термин **“постепенный и продолжительный”** подразумевает часы или дни.

Общие рекомендации при оказании неотложной помощи

Вопросы оказания неотложной помощи пострадавшим, находящимся в бессознательном состоянии, имеют свою специфику: ограниченность во времени при угрожающем жизни состоянии, отсутствие анамнеза и истории заболевания заставляет врача быть предельно собранным и точно выполнять нижеприведенные общие рекомендации.

1. По возможности следует опросить очевидца по схеме, приведенной в табл. 2. Правильная интерпретация полученных данных может явиться хорошим подспорьем в установке клинического диагноза.

Таблица 2. Схема опроса очевидца

- Время дня
 - Место
- Провоцирующий фактор, жара, волнение, боль, перемена положения тела, физическая нагрузка и т. д.
- Исходное положение тела: стоя, сидя, лежа
 - Крик
 - Цвет кожи: бледность, гиперемия, цианоз
 - Пульс: частота, ритмичность, наполнение
 - Движения, судорожные или произвольные; локальные или общие
 - Травма при падении, произвольное мочеиспускание
 - Длительность припадка
 - Симптомы восстановления, головная боль, спутанность сознания, нарушения речи, парез и т. д

2. Любая разновидность потери сознания может быть как следствием, так и причиной черепно-мозговой травмы (ЧМТ), поэтому на первоначальных этапах диагностики и лечения ее нужно исключить или подтвердить. Не следует забывать и о том, что при внезапной потере сознания возможен удар головой о твердые предметы, что само по себе может вызвать ЧМТ.

3. Довольно часто причиной коматозного состояния бывает алкогольное опьянение, однако даже при наличии его весьма характерных признаков, алкоголь нельзя считать первопричиной комы, пока не будет исключена “пьяная” травма и не получено лабораторное подтверждение высокой концентрации алкоголя в крови.

4. При обследовании больного, потерявшего сознание, нужно определить степень нарушения сознания, ее этиологию и оценить общее состояние больного.

ВНЕЗАПНАЯ И КРАТКОВРЕМЕННАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ

Наиболее частой причиной внезапной и кратковременной потери сознания может быть:

1. Простой обморок.
2. Преходящее сужение или окклюзия артерий, снабжающих головной мозг.

Простой обморок

Диагноз ПРОСТОЙ ОБМОРОК (постуральный синкопе) может быть выставлен пострадавшему только в том случае, если потеря сознания наступила при вертикальном положении, а его восстановление произошло через несколько десятков секунд (до 5 мин.) после нахождения тела в горизонтальном положении.

Этиология.

Провоцирующими факторами возникновения простого обморока могут быть:

1. Резкое вставание или длительное стояние, особенно на жаре (ортостатический тип обморока).
2. Факторы, активирующие вазовагальные рефлексы — боль, вид крови, страх, психоэмоциональные перегрузки, мочеиспускание, дефекация, кашель (вазодепрессорный (вазовагальный) тип обморока).
3. Сдавление области каротидного синуса (обморок при синдроме гиперчувствительности каротидного синуса).

обследованию в соответствии с табл. 3.

Таблица 3. Схема обследования больного, находящегося в коматозном состоянии

1. Кожа: влажная, сухая, гиперемированная, цианотичная, желтушная
2. Голова и лицо: наличие травм
3. Глаза: конъюнктивит (кровоизлияние, желтуха); реакция зрачков на свет; глазное дно (отек диска, гипертоническая или диабетическая ретинопатия)
4. Нос и уши: выделение гноя, крови; ликворея; акроцианоз
5. Язык: сухость; следы прикусывания или рубцы
6. Дыхание: запах мочи, ацетона, алкоголя
7. Шея: ригидность затылочных мышц, пульсация сонных артерий
8. Грудная клетка: частота, глубина, ритмичность дыхания
9. Сердце: нарушение ритма (брадикардия); источники эмболии сосудов мозга (митральный стеноз)
10. Живот: увеличение печени, селезенки или почек
11. Руки: артериальное давление, гемиплегия, следы инъекций
12. Кисти: частота, ритм и наполнение пульса, тремор
13. Ноги: гемиплегия, подошвенные рефлексы
14. Моча, недержание или задержка, белок, сахар, ацетон

В первую очередь, при обследовании больного следует исключить ЧМТ.

При малейшем подозрении следует сделать рентгенологическое исследование черепа в 2-х проекциях и проконсультировать снимки у специалиста.

Очаговая неврологическая симптоматика позволяет высказать предположение о наличии острого нарушения мозгового кровообращения.

Свежие прикусы языка или старые рубцы на нем с большой степенью вероятности будут указывать на эпилепсию.

Диагноз истерической комы следует выставлять только после полного

такого приступа иногда удается заметить мгновенные движения мышц лица, глаз или конечностей. По своей продолжительности данные припадки бывают столь короткими, что пострадавший не успевает упасть и может только выронить то, что было у него в руках.

Если в течение нескольких минут у больного, несмотря на проведение экстренной помощи. Неотложная помощь при потере сознания), не восстанавливается сознание, следует думать о развитии КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ.

Коматозные состояния могут проявляться ВНЕЗАПНОЙ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ и ПОСТЕПЕННОЙ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ.

ВНЕЗАПНАЯ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ

Внезапная и продолжительная потеря сознания может быть проявлением ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ГИПОГЛИКЕМИИ, ЭПИЛЕПСИИ и ИСТЕРИИ. Клинические признаки и методы лечения данных состояний приведены в указанных главах книги. Обследование любого больного, находящегося в бессознательном состоянии, нужно начинать, по возможности, согласно схеме, приведенной в табл. 1. Если на фоне оказания неотложной помощи в течение нескольких минут у больного не восстанавливается сознание, дополнительной информацией может служить содержимое карманов и бумажника пострадавшего: рецепты на специфические лекарства или сами лекарственные препараты смогут подсказать правильный путь диагностики и лечения. Наличие номера домашнего телефона позволит оперативно связаться с родственниками и получить информацию по интересующим вопросам; карточка диабетика или эпилептика укажет на вероятную причину комы. Для предупреждения возможных нежелательных юридических осложнений проверку содержимого карманов следует проводить в присутствии свидетелей, с последующим составлением описи всего найденного. После этого следует приступить к клиническому

4. Вегетативная нейропатия.

5. Неконтролируемый прием гипотензивных, седативных, антигистаминных и других препаратов.

Патогенез.

простого обморока связан с кратковременным снижением венозного тонуса сосудов нижних конечностей и брюшной полости, т. е. объем циркулирующей крови (ОЦК) становится относительно малым для сосудистого русла и кровь депонируется на периферии. Это вызывает уменьшение венозного возврата и падение сердечного выброса и, как следствие этого, происходит нарушение кровоснабжения головного мозга. Основой вазодепрессорного типа обморока (при дефекации, мочеиспускании) является резкое повышение внутригрудного давления при натуживании, что вызывает снижение венозного притока и падение сердечного выброса.

Клиника.

Обморок может возникнуть внезапно или с предвестниками. Предвестниками развития простого обморока является появление у пострадавшего ощущения слабости, головокружения, тошноты, потемнения в глазах. Объективно в это время можно отметить бледность кожных покровов, капли пота на лице, брадикардию и гипотонию. При потере сознания отмечается сниженный тонус мускулатуры и ослабление сухожильных рефлексов. Характерным признаком простого обморока является появление синусовой брадикардии. Быстрое восстановление сознания в горизонтальном положении подтверждает правильность диагноза обморок. При глубоком обмороке возможно недержание мочи, однако данный синдром чаще встречается при эпилепсии.

Дифференциальная диагностика

1. **Внутреннее кровотечение.** При его наличии, особенно при медленном течении с отсутствием болевого синдрома и видимого выделения крови, у больного возможно возникновение обморока с довольно быстрым

восстановлением сознания в горизонтальном положении тела, но сохранение тахикардии, вместо типичной брадикардии, одышка и бледность кожных покровов, будут являться косвенными признаками существующей анемии Решающую роль в данной ситуации имеет исследование показателей красной крови

2. Безболевые формы острого инфаркта миокарда или тромбоэмболии легочной артерии могут сопровождаться кратковременной потерей сознания.

При горизонтальном положении тела пострадавшего после восстановления сознания, сохраняются признаки дыхательной и циркуляторной недостаточности с признаками перегрузки малого круга кровообращения, нарушениями ритма сердечной деятельности и т. д.

В типичных случаях кратковременная потеря сознания по вышеуказанным причинам наступает при вертикальном положении тела (стоя или сидя). Если же потеря сознания произошла у пострадавшего лежа, следует думать или о нарушении ритма сердечной деятельности (**прежде всего — приступ Морганьи-Эдемса-Стокса**), или о нарушении мозгового кровообращения.

Внезапная и кратковременная потеря сознания на фоне сужения или окклюзии артерий, снабжающих головной мозг.

Данный вариант патологии преимущественно встречается у лиц пожилого возраста на фоне атеросклеротического поражения артерий, кровоснабжающих головной мозг. В основе **патогенеза** может быть:

1. Спазм.
2. Эмболия отдельных участков головного мозга небольшими эмболами, образующимися в месте сужения артерий.
3. Механическое усиление существующей окклюзии.
4. “Синдром подключичного обкрадывания”.
5. Аортальный стеноз.

1. **Спазм артерий головного мозга**, как причину нарушения мозгового

кровообращения, можно предположить, если обморок наступил на фоне приступа мигрени или гипертонического криза.

2. Место стеноза позвоночных или сонных артерий, кровоснабжающих головной мозг, может быть источником образования микроэмболов. При выходе больного из обморочного состояния данной этиологии характерным признаком является появление специфической неврологической симптоматики.

• потеря зрения на один глаз (преходящий амавроз) или развившийся сразу после обморока гемипарез указывают на острое нарушение кровообращения в системе сонных артерий, появление головокружения, гемианопсии, диплопии и нарушения равновесия указывает на острое нарушение кровообращения в системе вертебробазиллярных артерий.

3. Обморочное состояние, возникающее на фоне механического усиления существующего стеноза вертебральных артерий, носит название “синдром Сикстинской капеллы”. Данное состояние впервые было описано у пожилых туристов в Риме при осмотре фресок Микеланджело на куполе Сикстинской капеллы. Потеря сознания связана с длительным переразгибанием шеи и сдавлением или перегибом позвоночных артерий.

4. “Синдром подключичного обкрадывания” возникает на фоне исходного стенозирования подключичных артерий проксимальное места отхождения щитошейного ствола. При интенсивной работе руками кровоток в позвоночных артериях становится ретроградным и наступает острая ишемия головного мозга.

5. Кратковременная потеря сознания возможна на фоне аортального стеноза, при быстром выполнении физической нагрузки; предвестником обморока может быть появление болей ишемического характера в области сердца.

У детей, реже у взрослых, одной из причин кратковременной потери сознания может быть “малый эпилептический припадок” (абсанс) Во время