

Классификация нарушений сознания (По Коновалову)

- **Оглушение (сомноленция)(оглушение 1)**
- угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной психической активности. Умеренное оглушение - проявляется сонливостью, при пробуждении - частичной дезориентацией во времени и месте, в собственных внутренних ощущениях, задержка ответа на вопросы или ответе только после повторения вопроса, пауза в выполнении команды врача.
- **Глубокое оглушение (оглушение 2)**
- характеризуется полной дезориентацией во времени и пространстве при "пробуждении", односложными ответами на вопросы, замедлением выполнения простейших команд, "засыпанием" при прекращении словесного контакта.
- **Сопор**
- глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывание глаз в ответ на болевые и др. раздражители.
- **Кома 1**
- реакция на болевые раздражители сохранена. В ответ на них сгибательные и разгибательные движения дистонического характера. Защитные двигательные реакции не координированы. На боль не открывает глаза. Зрачковые и роговичные рефлексы сохранены, брюшные угнетены, сухожильные вариабельны. Повышены рефлексы орального автоматизма и возникают патологические стопные знаки.
- **Кома 2**
- отсутствие рефлексов на внешние раздражители, изменения мышечного тонуса, снижение или отсутствие рефлексов без 2-х стороннего мидриаза, сохранением спонтанного дыхания и с-с. деятельности при выраженных их нарушениях.
- **Кома 3**
- 2-х сторонний фиксированный мидриаз, диффузная мышечная атония, нарушения витальных функций (нарушение ритма и частоты дыхания, тахикардия, артериальная гипотония).

- **Кроме того, выделяются следующие синдромы:**
- Возбуждение (двигательное, речевое).
- Нарушение сознания по делириозному типу.
(наличие зрительного, слухового галлюциноза, и\или дезориентированности в месте, времени, личности, и\или возбуждения)
- Вегетативное состояние. (состояние бодрствования при полной утрате познавательных функций, двигательной активности, речи, выполнения инструкций).
-

Потеря сознания

- Потеря сознания, это состояние при котором нарушается функционирование центральной нервной деятельности. Человек падает, находится без движений.(исключение - судороги при эпилептических припадках), не воспринимает окружающее, не отвечает на вопросы, не реагирует на внешние раздражители (громкий голос, хлопки, легкие пощечины, щепки, холод, тепло).
- Кратковременная потеря сознания от нескольких минут до получаса, в медицине имеет термин - «синкопальное состояние».
Более тяжелые и длительные состояния подразделяются по степени тяжести на комы различных степеней.

Причины потери сознания:

- 1. Недостаточность притока крови к мозгу.
- 2. Недостаток содержания кислорода в крови
- 3. нарушение метаболизма, то есть питания мозга.
- 4. нарушение по какой либо причине передачи импульсов по аксонам мозга или возникновение патологических разрядов в нейронах головного мозга.

Недостаточность притока крови к головному мозгу может возникнуть:

- 1. В результате повышенной реакции вегетативной нервной системы на различные психологические ситуации такие как волнение, испуг, утомление, происходит резкое расширение периферических сосудов, кровь устремляется вследствие снижения сопротивления вниз, образуется недостаток крови а следовательно и кислорода в головном мозге.
- 2. Вследствие кардиологических причин, когда резко уменьшается фракция сердечного выброса, то есть количества крови выталкиваемой в систолу левым желудочком сердца. Такое состояние характерно для острого инфаркта миокарда. Нарушения ритма работы сердца , такие как фибрилляция предсердий (хаотичное, независимое от желудочков сердца сокращение предсердий), атриовентрикулярные блокады проведения нервных импульсов между предсердием и желудочком, синдром слабости синусового узла (центральное нервное соединение регулирующее ритм работы сердца). В результате данных патологий образуются перебои, исчезают целые комплексы сердечных сокращений, поступление крови становится нерегулярным, что тоже ведет к гипоксии головного мозга. При значительном стенозе аортального клапана сердца также возможны синкопальные состояния вследствие затруднение выброса крови в аорту.
- Сразу в данном разделе хочу оговориться, что часто встречающиеся на кардиограммах неполные блокады ножек пучка Гисса (нервные волокна в желудочках сердца), не ведут к приступам с потерей сознания и вообще в большинстве случаев не имеют какой либо симптоматики и диагностического значения , если они существуют длительное время.

- 3. Ортостатический обморок, встречается у лиц с пониженным артериальным давлением, при приеме неадекватных доз гипотензивных препаратов гипертониками, а также у пожилых лиц. Возникает он при резком изменении положения тела (резкое вставание с кровати, стула). Причина его возникновения задержка реакции сосудов нижних конечностей, они не успевают вовремя сузиться и в результате происходит снижение артериального давления, уменьшение сердечного выброса и опять же недостаток кровоснабжения головного мозга.
- 4. При атеросклеротических изменениях в крупных сосудах, питающих головной мозг, а это сонные и позвоночные артерии. Атеросклероз как известно это холестериновые бляшки плотно сросшиеся со стенкой сосуда и сужающие его просвет.
- 5. Потеря сознания возможна при появлении тромба, полностью закрывающего сосуд, риск возникновения тромбозов существует в послеоперационном периоде любых оперативных вмешательств, особенно при замене клапанов сердца на искусственные, после шунтировании коронарных артерий, в последних двух случаях, так как в организме инородное тело, риск тромбообразования существует на протяжении жизни и требует постоянного приема не прямых антикоагулянтов. Нарушение ритма сердца по типу постоянной или периодической фибрилляции предсердий сердца (мерцательная аритмия) тоже имеет высокий риск тромбообразования и также требует приема дезагрегантов или не прямых антикоагулянтов.
- 6. При анафилактическом шоке (тяжелое проявление аллергической реакции на какой либо лекарственный препарат), а также инфекционно-токсическом шоке (при тяжелых инфекционных заболеваниях), потеря сознания обусловлена, также, расширением периферических сосудов и оттока крови от сердца, но за счет выхода в кровь вазодилатирующего (сосудорасширяющего) медиатора воспалительных и аллергических процессов - гистамина и других внутриклеточных элементов, появляющихся при разрушении клеточных структур, они не только обладают сосудорасширяющим свойством, но и увеличивают проницаемость мелких капилляров, за счет чего кровь приливает к кожным покровам, уменьшается циркулирующий объем крови, и опять же, уменьшается сердечный выброс, результат - нарушение кровоснабжения головного мозга и синкопальное состояние.

Рекомендуемые обследования и анализы для уточнения причины синкопальных состояний (кратковременные потери сознания), в основе которых может лежать недостаточное кровоснабжение головного мозга.

- 1. Консультация невролога для исключения нейро – вегето-сосудистой дистонии.
- 2. Консультация терапевта для исключения гипотонии (низкое артериальное давление, ниже цифр 100\60 мм РТ ст.), а также назначение адекватных доз антигипертензионной терапии при наличии заболевания гипертонической болезнью.
- 3. ЭХО КГ (узи сердца), электрокардиограмму, Холтер ЭКГ (суточная ЭКГ) , всё это для уточнения существования пороков сердца, наличия аритмий в работе сердца.
- 4. Доплеровское узи исследование сосудов шеи и головного мозга выявляем атеросклеротическую или иную патологию в этих сосудах.

Потеря сознания из за недостатка кислорода в крови происходит при следующих заболеваниях и состояниях:

- 1. Недостаток кислорода во вдыхаемом воздухе, то есть длительное нахождение в душном помещении.
- 2. Возможна потеря сознания при тяжелых заболеваниях легких, прежде всего, при обострении бронхиальной астмы, появлении астматического статуса, при высоких степенях хронической обструктивной болезни легких (обструктивный бронхит).
- При пароксизме длительного кашля у больных с обструктивной болезнью легких механизм возникновения двойной, во первых непосредственно из за нехватки кислорода в крови и во вторых повышается при длительном кашле внутригрудное давление, что мешает венозному возврату, в результате чего уменьшается ещё и сердечный выброс.
- 3. При анемиях с пониженным гемоглобином высокой степени (ниже 70- 80г\л) обморок возможен при любых условиях. При более высоких цифрах гемоглобина вероятность возникновения потери сознания повышается при нахождении в душном помещении.
- 4. В случаях отравления окисью углерода. СО – бесцветный газ без запаха и вкуса, что увеличивает опасность отравления. Отравление часто возникает в быту во время топки печей, газовых колонок и отсутствии требуемой вытяжки и проветривании помещения, при попадании выхлопных газов от двигателя автомобиля в кабину водителя (например во время сна водителя в автомобиле с включенным двигателем с закрытыми окнами или в гараже). Проникая через легкие в кровь окись углерода соединяется с гемоглобином образуя карбоксигемоглобин, блокирует транспорт кислорода кровью, возникает острое кислородное голодание - гипоксия, кроме того связываясь с миоглобином (белок содержащийся в мышцах), СО угнетает сокращение мышцы миокарда.

Для исключения причин кратковременных потерь сознания по причине недостатка кислорода в крови желательны следующие обследования и анализы:

- 1 Общий анализ крови, где выясняется количество гемоглобина и эритроцитов, а также по количеству эозинофилов можно судить о наличии бронхиальной астмы.
- 2. Рентгенография легких - исключаем хронический бронхит, онкологические и другие заболевания легких.
- 3. Спирография (выдыхаем воздух с усилием в специальный прибор) позволяет судить о функциях внешнего дыхания.
- 4. При подозрении на бронхиальную астму аллергического генеза полезно посетить аллерголога и произвести пробы на аллергены.

Синкопальные состояния при нарушении метаболизма (питания) головного мозга, происходят в основном при таком заболевании как сахарный диабет.

- 1. При передозировке инсулина происходит уменьшение количества сахара в крови- гипогликемия, вследствие чего нарушается питание головного мозга, что ведет к нарушению функции передачи нервных импульсов .
- 2. Диабетическая кетоацидотическая кома – возникает наоборот при недостатке инсулина и повышенном количестве глюкозы в крови(сахар крови выше 17-20ммоль\л). характеризуется усиленным образованием кетоновых тел (ацетон, мочевины) в печени и увеличением их содержания в крови. В результате нарушения метаболизма в клетках головного мозга и как следствие потеря сознания. Особенность этой комы запах ацетона исходящий от больного.
- 3 Лактаcidотическая (молочнокислая кома) при сахарном диабете возникает обычно на фоне почечной недостаточности и гипоксии. В крови отмечается большое количество молочной кислоты. В отличие от кетоацидотической комы, запаха ацетона нет.

Диагностики

- Для диагностики сахарного диабета требуется неоднократная сдача крови на сахар из пальца на голодный желудок. При повышении глюкозы в капиллярной крови более 6.1 до 7,0 ммоль\л , говорит о нарушении толерантности к глюкозе (то есть снижение чувствительности инсулина к глюкозе), повышение глюкозы свыше 7,0 ммоль\л настораживает в плане сахарного диабета, и тогда требуется сдача крови после нагрузки с глюкозой (на голодный желудок сдается кровь на сахар, далее выпивается 75 грамм глюкозы растворенной в стакане воды и через два часа измеряется уровень сахара в капиллярной крови. Уровень глюкозы после нагрузки выше 11.1 говорит о наличии сахарного диабета. Также имеет значение содержание глюкозы в моче (в норме не должно быть). Самым точным методом установки диагноза сахарный диабет считается измерение гликозилированного гемоглобина, который представляет собой усредненный по времени показатель концентрации глюкозы в крови за 6-8 недель предшествующих наблюдению.
Имеет смысл произвести ультразвуковое исследование поджелудочной железы, с целью исключения заболеваний приводящих к сахарному диабету. Как известно инсулин вырабатывается в клетках поджелудочной железы.

Нарушение передачи импульсов по аксонам мозга или возникновение патологических разрядов в нейронах головного мозга возникает при следующих состояниях:

- 1. Прежде всего эпилептический синдром- повторяющиеся припадки ,часто с потерей сознания, возникающие вследствие гиперсинхронного разряда нейронов головного мозга.(патологические очаги возбуждения в коре головного мозга). Припадки в отличие от других случаев потери сознания характеризуются наличием клонических (подергивание мышц) и тонических (повышенный тонус, напряжение мышц) судорог.
- 2. При различных черепно- мозговых травмах при которых происходит сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга, В результате чего вызывается смещение больших полушарий мозга ,относительно жестко фиксированного ствола головного мозга, возникает преходящее повышение внутричерепного давления, происходит натяжение и скручивание длинных аксонов(нервных волокон) в глубине белого вещества полушарий , и стволе головного мозга. В легких случаях в результате этого процесса временно нарушается проводимость аксонов(временная , кратковременная потеря сознания), в тяжёлых происходит отёк и разрыв аксонов и сопровождающих их мелких сосудов(комы —длительные потери сознания различной степени).
- 3.Потеря сознания может возникнуть при возникновении ишемического или геморрагического инсульта. Отличие их в том ,что в первом случае нарушение кровоснабжения головного мозга возникает за счёт закупорки какого либо сосуда за счет тромба, причиной которого может быть атеросклероз или токсическое воздействие некоторых веществ (из практики наблюдаю большое количество ишемических инсультов после употребления суррогатов алкоголя, в том числе и после приема в большом количестве спиртосодержащих настоев продающихся в аптеках.
- Геморрагический инсульт(внутримозговое кровоизлияние) это разрыв сосуда головного мозга , всегда имеет более тяжелое течение и больший процент летальных исходов.
- Одним из важных факторов в развитии обоих типов инсультов имеет неконтролируемая гипертоническая болезнь, для головного мозга является неблагоприятным в плане развития инсультов , как постоянно высокое ,так и скачкообразное (от низкого до высокого артериальное давление крови).

Первая помощь при потере сознания

- Что предпринять если вы стали свидетелем потери сознания другим человеком.
- 1. Если потеря сознания произошла в душном помещении, при проведении массовых мероприятий. Более вероятен обморок по причине недостатка кислорода или по причине перевозбуждения вегетативной иннервации организма. Механизм возникновения этого состояния иногда смешанного характера.
- Действия в данном случае:
- 1. Расширить ворот рубашки или иной одежды.
- 2. Открыть окно для доступа кислорода или вынести пострадавшего в хорошо проветриваемое помещение.
- 3. Поднести ватку с нашатырным спиртом к носовым ходам до 1 -2 минут .
- 4. Если после этого не приходит в сознание положить на правый бок, правую руку расположить вдоль туловища, голову расположить на тыльной поверхности левой руки. При таком положении меньше вероятность западения языка, и более свободны дыхательные пути. Если сможете то проверьте указательным пальцем своей руки, предварительно разжав челюсти, нет ли западения языка в глотку, Если есть, то нужно освободить дыхательные пути путем фиксации языка к боковой поверхности ротовой полости (прижав большим пальцем своей руки). Естественно полностью на перекрывая дыхательные пути.
- 5. Проверьте, присутствует ли пульс и дыхание (как это сделать описано далее).
- 6. Если нет пульса и дыхания можно, если умеете, до приезда СМП приступить к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца (методика дана ниже).
- 7. Вызвать скорую медицинскую помощь, как можно точнее описать симптомы при потере сознания.

Если вы обнаружили человека без сознания на улице

- 1. Выясните у свидетелей, может быть кто то знает чем болен пострадавший. Иногда в карманах у хронических больных имеются данные о своем заболевании и запись о возможной помощи. При их обнаружении или получении данных о больном следуйте рекомендациям записки или сообщите все данные скорой помощи.
2. Проверить путем ощупывания имеются ли открытые травмы и кровотечения, при их обнаружении, пытайтесь приостановить доступными способами до приезда скорой медицинской помощи.
3. Проверьте, имеется ли пульс, лучше всего прощупывается пульс на сонной артерии, для этого расположите указательный и средний палец правой руки на щитовидном хряще пострадавшего, плавно спустите руку вниз по шее (при положении больного лежа) до мягкого углубления, здесь и должен прощупываться пульс.
4. Если пульса нет, дыхания нет (нет движения грудной клетки, нет запотевания на преподносимом к носу и рту пострадавшего стекла), а кожные покровы ещё теплые, проверяем реакцию зрачков на свет. У живого человека, или при клинической смерти, реакция зрачков на свет сохраняется. Проверяем следующим образом:

- Если больной лежит с закрытыми глазами, открываем веки, при наличии признаков жизни наблюдаем сужение зрачков на свет. Если у пострадавшего глаза открыты, прикрываем их рукой на 10 секунд, затем убираем руку, должны опять же наблюдать сужение зрачков. В темное время для проверки используется любая подсветка (фонарик, сотовый телефон). Также для определения признаков жизни проверяется роговичный рефлекс, для этого носовым платком или ваткой, если нет, то другим мягким текстилем касаемся век - у живого человека происходит моргание.
- При наличии признаков жизни или клинической смерти возможно до приезда скорой медицинской помощи, начать искусственное дыхание и непрямой (прямой это для специалистов, проводится при вскрытии грудной клетки) массаж сердца. Чаще всего раннее начало реанимационных мероприятий приносит больше пользы чем пребывающая через какое-то время бригада скорой медицинской помощи. Единственное **исключение для проведения искусственного дыхания не специалистами** - это подозрение на перелом позвоночника в шейном отделе.

Шкала комы Глазго

- **Шкала комы Глазго** (ШКГ, Глазго-шкала тяжести комы, The Glasgow Coma Scale, GCS) — шкала для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4-х лет и взрослых. Шкала была опубликована в 1974 году Грэхэмом Тиздейлом и Б. Дж. Дженнетт, профессорами нейрохирургии Института Неврологических наук Университета Глазго
- 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).

- **Открывание глаз (E, Eye response)**
- Произвольное — 4 балла
 - Как реакция на вербальный стимул — 3 балла
 - Как реакция на болевое раздражение — 2 балла
 - Отсутствует — 1 балл
- **Речевая реакция (V, Verbal response)**
 - 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 (M, Motor response)**
 - Выполнение движений по команде — 6 баллов
 - Целенаправленное 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.
 - 14-13 баллов — умеренное [оглушение](#).
 - 12—11 баллов — глубокое [оглушение](#).
 - 10—8 баллов — [сопор](#).
 - 7-6 баллов — умеренная [кома](#).
 - 5-4 баллов — глубокая [кома](#).
 - 3 балла — запредельная [кома](#), [смерть мозга](#)

Диагностика комы

- При постановке диагноза кома, невролог решает одновременно 2 задачи: 1) выяснение причины, приведшей к коматозному состоянию; 2) непосредственная диагностика комы и ее дифференциация от других похожих состояний.
- Выяснить причины впадения больного в кому помогает опрос родственников пациента или случайных свидетелей. При этом уточняется, были ли у больного предшествующие жалобы, хронические заболевания сердца, сосудов, эндокринных органов. Свидетели расспрашиваются о том, пользовался ли пациент лекарствами, были ли найдены рядом с ним пустые блистеры или баночки из-под препаратов.
- Важное значение имеет скорость развития симптомов и возраст больного. Кома, возникшая у молодых на фоне полного здоровья, чаще всего указывает на отравление наркотическими средствами, снотворными. А у пожилых больных с сопутствующими заболеваниями сердца и сосудов велика вероятность развития комы на фоне инсульта или инфаркта.
- Осмотр помогает установить предполагаемую причину возникновения комы. Уровень артериального давления, частоты пульса, дыхательных движений, характерные кровоподтеки, запах изо рта, следы уколов, температура тела – вот те признаки, которые помогают врачу установить верный диагноз.
- Особое внимание следует обращать на положение больного. Запрокинутая голова с повышенным тонусом мышц шеи говорит о раздражении оболочек головного мозга, которая возникает при кровоизлияниях, менингитах. Судороги всего тела или отдельных мышц могут проявляться, если причиной комы явился эпилептический статус, [эклампсия](#) (у беременных женщин). Вялый паралич конечностей свидетельствует об инсульте головного мозга, а полное отсутствие рефлексов – о глубоком повреждении большой поверхности коры и спинного мозга.

- Самым важным в дифференциальной диагностике комы от других состояний нарушения сознания является исследование способности больного открывать глаза на звуковое и болевое раздражение. Если реакция на звук и боль проявляется в виде произвольного открытия глаз, то это не кома. Если пациент несмотря на все усилия врачей глаза не открывает, то состояние рассматривается как коматозное.
- Тщательному изучению подвергается реакция зрачков на свет. Ее особенности не только помогают установить предполагаемое месторасположение очага повреждения в головном мозге, но и косвенно указывают на причину возникновения коматозного состояния. Кроме того, зрачковый рефлекс служит достоверным прогностическим признаком.
- Узкие зрачки (зрачки-точки), не реагирующие на свет, характерны для отравления алкоголем и наркотическими веществами. Разный диаметр зрачков на левом и правом глазе говорит о нарастании внутричерепного давления. Широкие зрачки – признак поражения среднего мозга. Расширение диаметра зрачков обоих глаз в совокупности с полным отсутствием их реакции на свет характерно для запредельной комы и является крайне неблагоприятным признаком, свидетельствующем о скорой смерти мозга.

- Современные технологии в медицине сделали инструментальную диагностику причин коматозного состояния одной из самых первых процедур при поступлении любого больного с нарушением сознания. Выполнение компьютерной томографии ([КТ головного мозга](#)) или [МРТ](#) (магнитно-резонансной томографии) позволяет определить структурные изменения в головном мозге, наличие объемных образований, признаки повышения внутричерепного давления. На основании снимков принимается решение о методах лечения: консервативном или срочной операции.
- При отсутствии возможности выполнить КТ или МРТ больному должны быть проведены [рентгенография черепа](#) и [позвоночного столба](#) в нескольких проекциях.
- Подтвердить или опровергнуть метаболический (сбой в обмене веществ) характер коматозного состояния помогает [биохимический анализ крови](#). В срочном порядке проводится определение уровня [глюкозы](#), мочевины, аммиака крови. А также определяется соотношение [газов крови](#) и основных электролитов (ионов калия, натрия, хлора).
- Если результаты КТ и МРТ указывают на то, что со стороны ЦНС нет причин, способных ввести больного в кому, выполняется исследование крови на гормоны ([инсулин](#), [гормоны надпочечников](#), щитовидной железы), токсические вещества (наркотики, снотворные, антидепрессанты), [бактериальный посев крови](#).
- Важнейшим исследованием, которое помогает дифференцировать виды ком, является [электроэнцефалография](#) (ЭЭГ). При ее проведении производится регистрация электрических потенциалов мозга, оценка которых позволяет отличить коматозное состояние, вызванное опухолью мозга, кровоизлиянием, либо отравлением.

Лечение комы

- Начальное лечение включает обеспечение проходимости дыхательных путей, коррекцию дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Последовательно проводимые диагностические мероприятия, включая лабораторные исследования, уточняют характер заболевания, приведшего к развитию комы. В случае, если диагноз остается недостаточно выясненным, многие авторы считают целесообразным внутривенное введение 25 мл 50 % раствора декстрозы, применяемой после определения уровня глюкозы в сыворотке крови, а также 100 мл тиамин, поскольку эти препараты могут предупреждать развитие синдрома Вернике, особенно у больных, страдающих алкоголизмом [Wiebers D.O. et al, 1996]. Налоксон по 0,4 мг внутривенно каждые 5 мин может вводиться больным с возможной передозировкой наркотиков. Дополнительные лечебные процедуры зависят от результатов клинических и лабораторных исследований: антибиотики назначают при гнойном менингите, противосудорожные препараты – при эпилепсии и т.д. Осуществляется также патогенетическое и симптоматическое лечение: осмотические диуретики или гипервентиляция проводятся при внутричерепной гипертензии; применяются антиагреганты и антикоагулянты при острой ишемии мозга. Проводится лечение общих заболеваний, осложнившихся развитием комы: сахарного диабета, болезней печени или почек. В случаях необходимости проводятся дезинтоксикационная терапия, плазмаферез, гемосорбция.

- Лечение осуществляется в специализированных стационарах, включая реанимационные отделения. При наличии очагового церебрального процесса необходима консультация нейрохирурга. При выходе из коматозного состояния под влиянием лечебных мероприятий наблюдается постепенное восстановление функций центральной нервной системы, обычно в порядке, обратном их угнетению. Вначале восстанавливаются корнеальные и глоточные, затем зрачковые рефлексы, уменьшается степень вегетативных расстройств. Восстановление сознания проходит стадии спутанного сознания, оглушенности, иногда отмечаются бред и галлюцинации, двигательное беспокойство; у части больных возможны эпилептические припадки с последующим сумеречным состоянием сознания.
- По мере стабилизации состояния больного, вышедшего из состояния комы, проводятся последовательное лечение, направленное на преодоление основного заболевания, приведшего к коме, а также профилактика возможных осложнений (пневмонии, тромбоэмболии легочных артерий, уросепсиса, пролежней и др.). В последующем по общим принципам осуществляются реабилитационные мероприятия.
- При психозах вместе с общеукрепляющими и ноотропными средствами назначают нейролептики. Следует учитывать довольно высокую вероятность возникновения побочных эффектов нейролептиков, поэтому данные средства назначают в сочетании с корректорами в относительно низких дозах. Предпочтение отдается препаратам с меньшим количеством побочных эффектов (хлорпротиксен, неулептил, сонапакс, аминазин, азалептин).