

Тактика оказания неотложной помощи при коме неясного генеза

СПб ГБПОУ МК им. Бехтерева
Выполнила студентка 4 курса ВО
БОБРИК ИРИНА
Преподаватель ЕРМАКОВА Я.А
СПб 2018

При коматозных состояниях на догоспитальном этапе недопустимо:

- проведение инсулинотерапии;
- применение средств, угнетающих ЦНС (наркотических анальгетиков, нейролептиков, транквилизаторов), кроме комы, протекающей с судорожным синдромом, при котором показан диазепам;
- применение средств стимулирующего действия (психостимуляторов, дыхательных analeптиков), кроме дыхательного analeптика бемегида, пока- занного при отравлении барбитуратами в качестве специфического антидота;
- применение ноотропных препаратов (пирацетам) при нарушениях сознания глубже поверхностного сопора.

КОМА

Кома - это высшая степень патологического угнетения ЦНС, характеризуется полной потерей сознания, угнетением рефлексов в ответ на внешние раздражители и нарушения регуляции жизненно важных функций организма. При таком состоянии отсутствуют признаки психической деятельности, в переводе с греческого, КОМА -«запятая» означает глубокий сон.

Классификация КОМЫ

- **Первичная церебральная кома** (травматическая, эпилептическая, апоплектическая, менингеальная, апоплектиформная, опухолевая)
- **Эндокринная кома** (диабетическая, гипокортикоидная, гипотиреоидная)
- **Кома, вызванная передозировкой гормональных препаратов**
- **Токсическая кома** (алкогольная, барбитуратовая, угарная, холерная, экламптическая, печёночная, уремическая)
- **Гипоксическая**
- **Кома, связанная с потерей электролитов, воды и энергетических веществ** (голодная, гемолитическая, хлорпеническая)
- **Термическая**

Кома III степени (или «атоническая»)

Сознание, реакция на боль, корнеальные рефлексy отсутствуют;

глоточные рефлексy угнетены;

часто наблюдается миоз, реакция зрачков на свет отсутствует;

сухожильные рефлексy и тонус мышц диффузно снижены (возможны периодические локальные или генерализованные судороги);

мочеиспускание и дефекация непроизвольны, артериальное давление снижено, дыхание аритмично, часто угнетено до редкого, поверхностного, температура тела понижена

Прекома и 4 степени тяжести (стадий развития) коматозного состояния.

Прекома- расстройство сознания характеризуется спутанностью, умеренной оглушенностью; наблюдаются заторможенность, сонливость либо психомоторное возбуждение;

возможны психотические состояния (например, при токсической, гипогликемической коме);

целенаправленные движения недостаточно координированы;

все рефлексы сохранены

Кома I степени

выраженная оглушённость, сон (ступор),

торможение реакций на сильные раздражители, включая болевые;

больной выполняет несложные движения, может глотать воду и жидкую пищу, самостоятельно поворачивается в постели, но контакт с ним значительно затруднён;

мышечный тонус повышен; реакция зрачков на свет сохранена, нередко отмечается расходящееся косоглазие, маятникообразные движения глазных яблок;

кожные рефлексы резко ослаблены, сухожильные — повышены (при некоторых видах комы снижены).

Кома II степени

Глубокий сон, сопор;

контакт с больным не достигается; резкое ослабление реакций на боль;
редкие спонтанные движения не координированы (хаотичны);

отмечаются патологические типы дыхания (шумное, стридорозное, Куссмауля, Чейна—Стокса и др., чаще с тенденцией к гипервентиляции);
возможны непроизвольные мочеиспускания и дефекация;

реакция зрачков на свет резко ослаблена, зрачки часто сужены;

мышечная дистония, спастические сокращения, фибрилляции отдельных
мышц

Кома не является самостоятельным заболеванием; она возникает либо как осложнение ряда заболеваний, сопровождающихся значительными изменениями условий функционирования ЦНС, либо как проявление первичного повреждения структур головного мозга.

при разных формах патологии коматозные состояния различаются по отдельным элементам патогенеза и проявлениям, что обуславливает и дифференцированную терапевтическую тактику при комах разного происхождения.

Патогенез

Угнетение функций коры, подкорковых образований и ствола мозга

метаболические нарушения и структурные изменения в ЦНС, соотношение которых при отдельных видах комы различно.

Структурные нарушения первичны и имеют ведущее значение в патогенезе комы, обусловленной механическим повреждением головного мозга при черепно-мозговой травме, нарушениях мозгового кровообращения, опухолевых процессах в полости черепа, а также при коме у больных с воспалительными изменениями мозга и его оболочек

Клинические проявления и течение комы

Кома может развиваться внезапно (почти мгновенно), быстро (за период от нескольких минут до 1—3 ч) и постепенно — в течение нескольких часов или дней (медленное развитие комы).

При комах неясной этиологии тактика скорой медицинской помощи включает:

- Поддержание адекватного состояния жизненно важных функций: санация верхних дыхательных путей для восстановления их проходимости, установка воздуховода,
- искусственная вентиляция легких с помощью маски или через интубационную трубку, кислородотерапия
- При снижении артериального давления проводилось внутривенное капельное введение 1-2 л 0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы или 400-500 мл декстрана с присоединением при неэффективности инфузионной терапии вазопрессоров (допамина)

- Иммобилизация шейного отдела позвоночника проводится при любом подозрении на травму
- Диагностика нарушений углеводного обмена и кетоацидоза проводится с использованием глюкометра
- С дифференциально- диагностической и лечебной целью гипогликемических ком внутривенно болюсно вводится 40% раствор глюкозы в количестве 20-40 мл
- С лечебно-диагностической целью в качестве антидота вводился налоксон. Показаниями к введению налоксона служило подозрение на интоксикацию наркотиками, частота дыханий менее 10 в мин, точечные зрачки. Начальная доза налоксона составляла 0,4-1,2 мг до 2 мг внутривенно (эндотрахеально) с дополнительным введением через 20-30 минут при ухудшении состояния
- . При всех коматозных состояниях обязательно проводится регистрация ЭКГ

- Осуществление нейропротекции и повышение уровня бодрствования. При преобладании очаговой симптоматики над общемозговой и нарушении сознания не глубже сопора эффективен пирацетам, активизирующий обменные процессы и кровообращение головного мозга, оказывающий антитоксическое и антигипоксическое действие (в дозе 6–12 г, при возможности — внутривенно капельно).
- При нарушениях сознания не глубже уровня поверхностной комы полезно сублингвальное (или за щеку) введение глицина в дозе 1,0 г. При любом уровне нарушения сознания показаны антиоксиданты: эмоксипин — 5 мл 3 %-ного раствора внутривенно медленно или внутримышечно, семакс — 3 мг интраназально (по 3 капли 1 %-ного раствора в каждый носовой ход).

- Симптоматическая терапия:
 - нормализация температуры тела: при переохлаждении — согревание больного без использования грелок, при гипертермии — охлаждение физическими методами (холодные компрессы на голову и крупные сосуды, обтирания холодной водой или фармакологическими средствами (препараты из группы анальгетиков- антипиретиков: диклофенак, метамизол, кеторолак и др.);
 - купирование судорог введением диазепама (реланиума) в дозе 10 мг;
 - купирование рвоты введением метоклопрамида (церукала, реглана) в дозе 10 мг внутривенно или внутримышечно

При всех неотложных состояниях, за исключением обморока, необходима госпитализация в отделения реанимации, интенсивной терапии или нейрохирургии, где после проведения дифференциальной диагностики и установления варианта комы активная недифференцированная терапия дополнится специальными методами лечения.

ПРОФИЛАКТИКА

Людам с заболеваниями, которые могут осложниться комой, необходимо контролировать состояние. Например, при сахарном диабете нужно следить за уровнем сахара, вовремя питаться и учитывать введенный инсулин.

Для профилактики последствий комы нужно максимально быстро восстановить кровообращение при его нарушениях..

Благодарю за внимание