

В зависимости от степени нарушения функций мозга расстройство сознания может варьировать от лёгкой спутанности до полной ареактивности. Выраженность нарушения сознания определяют по реакции больного на раздражители. Для **практической медицины** важна

классификация, основанная на выделении стадий (тяжести) развития коматозного состояния.

▢ Прекома — начало расстройства сознания, умеренная оглушённость. Возможны заторможенность или психомоторное возбуждение. Как правило, пациент дезориентирован, сонлив, внимание его ослаблено, нарушены координация движений и логика при ответе на простые вопросы. Рефлексы сохранены.

▢ Кома I степени — дальнейшее ухудшение сознания, приводящее к выраженной [оглушённости](#)

. Контакт с пациентом значительно затруднён. Наблюдают торможение рефлексов, в том числе, на сильные раздражители, включая болевые. Сохранены глоточный, роговичный рефлексы, реакция зрачков на свет.

▢ Кома II степени — сопор. Сознание отсутствует, контакт с больным невозможен. Значительно ослаблена реакция на боль. Могут появляться патологические типы дыхания (Куссмауля, Чейна–Стокса и др.). Зрачки сужены, реакция зрачков на свет резко ослаблена. Роговичные и глоточные рефлексы сохранены.

▢ Кома III степени (глубокая кома) — отсутствие сознания, роговичных рефлексов, реакции на боль. Зрачки узкие, реакция зрачков на свет отсутствует. Глоточные рефлексы угнетены. Сухожильные рефлексы и тонус мышц снижены. Возможны непроизвольные мочеиспускание и дефекация. АД снижено, дыхание аритмично, поверхностно, температура тела понижена.

▢ Кома IV степени (запредельная кома) — полная арефлексия, атония мышц, зрачки резко расширены с двух сторон, реакции на свет нет, гипотермия. Грубое нарушение функций дыхательного и сосудодвигательного центров в продолговатом мозге с прекращением спонтанного дыхания и выраженным коллапсом.

Развитие комы может быть **быстрым** — в течение нескольких минут или **постепенным** — на протяжении нескольких часов или дней. Чаще всего быстрое развитие комы наблюдают при

[первичном поражении](#)

головного мозга (церебральная кома). Постепенное развитие комы происходит с периода прекомы, затем нарастает нарушение сознания — последовательная смена одной степени угнетения функций ЦНС другой, более тяжёлой.

Выход из коматозного состояния под влиянием лечебных мероприятий означает постепенное восстановление функций ЦНС. Вначале появляются роговичные, затем зрачковые рефлексy, происходит восстановление вегетативных функций и возвращение сознания.

Принципы лечения. По возможности, устраняют причину комы. Например, введение инсулина при кетоацидотической коме, антидотов при отравлениях, трепанация черепа при черепно-мозговой травме. В большинстве случаев пациентов переводят на искусственную вентиляцию лёгких с повышенным содержанием кислорода в газовой смеси. Устраняют нарушения кислотно-основного равновесия, осуществляют коррекцию водно-электролитного баланса. С целью уменьшения отёка мозга и его оболочек проводят дегидратационную терапию. При печёночной или почечной коме применяют методы дезинтоксикационной терапии (форсированный диурез, гемодиализ, перитонеальный диализ, плазмаферез, гемосорбцию). Постоянно контролируют дыхание, кровообращение, газовый состав крови, pH.

Интересные статьи:

- 1) [Бластный криз при миелоидном лейкозе](#)

- 2) [Патогистологические признаки болезни Ходжкина](#)

- 3) [Опухолеподобные поражения суставов](#)