

консультацию нейрохирурга для уточнения диагноза и выбора лечебной тактики.

Полезную для установления этиологии комы информацию могут дать анамнестические данные (полученные у родственников, сопровождающих, очевидцев), видимые признаки повреждений, цвет, температура и влажность кожных покровов, патологический запах в выдыхаемом воздухе, наличие клинических признаков декомпенсированной печеночной, почечной недостаточности, сахарного диабета и других заболеваний, являющихся потенциальными причинами развития комы, а также данные лабораторных методов исследования. В частности, определяют: уровень содержания глюкозы (гипогликемия, кетоацидотическая, гиперосмолярная комы), электролитов (гипонатриемия, гипернатриемия), азот мочевины крови и креатинин (уремия), осмолярность (алкогольная интоксикация, гиперосмолярная гипергликемия), маркеры печеночного цитолиза (печеночная кома); выполняют общий анализ крови (менингит, энцефалит); измеряют протромбиновое время и частичное тромбопластиновое время (печеночная энцефалопатия); а также определяют содержание в крови лекарственных и наркотических веществ (интоксикация седативными, антихолинергическими препаратами и опиатами).

Для клиники интоксикации седативными препаратами характерно отсутствие или нарушение ответа на калорическую пробу при сохранности реакции зрачков на свет, нередко на фоне угнетения дыхания, гипотермии и снижения артериального давления. Интоксикация опиатами приводит к появлению точечных зрачков и угнетению дыхания; состояние больных улучшается после введения налоксона. Налоксон купирует наркотическую интоксикацию; быстрое улучшение после его введения позволяет установить диагноз. При отравлении салицилатами, метанолом, паральдегидом, этиленгликолем, изониазидом, фенформинном, а также при уремии токсическая кома сопровождается метаболическим ацидозом. Респираторный алкалоз наблюдается при гепатергии и интоксикации салицилатами.

Эпилептический статус следует подозревать у каждого коматозного больного с моторной активностью, напоминающей припадок (осцилляции глазного яблока, подергивания мышц лица, рук и ног). Лечение начинают с введения дифенина в дозе 1000—1500 мг (10—15 мг/кг у детей) в/в по 50 мг/мин; если статус не купируется, добавляют фенобарбитал в дозе 750—1000 мг (10—15