

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00751&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00751. Непритомний пацієнт

Автори: Mikko Kallela, Perttu J.Lindsberg
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-08-28

Основні принципи

- Непритомний пацієнт не в змозі спілкуватися, його не можна розбудити, він не виконує команд
- Непритомність спричиняється дисфункцією обох півкуль головного мозку або ураженням активуючої ретикулярної формації у стовбурі мозку.
- Є декілька причин непритомності, багато з них становлять безпосередню загрозу життю (таблиця [табл. T2]). Відповідно діагностика і лікування у таких пацієнтів мають проводитись одночасно.
- Невідкладне втручання дасть додатковий час для виявлення причин втрати свідомості і початку відповідного лікування.
- Реанімаційні заходи: Див. [Настанова 00343 | Серцево-легенева реаніма...]

Невідкладні дії

1. Алгоритм ABC (airway, breathing, circulation) дихальні шляхи, дихання, кровообіг).
2. Запобігти аспірації.
3. Виключити або скорегувати гіпоглікемію.

- Невідкладне втручання може включати введення тіаміну (перед введенням глюкози в осіб, які зловживають алкоголем).
- Після стабілізації стану пацієнта слід з'ясувати причину втрати свідомості. Надзвичайне значення мають свідчення очевидців подій, що призвели до втрати свідомості ("захворювання проявляє свою природу на самому початку"), як і будь-які доступні дані про анамнез життя та медикаментозне лікування пацієнта.

Пошук причини втрати свідомості

- Мнемонічний прийом *МІДАС* допомагає запам'ятати найважливіші можливі причини непритомності, що піддаються лікуванню: *М*менінгіт – *І*нтоксикація – *Д*іабет – *А*аноксія – *С*субдуральна гематома.

Найчастіші причини втрати свідомості

- В клінічній практиці причини непритомності поділяють на чотири основні категорії:

1. Структурні інтракраніальні ураження
 - Наприклад, інфаркт мозку, крововилив у мозок, забій головного мозку, а також пухлина, абсцес або інше об'ємне утворення головного мозку
 - Супратенторіальне ураження слід запідозрити за наявності афазії, геміпарезу, відхилення обох очей вбік ("пацієнт дивиться в напрямку вогнища, у протилежний бік від геміпарезу") та позитивного симптому Бабінського на стороні геміпарезу.
 - На субтенторіальне ураження вказують порушення співдружних рухів очних яблук, ністагм, дисфагія, дизартрія, атаксія, геміпарез, відхилення обох очей в бік парезу ("пацієнт дивиться у протилежний від вогнища бік"), тетраплегія, позитивний симптом Бабінського з обох боків, головний біль в потиличній ділянці та блювання.
 - Діагноз ґрунтується на неврологічному огляді та результатах нейрорадіологічних досліджень. Комп'ютерна томографія (КТ) голови є методом вибору.
2. Системне або дифузне ураження головного мозку, наприклад, метаболічної, токсичної, гіпоксичної або септичної природи (60–70% випадків)

- Немає вогнищевих неврологічних порушень, ознаки та симптоми, головним чином, "симетричні" (немає односторонніх симптомів). Типовими проявами є сплутаність свідомості, сонливість, міоклонічні посмикування, астериксис (хлопаючий тремор рук), тремор та, наприклад, дуже вузькі зіниці (опіатна інтоксикація).
 - Поряд з клінічним оглядом основою діагнозу є лабораторні дослідження.
3. Інфекції центральної нервової системи (менінгоенцефаліт, енцефаліт)
- Стан пацієнта вказує на подразнення мозкових оболонок, наприклад, лихоманка, ригідність потиличних м'язів та сплутаність свідомості, що передувала її втраті.
 - Діагноз базується на результатах дослідження цереброспінальної рідини та посівів крові.
4. Епілептичні або інші судомні напади та стани після них
- Діагноз базується на розповіді свідків судомного нападу, даних анамнезу щодо схильності до нападів судом та результатах електроенцефалограми (ЕЕГ). Сліди прикусів по краях язика вказують на стан після судомного нападу.

Огляд непритомного пацієнта

Загальний статус

- Документують загальний стан пацієнта, включаючи огляд голови, шиї, язика, шкіри, температуру тіла, запах видиху з рота, стан серцево-судинної системи, аускультацию легень, огляд живота та кінцівок.
- Слід оглянути пацієнта щодо ознак травми, інфекцій, ригідності потиличних м'язів, гіпертензії, гіпотензії, хронічних захворювань (злоякісні новоутворення, легені, печінка, нирки, серце, імунodefіцит), інтоксикацій (наприклад, сліди після ін'єкцій).

Неврологічний огляд

- Мета неврологічного огляду полягає у локалізації або виключенні ураження головного мозку як причини втрати свідомості.
1. Оцінювання рівня свідомості має проводитись систематично.

- Розплющення очей (може бути необхідним кричати на вухо пацієнтові), найкраща рухова відповідь (за необхідності - відповідь на больове подразнення; наприклад, натискання на точку виходу верхньої гілки трійчастого нерву, нігтьове ложе або грудину) та найкраща відповідь на звернену мову.
- Ці ознаки є складовими шкали коми Глазго (ШКГ, табл. [табл. T1]). Реакції пацієнта фіксуються у медичній документації.

2. Нейро-офтальмологічний статус

- Мозкові центри, що відповідають за притомність та швидкість реакцій, розташовані поблизу стовбурових структур, що пов'язані з рухами очей. Відтак дослідження очей є дуже важливим.
- Слід перевірити наступне: стан зіниць (розмір, симетричність, реакція на світло), диск зорового нерва (венозна пульсація, набряк, крововиливи; на практиці чітка візуалізація диска зорового нерва може бути ускладнена), та рухи очних яблук (положення в спокої, спонтанні рухи та, за потреби, окулоцефальний рефлекс).
 - Окулоцефальний рефлекс: голову пацієнта швидко повертають в той чи інший бік: погляд має залишатись фіксованим на тій самій точці.
 - Відсутній рефлекс "очей ляльки": напрямок погляду слідує за поворотом голови = ознака ураження стовбуру головного мозку.

3. Стовбурові рефлекси

- Війовий та рогівковий рефлекси дозволяють оцінити функціонування верхніх відділів мосту.
- Кашльовий рефлекс (наприклад, як реакція на санацію трахеї) характеризує функціонування нижніх відділів мосту.
- Окулоцефальний рефлекс також належить до стовбурових рефлексів та характеризує функції нижнього відділу мосту.

4. Однобічні неврологічні симптоми

- Слід відзначати будь-які прояви асиметрії у спонтанних рухах, реакціях на больові подразники, тонуші кінцівок та рефлексах, а також симптому Бабінського.

Коментар експерта. В Україні шкала коми Глазго відома в іншій редакції, наприклад: медико-технологічні документи за темою ішемічний інсульт <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/16-ishemichnyi-insult>

Таблиця Т1. Шкала коми Глазго (ШКГ)

Критерії		Бали
Розплющення очей	Спонтанне	4
	Як реакція на звук	3
	Як реакція на натискання	2
	Відсутнє	1
Словесна відповідь	Орієнтований(а)	5
	Мова сплутана	4
	Окремі слова	3
	Окремі звуки	2
	Відсутня	1
Найкраща рухова реакція	Виконує команди	6
	Локалізує	5
	Нормальне згинання	4
	Патологічне згинання	3
	Патологічне розгинання	2
	Відсутня	1
Разом		3–15 балів

Екстрені випадки

- Деякі причини непритомного стану можуть швидко призвести до смерті, якщо медична допомога не буде надана вчасно. Відтак метою огляду пацієнта є швидке виявлення або виключення таких станів. Див. таблицю [табл. Т2].

Причини втрати свідомості, що становлять безпосередню загрозу життю
- Внутрішньочерепний процес, що швидко поширюється і створює загрозу вклинення та компресії стовбура мозку - Рівень свідомості швидко погіршується. - Зіниці асиметричні; одна розширена та фіксована (ураження ококорухового нерва). - Це невідкладний нейрохірургічний стан, який вимагає термінового проведення КТ голови. - Підвищений внутрішньочерепний тиск - У пацієнта головний біль, блювання, або при огляді очного дна візуалізуються застійні диски зорових нервів. - Це екстрений нейрохірургічний стан, який вимагає невідкладного КТ голови. - Непритомність у пацієнта, який приймає антикоагулянтну терапію або має підвищену схильність до кровотеч з інших причин (наприклад, гемофілія)

Причини втрати свідомості, що становлять безпосередню загрозу життю

- Типовими ознаками є вогнищева неврологічна симптоматика та порушення свідомості.
- Підозра на внутрішньочерепний крововилив має бути робочим діагнозом, допоки його не буде виключено.
- Це може бути екстрений нейрохірургічний стан, який вимагає невідкладного КТ голови.
- 4. Тромбоз базилярної артерії
 - Типовими ознаками є спастичність, порушення свідомості, дизартрія, порушення рухів очних яблук, геміпарез або тетрапарез.
 - Це неврологічний екстрений стан, який вимагає невідкладного КТ голови із КТ-ангіографією або магнітно резонансної томографії головного мозку з МРТ-ангіографією.
- 5. Бактеріальний менінгіт
 - Типовими проявами є сплутаність свідомості, лихоманка, ригідність потиличних м'язів, судоми та шкірні зміни (петехії).
 - Лікування слід розпочати негайно. Діагноз базується на результатах дослідження цереброспінальної рідини (+ посіви крові).

Лабораторні дослідження

- План обстеження має включати:
 - ЕКГ та рентген органів грудної клітки
 - глюкоза та гази артеріальної крові
 - загальний аналіз крові з тромбоцитами, СРБ
 - креатинкіназа, тропонін Т
 - креатинін, ШКФ (калькулятор [програма 00006] GFR calculator) сечовина, натрій, калій, кальцій
 - АЛТ, ГГТ
 - АЧТЧ, МНВ
 - хімічний аналіз сечі + посів сечі
 - етанол в сироватці крові та забір крові для аналізу на токсичні речовини (на розсуд лікаря)

Нейрорадіологічні обстеження

- КТ голови
 - Зазвичай, є першим візуалізаційним дослідженням у непритомного пацієнта
- МРТ головного мозку

- Зазвичай розглядається в якості наступного дослідження після КТ
- Підвищує точність дослідження задньої черепної ямки, стовбуру та білої речовини мозку.
- КТ ангіографія, МРТ ангіографія
 - Необхідні, якщо виявлені у судинах зміни вплинуть на тактику лікування, наприклад, у разі підозри на тромбоз базилярної артерії, синус-тромбоз, церебральні васкуліти або диссекцію сонної артерії.

Інші дослідження

- ЕЕГ
 - Якщо втраті свідомості передував судомний напад або у разі підозри на безсудомний епілептичний статус.
 - ЕЕГ також може допомогти в діагностиці метаболічних розладів (наприклад, печінкова кома) або інфекції (наприклад, герпетичний енцефаліт).
- Цереброспінальна рідина (ЦСР) [настанова 00739] Люмбальна пункція
 - Зразок ЦСР завжди має бути отриманий при підозрі на інфекційне чи запальне захворювання центральної нервової системи або у випадку, коли причина втрати свідомості залишається невідомою.
 - Дослідження ЦСР має включати опис її вигляду (ксантохромія), число клітин, вміст білка і глюкози, а також фарбування з метою виявлення бактерій + посів (підозра на інфекцію). Слід надіслати дві запасні пробірки з ЦСР і робити подальші дослідження відповідно до ситуації.

Відповідні інформаційні ресурси

- Література [пов'язані 00246] [00739] An unconscious patient –...

Настанови

- [Настанова 00343](#). Серцево-легенева реанімація (СЛР).
- [Настанова 00739](#). Люмбальна пункція.

Калькулятори й анкети

- [Програма 00006](#). GFR calculator.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00751 Ключ сортування: 036.002 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-28

Автор(и): Mikko KallelaPerttu J.Lindsberg Автор(и) попередніх версій статті: Kati Juva Редактор(и): Sari Atula
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Neurology Internal medicine

Ключові слова індексу

mesh: Adams-Stokes Syndrome	mesh: MIDAS	mesh: Alcoholic Intoxication	mesh: Gastric Lavage
mesh: Meningitis, Bacterial	mesh: Cheyne-Stokes Respiration	mesh: Coma	mesh: Epilepsy
mesh: Carbon Monoxide Poisoning	mesh: Cerebrospinal Fluid	mesh: Glasgow coma scale	mesh: unconscious patient
mesh: level of consciousness	mesh: Consciousness Disorders	mesh: Unconsciousness	icpc-2: A06 icpc-2: A07
speciality: Internal medicine	speciality: Neurology		