***3.11. Современная классификация пароксизмальных состояний в клинике нервных болезней.***

Пароксизмальное состояние – приступ церебрального происхождения, проявляющийся на фоне видимого здоровья или при внезапном ухудшении хронического патологического состояния, характеризующийся кратковременностью, обратимостью возникающих расстройств, наклонностью к повторениям, стереотипностью.

*Классификация* по Карлову:

(1) Эпилептические **см. 3.12 вопрос**;

(2) Неэпилептические (синкопальные состояния, коллапс, дроп-атаки при сдавлении позвоночной артерии, лицевые пароксизмы, миоплегии гипо- и гиперкалийэмические, миастенический криз (с генерализованной мышечной слабостью + глазодвигательными и бульбарными симптомами + нарушение дыхания + психомоторное возбуждение, сменяющееся вялостью и вегетативными расстройствами). При этом острая гипоксия головного мозга, расстройства сознания, возможен летальный исход).

*По механизму*: (1) Первичные (обусловлены наследственной отягощенностью, нарушением эмбриогенеза); (2) Вторичные (обусловлены патогенными экзогенными и эндогенными влияниями).

***3.14. Неэпилептические пароксизмальные состояния – судорожные и безсудорожные.***

*Судорожные* →

* фебрильные судороги у детей;
* спазмофилия (возникает в результате высокой периферической нервно-мышечной возбудимости);
* токсические судороги (экзогенные, эндогенные);
* истерические судороги.

Бессудорожные →

1. Вегетативно - сосудистые пароксизмы:

* симпатоадреналовые («панические атаки»)
* вагоинсулярные
* смешанные

1. Синкопальные состояния (обмороки):

* нейрогенные (рефлекторные, ваговазальные)
* кардиогенные
* при нарушении гомеостаза крови и метаболизма головного мозга

1. Мигрень

***3.15. Вегетативно-сосудистые пароксизмы.***

Вегетативные пароксизмы (кризы) - приступообразные появление или усиление вегетативных и эмоциональных симптомов на фоне синдрома вегетативной дистонии. Возрастные особенности: 25-64 года, ≪25-44 лет, ≫после 65 лет. Половая принадлежность: ♀>♂. Частота приступов различна: от 1 раз в год до нескольких в неделю или в день. Продолжительность криза: от 20-30 минут до 3-4 часа. Триггеры: эмоциональное и физическое перенапряжение, злоупотреблением алкоголем, метеотропные и биологические факторы.

*Патогенез*: дезинтеграция лимбикоретикулярних структур и нарушение соотношения эрготропной и трофотропной деятельности (симпатичиские или парасимпатические симптомы криза).

*Критерии диагностики:*

1. Пароксизмальнисть
2. Полисистемность вегетативных симптомов
3. Эмоционально-аффективные расстройства (паника, дискомфорт).

*Лечение*:

Вагоинсулярный криз → атропиноподобные ± кардиотонические ЛП.

Симпатоадреналовый криз → блокаторы 𝛼- и 𝛽-адренорецепторов (пропранолол, пироксан, бутироксан).

Смешанные кризы → комбинированные лекарственные препараты белладонны (беллатаминал, беласпон) ± ноотропы, витамины группы В.

Межприступный период → нормализация эмоциональной и вегетативной сфер + психо-, рефлексо- и бальнеотерапия + нормализация режим труда и отдыха. Рекомендовано санаторно-курортное лечение.

***3.16. Синкопальные состояния.***

*Синкопальное состояние* (обморок) – самые распространенные кратковременные пароксизмальные нарушения сознания неэпилептического происхождения, обусловленные недостаточностью перфузии головного мозга.

*Этиология*: наследственность; диспластический процесс, перинатальная патология; исходная неполноценность церебральных структур; синкопальная готовность; нарушение мозговой гемодинамики.

*Патогенез*: недостаточность кровотока в сосудах ГМ, гипоксия или аноксия и диффузное нарушение в ГМ метаболических процессов. Обязательное условие: внезапное нарушение перфузии ГМ.

*Типы*: нейрогенный, кардиогенный, ортостатический, церебральный, гипоглекимический, психогенный.

*Стадии*: Предвестников (пресинкопальное состояние, липотимия) → Кульминация (синкопальное состояние) → Восстановительный период (постсинкопальное состояние).

*Клиника*: провоцирующее состояние → латентный период (до 80 сек) → липотимия → потеря сознания и выраженное ↓ тонуса → падение больного →! плавное → + соответствующие вегетативные проявления ± фасцикуляции (при потере сознания свыше 10 сек) → общая слабость, тяжесть в голове, ± головная боль, стенокардия →! мероприятия, направленные на нормализацию состояния больного.

Неотложная медицинская помощь: Положение → лежа или сидя с опущенной повернутой головой, ослабление давление одежды → орошение лица и шеи холодной водой/ согревание больного (при ↓t˚) + вдыхание паров нашатырного спирта, введение р-р кофеина, метазона, атропина сульфата.

***4.5. Полиомиелит (клинические формы, стадии, диагностика, лечение, профилактика).***

Полиомиелит (эпидемический детский паралич, болезнь Гейне-Медина) – острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, характеризующейся возникновением вялых параличей и мышечных атрофии.

*Этиология:* энтеровирус полиомиелита человека (3 штамма)

*Эпидемиология*: Основные факторы передачи → больные, здоровые носители, реконвалесценты с абортивными формами. Основные пути передачи → контактный, фекально-оральный (загрязнение пищи).

*Патогенез*: заражение → инкубационный период (<17 дней - 5 недель) → поражение клеток слизистой оболочки ЖКТ → вторичная репликация в лимфоидной ткани → виремия → абортивное течение (≈ 95%)> поражение ЦНС (через гематоэнцефалический барьер). Тропность к двигательным нейронам: передних рогов спинного мозга и двигательных ядер ствола мозга (→ паралич и атрофия мышц), ± мозжечка, таламуса, гипоталамуса, прецентральные отделы коры полушарий мозга.Тяжесть поражения: поясничный> шейный> грудной отделы спинного мозга> стуктуры головного мозга.

*Стадии*: инкубационная → продромальная → препаралитическая → паралитическая → восстановительный период → резидуальный период.

*Клиника:*

1. Непаралитическая форма → синдромом серозного менингита/ корешковый.
2. Паралитические формы:

* энцефалитическая (поражение коры и подкорки)
* понтобульбарная (поражение моста и продолговатого мозга)
* спинальная (поражение передних рогов → периферические параличи)
* полиневритическая (множественное поражение периферических нервов)

*Специфического лечения нет*. Симптоматическая терапия, полный покой. Респираторные, бульбарные расстройства → ИВЛ, отсасывание секрета слизистой, кормление через зонд. Антибиотики для профилактики пневмоний.

*Профилактика*: Изоляция на 6 недель; детям, в контакте → γ-глобулин 3-6 мл. Вакцинация детей согласно принятому плану прививок.

***4.7. Боковой амиотрофический склероз.***

Боковой амиотрофический склероз (БАС; болезнь Шарко-Кожевникова) – это хроническое прогрессирующее нейродегенеративное заболевание нервной системы с избирательным поражением центральных и периферических мотонейронов, развитием параличей и атрофии мышц.

*Этиопатогенез*: эксайтоксическое поражение (гибель нейронов под воздействием нейромедиаторов) периферических нейронов и центральных мотонейронов вследствие повышенной функции глутаматных рецепторов.

Характерна нейродегенерация клеток передних рогов шейных и пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга, ствола мозга (ядра VII, IX, Х, XI, XII пар черепных нервов и надъядерных путей), пирамидных путей (в области боковых столбов спинного мозга).

*Клинические формы* по уровню преимущественного поражения:

1. Церебральная (спастический тетрапарез/ нижний парапарез + псевдобульбарный синдром).
2. Бульбарная (бульбарный синдром + позже амиотрофия, фацикуляции в конечностях, пирамидная недостаточность, псевдобульбарный).
3. Шейно-грудная (смешанный парез верхних конечностей + нижний спастический парапарез).
4. Пояснично-крестцовая (вялый парез нижних + позже верхних конечностей + признаки центрального пареза [патологические рефлексы]).

Сенсорная функция поддерживается, но заболевание сопровождается нарушениями речи (дизартрия) и затруднением глотания, часто + эмоциональная лабильность.

*Диагностика*: сочетание признаков одновременно поражения центрального и периферического мотонейронов спинного и головного мозга с локализацией в зависимости от клинической формы, фибриллярные подергивания мышц, преобладание парезов над атрофией мышц.

*Лечение* включает мультидисциплинарный подход, применяют антиглутаматный препарат (рилузол) и неспецифическую симптоматическую терапию.