**9. Полинейропатии (инфекционные, токсические), современные методы лечения.**

Полинейропатия — множественное поражение периферических нервов, проявляющееся периферическими вялыми параличами, нарушениями чувствительности, трофическими и вегетососудистыми расстройствами преимущественно в дистальных отделах конечностей. В зависимости от этиологического фактора выделяют: инфекционные (первичные, вторичные), токсические (экзогенные, эндогенные), авитаминозные, лекарственные, наследственные, радиационные полинейропатии. Патогенез: демиелинизирующие полинейропатии, аксональный полинейропатии. Патоморфология и топика: дистально-симметричная сегментарная демиелинизация нервных волокон; дегенеративно-дистрофические процессы осевых цилиндров периферических нервов. Ведущие клинические синдромы: полиневропатический синдром (периферические дистальные тетрапарезы; нарушения чувствительности в кистях и стопах; боли и вегетативно-трофические нарушения в кистях и стопах), изолированные формы с преимущественным поражением двигательных, чувствительных или вегетативных волокон. Принципы терапии: обменный плазмаферез, иммуноглобулины, противовирусные препараты, кортико­стероиды, антихолинэстеразные средства, десенсибилизирующие препараты, препараты липоевой кислоты, дезинтокси­кационные средства, витамины, физиотерапия.

**10. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия.**

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия объединяет различные по этиологии или не уточненные по происхождению поражения головного мозга, возникающие до родов и во время родов. Этиологические факторы: гипоксические, травматические, токсические, метаболические, стрессовые воздействия, радиационные, иммунологические отклонения в системе мать-плацента-плод. Развитие клиники и течение болезни очень зависит от степени тяжести ГИЭ. Легкая ГИЭ: мышечный тонус может быть слегка повышен, и могут быть оживлены сухожильные рефлексы в течение первых нескольких дней; могут наблюдаться преходящие поведенческие нарушения, такие как слабое сосание, раздражительность, беспокойство или сонливость. ГИЭ средней степени тяжести: новорожденный находится в состоянии летаргии; рефлексы новорожденного могут быть резко сниженными или отсутствовать; возможны периоды кратковременных апноэ, судороги. Тяжелая ГИЭ: ступор или кома; нарушения акта дыхания; диффузная гипотония мышц и глубокое снижение сухожильных рефлексов; рефлексы новорожденного отсутствуют; глазодвигательные нарушения; ранние и частые судороги. Специфического лечения ГИЭ не существует. Элементами поддерживающего лечения являются: поддержание адекватных вентиляции, перфузии и метаболического статуса; предупреждение гипоксии, гипер-, и гипокапнии; поддержание стабильного газового состава крови, водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния в физиологических границах; поддержание АД.

**11. Детский церебральный паралич, клинические варианты, лечение.**

Этиология: патология внутриутробного развития (при патологии беременности, заболеваниях матери, интоксикациях, иммунологической несовместимости крови матери и плода) и механические факторы (родовая травма).

Патогенез и патоморфология: гипоксия мозга плода; наличие в коре эмбриональных клеток, зон размягчения, полостей с глиальными стенками, некроза в подкорковых узлах, различные аномалии развития мозга.

Основные клинические синдромы: пирамидный (парезы, параличи), экстрапирамидный (различные варианты гиперкинезов), мышечно-дистонический, мозжечковый, нарушение интеллекта.

Клинические формы : гемиплегическая, тетраплегическая; Литтля; спастическая; мозжечковая; гиперкинетическая.

Лечение: лечебная гимнастика, бальнео- и грязелечение, ноотропы, холинолитики, агонисты и антагонисты дофамина, мышечные релаксанты, сосудистая терапия.

**12. Соматоневрологические синдромы при заболеваниях пищеварительного тракта¸ легких, сердечно-сосудистой системы, крови, эндокринных заболеваниях. Паранеопластический синдром.**

Соматоневрологические синдромы:

* Неврастенический синдром: функциональные нервно-психические нарушения, развивающиеся обычно ранее других неврологических расстройств при многих соматических заболеваниях.
* Синдром ВСД: перманентные нарушения или вегетативные кризы симпатико-адреналового, вагоинсулярного или смешанного характера.
* Синдром острой энцефалопатии: развивается при тяжелом течении острых соматических заболеваний (ТЭЛА, инфарктная пневмония, панкреатит, при резком нарастании печеночной и почечной недостаточности); проявляется выраженными общемозговыми симптомами, психомоторным возбуждением, сменяющимися адинамией, заторможенностью, нарушением сознания, сопровождается появлением менингиальных и умеренных очаговых симптомов.
* Синдром хронической энцефалопатии: возникает при длительном течении соматических заболеваний с развитием легочно-сердечной, почечной, печеночной недостаточности, характеризуется стойкими общемозговыми и очаговыми симптомами.
* Синдром миелопатии: наблюдается при заболеваниях печени, сердечной недостаточности.; проявляется быстрой утомляемостью, преходящей стойкой слабостью в ногах, болями, парестезиями, повышением или выпадением сухожильных рефлексов, патологическими рефлексами, проводниковыми или сегментарными нарушениями чувствительности, расстройством функций тазовых органов.
* Синдром миелогенной перемежающейся хромоты: периодически наступающая слабость в ногах при ходьбе у женщин, страдающих миомой матки.
* Эпилептический синдром: проявляется разнообразными эпилептиформными припадками или их эквивалентами и часто возникает при заболеваниях, сопровождающихся аутоинтоксикацией и гипоксией мозга (печеночная недостаточность, острая пневмония и т. д.).
* Радикулярный синдром: возникает при почечной патологии (пиелонефрит, почечно-каменная болезнь); боли в области поясницы, которые носят постоянный характер, не стихают в положении лежа, иррадиируют в бедро, паховую складку.
* Синдром полинейропатии: характерен для обменных нарушений (сахарный диабет), экзогенных и эндогенных интоксикаций (хронический алкоголизм, печеночная и почечная недостаточность); проявляется двигательными, чувствительными, вегетативными нарушениями.
* Синдром пароксизмальных состояний. Наблюдается при ахалазии кардии, язвенной болезни желудка и ДПК, после резекции желудка и т. д. Проявляется синкопальными, вегетативными пароксизмами, возникающими при затруднении прохождения пищи, а также при перемене положения тела, (наклоне головы вниз), пребывании в душном, жарком помещении.

Паранеопластические неврологические синдромы (ПНС) - группа неврологических нарушений, развивающихся как на доклинической, так и на клинической стадиях опухолевого процесса, но не связанных с метастазами, токсическим действием самой опухоли, применением химио- или радиотерапии.

ПННС включают:

* антителопозитивные синдромы: миастенический синдром Ламберта — Итона; паранеопластический синдром ригидного человека; паранеопластическая сенсорная невропатия; паранеопластическая энцефаломиелопатия; паранеопластическая мозжечковая дегенерация; паранеопластический синдром зрительных расстройств; паранеопластическая болезнь моторного нейрона; паранеопластический эпилептический опсоклонус-синдром.
* антителонегативные синдромы: подострая некротическая миелопатия; периферическая невропатия; полидерматомиозит и острый мышечный некроз.