

СЕВАСТОПОЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМЕНИ ЖЕНИ ДЕРЮГИНОЙ

## ЛЕКЦИЯ №4

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ОБЪЕМНЫХ ПРОЦЕССАХ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.  
ЭПИЛЕПСИЯ . СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ

О.Ю.ИГНАТЬЕВА

2018Г.

ОПУХОЛИ ЦНС ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ  
НОВООБРАЗОВАНИЯ, РАСТУЩИЕ ИЗ ВЕЩЕСТВА,  
ОБОЛОЧЕК И СОСУДОВ МОЗГА, ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ  
НЕРВОВ, А ТАКЖЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ. ПО  
ЧАСТОТЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХОЛИ ЦНС НА ПЯТОМ  
МЕСТЕ СРЕДИ ВСЕХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНИЗМА.

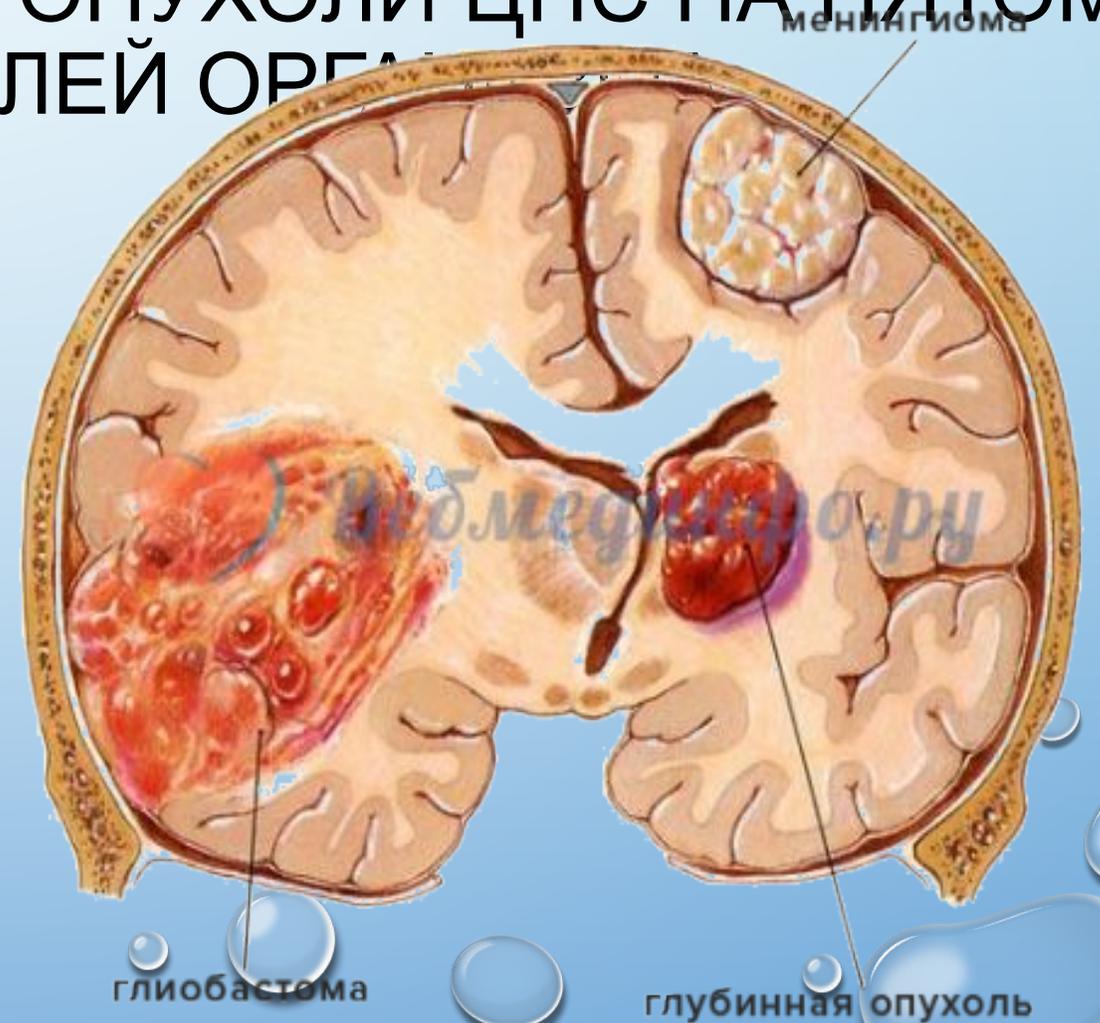
ЭТИОЛОГИЯ НЕЯСНАЯ, НО

ЕСТЬ ТЕОРИИ

ПРОИСХОЖДЕНИЯ

ОПУХОЛЕЙ:

- ГОРМОНАЛЬНАЯ
- ИНФЕКЦИОННАЯ
- ТРАВМАТИЧЕСКАЯ
- РАДИАЦИОННАЯ



# КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ЦНС

- ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ (МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ)
  - ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ
  - ОДИНОЧНЫЕ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ
  - ВНУТРИМОЗГОВЫЕ И ВНЕМОЗГОВЫЕ
- ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ВЫДЕЛЯЮТ:
  - ГЛИОМЫ
  - НЕВРИНОМЫ
  - МЕНИНГИОМЫ
  - АДЕНОМА ГИПОФИЗА
  - РАК И САРКОМА-НЕДИФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ

# КЛИНИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

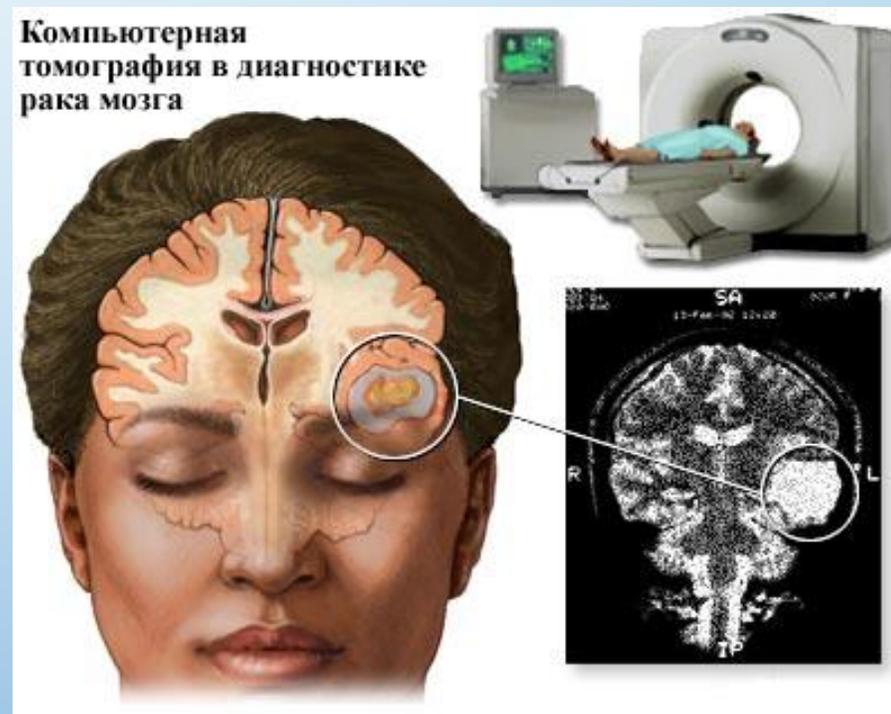
- **ОБЩЕМОЗГОВЫЕ (ГИПЕРТЕНЗИОННЫЕ) СИМПТОМЫ**-ОБУСЛОВЛЕННЫ ПОВЫШЕНИЕМ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ, НАРУШЕНИЕМ ЛИКВОРОДИНАМИКИ И ИНТОКСИКАЦИЕЙ ОРГАНИЗМА: **ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, РВОТА, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ, НАРУШЕНИЕ СОЗНАНИЯ, РАССТРОЙСТВО ПСИХИКИ, ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ (ИЗМЕНЕНИЕ ПУЛЬСА И РИТМА ДЫХАНИЯ), ОБОЛОЧЕЧНЫЕ (МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ) СИНДРОМЫ.**
- **ОЧАГОВЫЕ СИМПТОМЫ**-ЗАВИСЯТ ОТ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ **ЛОКАЛИЗАЦИИ** ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА.
- **СИМПТОМЫ СМЕЩЕНИЯ**-ПОЯВЛЯЮТСЯ НА БОЛЕЕ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ, ВОЗНИКАЮТ В СВЯЗИ С ОТЕКОМ, СДАВЛЕНИЕМ И СМЕЩЕНИЕМ ТКАНИ МОЗГА. НАРАСТАЮТ МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ, РАССТРОЙСТВО СОЗНАНИЯ, НАРУШАЕТСЯ ЗРЕНИЕ, ГЛОТАНИЕ И ДР ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ФУНКЦИИ.

# ОЧАГОВЫЕ СИМПТОМЫ ОБУСЛОВЛЕННЫ НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОПУХОЛИ НА МОЗГ И ЗАВИСЯТ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ НОВООБРАЗОВАНИЯ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

- ОПУХОЛИ ЛОБНОЙ ДОЛИ: «ЛОБНОЙ ПСИХИКОЙ»-- ОБЩАЯ АПАТИЯ. ПРОПАДАЕТ ИНТЕРЕС КО ВСЕМУ, ЗАТОРМОЖЕННОСТЬ, НЕОПРЯТНОСТЬ, ИЛИ ПОВЫШЕНА ВОЗБУДИМОСТЬ, АГРЕССИВНОСТЬ, СНИЖАЕТСЯ КРИТИКА, ИНТЕЛЛЕКТ, ПОЯВЛЯЕТСЯ ДУРАШЛИВОСТЬ. НАРУШЕНИЯ РЕЧИ, ПАРЕЗЫ, ОБОНЯНИЯ, ЭПИЛЕПТИФОРМНЫМИ ПРИПАДКАМИ.
- ОПУХОЛИ ТЕМЕННОЙ ДОЛИ: НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ОСОБЕННО СЛОЖНЫХ ВИДОВ ЕЕ (НАРУШЕНИЕ СХЕМЫ ТЕЛА- ЗАБЫВАЮТ ГДЕ У НИХ ПРАВАЯ РУКА, А ГДЕ ЛЕВАЯ НОГА.)ГЕМИПАРЕЗЫ, НАРУШЕНИЕ СЧЕТА ,ЧТЕНИЯ, ПИСЬМА.
- ОПУХОЛИ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ: СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВКУСОВЫМИ, ОБОНЯТЕЛЬНЫМИ, СЛУХОВЫМИ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ, РАССТРОЙСТВАМИ ПАМЯТИ И ПСИХОМОТОРНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ. У ПРАВШЕЙ РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ-СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ- ПАЦИЕНТ НЕ ПОНИМАЕТ ОБРАЩЕННОЙ К НЕМУ РЕЧИ, НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ НЕВПОПАД, НО САМ ГОВОРИТЬ МОЖЕТ, ПЕРЕСТАВЛЯЯ БУКВЫ, ИЛИ ПОВТОРЯЯ ОТДЕЛЬНЫЕ СЛОГИ ИЛИ СЛОВА.
- ОПУХОЛИ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ: НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ- ЗРИТЕЛЬНАЯ АГНОЗИЯ, ФОТОПСИЯМИ, ЗРИТЕЛЬНЫМИ ГАЛЮЦИНАЦИЯМИ, СКОТОМАМИ, РАССТРОЙСТВА ЧУВСТВА ЦВЕТА, ВЫПАДЕНИЕ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ (ГЕМИАНОПСИЯ).
- ОПУХОЛИ ГИПОФИЗА(АДЕНОМА) ПРОЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЕ ЭНДОКРИННЫХ ФУНКЦИЙ- ОЖИРЕНИЕ,НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.,АКРОМЕГАЛИЯ, СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА.
- ОПУХОЛИ МОЗЖЕЧКА СОПРОВОЖДАЮТСЯ НАРУШЕНИЯМИ ПОХОЛКИ. КООРДИНАЦИИ. ТОНУСА

# ДИАГНОСТИКА.

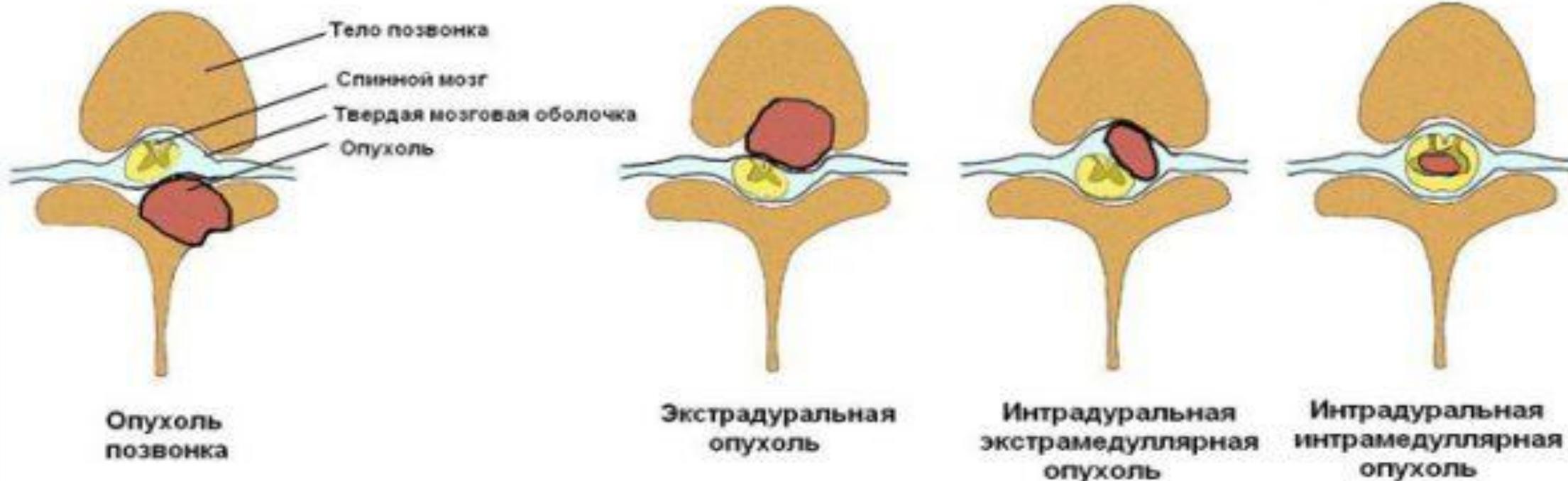
- АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:
- САМЫМ РАННИМ И РАСПРОСТРАНЕННЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ НАКЛОНАХ, КАШЛЕ, ЧИХАНЬЕ, ПРИ ПЕРЕУТОМЛЕНИИ.
- НАРУШЕНИЕ РАВНОВЕСИЯ.
- РАССТРОЙСТВА ЗРЕНИЯ. СЛАБОСТЬ ОДНОЙ ПОЛОВИНЫ ТЕЛА, ЗАТРУДНЕННОСТЬ ДВИЖЕНИЙ. ТРУДНОСТИ С ПАМЯТЬЮ И РЕЧЬЮ ИЗМЕНЕНИЕ ЛИЧНОСТИ И УМСТВЕННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ. ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ
- ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ОСНОВНОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ: КТ И МРТ.
- ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ:
  - УЧАСТКИ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛОТНОСТИ МОЗГОВОЙ ТКАНИ И РАЗМЕРЫ
  - ПЕРИФОКАЛЬНЫЙ ОТЕК
  - СМЕЩЕНИЕ СРЕДИННЫХ СТРУКТУР МОЗГА.



# ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА

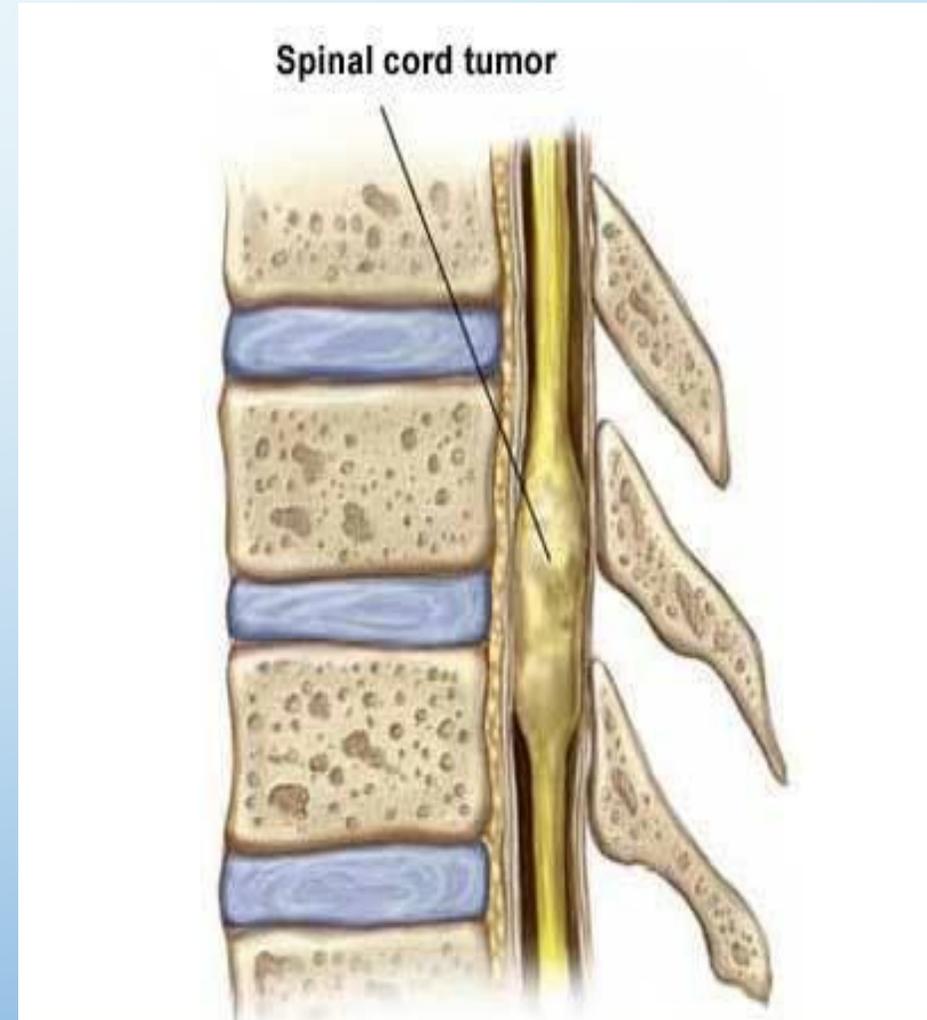
- КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ТАКАЯ ЖЕ, КАК И ГОЛОВНОГО. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА РАЗЛИЧАЮТ *ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЕ*, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ИЗ ВЕЩЕСТВА СПИННОГО МОЗГА И ЛОКАЛИЗУЮЩИЕСЯ ВНУТРИ НЕГО И *ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫЕ*, ОБРАЗУЮЩИЕСЯ ИЗ ОБОЛОЧЕК, КОРЕШКОВ И РАСПОЛАГАЮЩИЕСЯ ВНЕ СПИННОГО

Классификация опухолей



# КЛИНИКА ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА. ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

- МЕДЛЕННОЕ, НЕУКЛОННОЕ НАРАСТАНИЕ ПРИЗНАКОВ СДАВЛЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА (КОМПРЕССИЯ)
- ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА
- НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
- ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

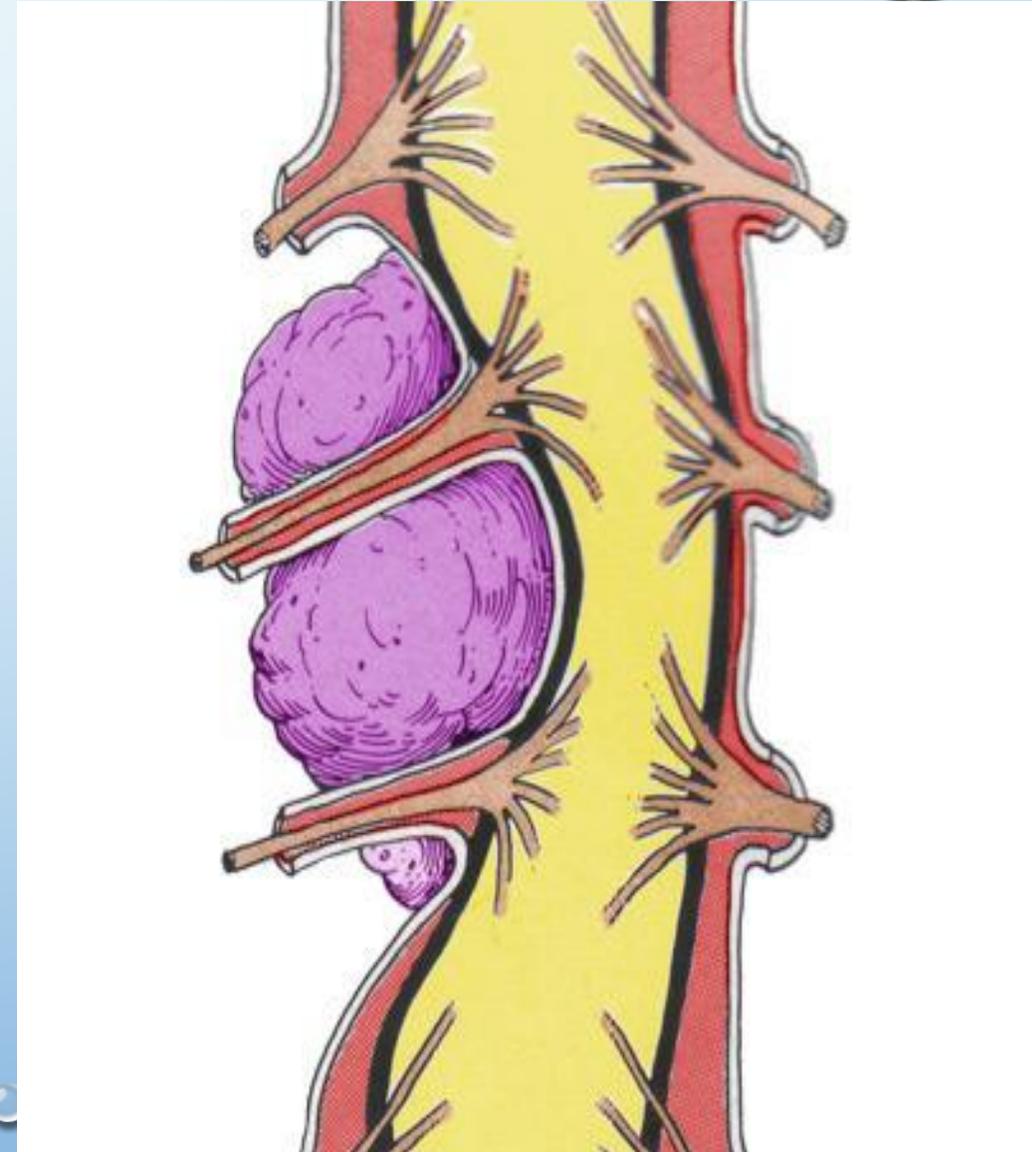


# ОЧАГОВЫЕ СИМПТОМЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

- ОПУХОЛИ ШЕЙНОГО УТОЛЩЕНИЯ ВЫЗЫВАЮТ –ВЯЛЫЙ ПАРАЛИЧ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И СПАСТИЧЕСКИЙ НИЖНИХ, ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ НАРУШАЮТСЯ ПО ЦЕНТРАЛЬНОМУ ТИПУ (ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ, НАРУШЕНИЕ АКТА ДЕФЕКАЦИИ).
- ОПУХОЛИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕЙ БОЛЬЮ, РАССТРОЙСТВОМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ТЕЛА, СПАСТИЧЕСКИМ ПАРАЛИЧОМ НОГ, НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ.
- ДЛЯ ОПУХОЛИ КОНСКОГО ХВОСТА ТИПИЧНЫ БОЛИ В КРЕСТЦЕ, ЯГОДИЦАХ, ПРОМЕЖНОСТИ, НАРУШЕНИЕ ВСЕХ ВИДОВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ЭТОЙ ЖЕ ЗОНЕ, ВЯЛЫЕ ПАРАЛИЧИ НОГ, ИСТИННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ И КАЛА (ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ТИП)

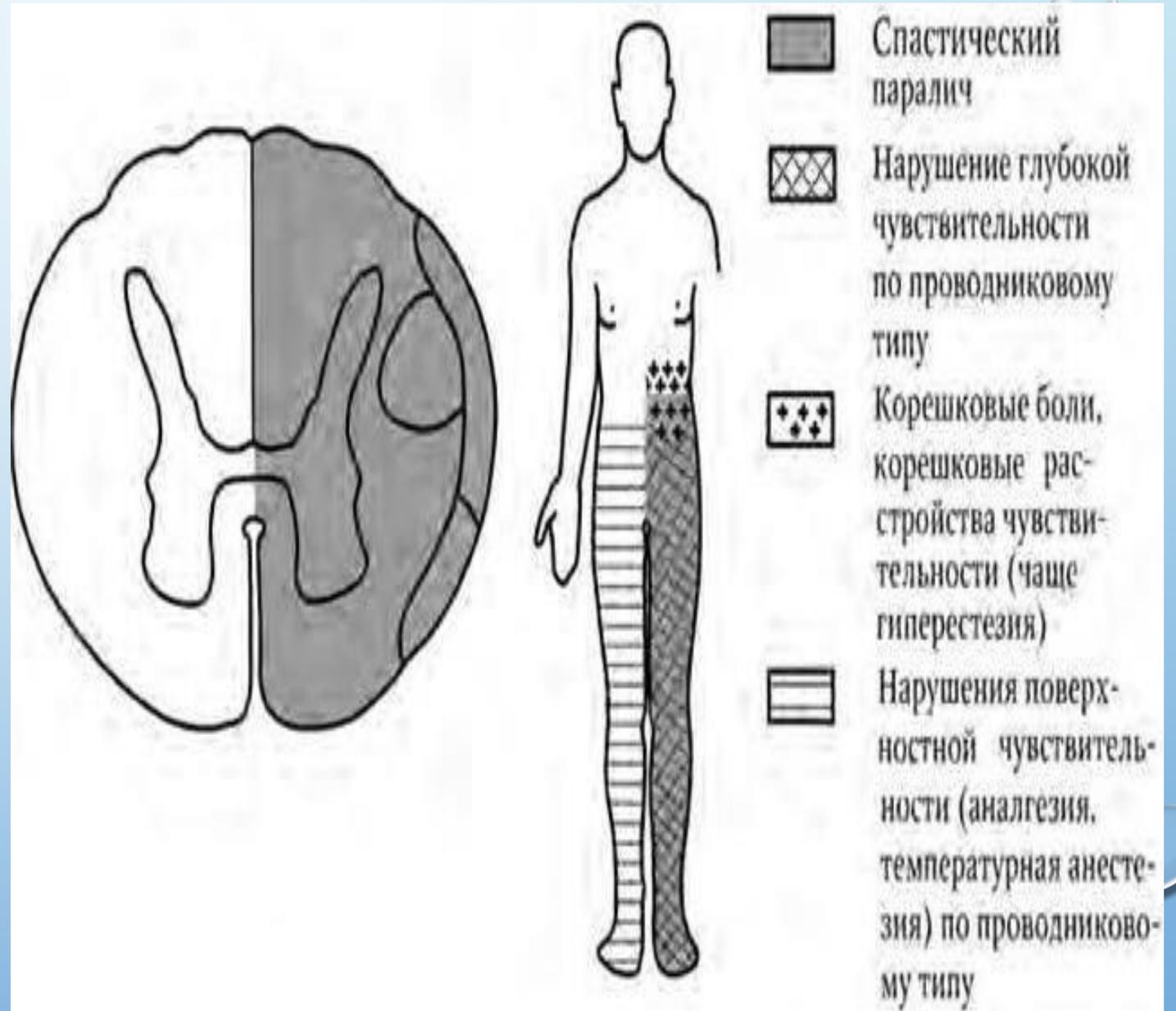
# ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫЕ ОПУХОЛИ- ОБРАЗУЮЩИЕСЯ ИЗ ОБОЛОЧЕК И КОРЕШКОВ, РАСПОЛАГАЮЩИЕСЯ ВНЕ СПИННОГО МОЗГА.

- РАЗЛИЧАЮТ ТРИ СТАДИИ:
- 1 НЕВРАЛГИЧЕСКАЯ(КОРЕШКОВАЯ) СЛЕДСТВИЕ РАЗДРАЖЕНИЯ СПИННО-МОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ- БОЛИ И ПАРЕСТЕЗИИ В СООТВЕТСТВУЮЩЕМ СЕГМЕНТЕ. СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С РАДИКУЛИТОМ.
- 2. СТАДИЯ ОБУСЛОВЛЕНА СДАВЛЕНИЕМ ОПУХОЛЬЮ ПРИЛЕЖАЩЕГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА. ВОЗНИКАЕТ КАРТИНА ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА. (СИНДРОМ БРОУНА-СЕКАРА)
- 3 СТАДИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ СДАВЛЕНИИ ОПУХОЛЬЮ ВСЕГО ПОПЕРЕЧНИКА СПИН МОЗГА. РАЗВИВАЕТСЯ ПАРАЛИЧ ОБЕИХ НОГ (И РУК,ЕСЛИ ШЕЙНЫЙ УРОВЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ) И РАССТРОЙСТВО ВСЕХ ВИДОВ



# СИНДРОМ БРОУН - СЕКАРА

- СИМПТОМОКОМПЛЕКС, НАБЛЮДАЕМЫЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПОЛОВИНЫ ПОПЕРЕЧНИКА СПИННОГО МОЗГА: НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ОТМЕЧАЮТ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (ИЛИ ПАРЕЗ) И УТРАТУ МЫШЕЧНО - СУСТАВНОЙ И ВИБРАЦИОННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, НА ПРОТИВОПОЛОЖНОЙ — ВЫПАДЕНИЕ БОЛЕВОЙ И ТЕМПЕРАТУРНОЙ



# ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЕ ОПУХОЛИ СПИННОГО МОЗГА

- **РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ИЗ ВЕЩЕСТВА СПИННОГО МОЗГА**
- ПРОЯВЛЯЮТСЯ СЕГМЕНТАРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ, ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ ФУНКЦИЙ С ПРИСОЕДИНЕНИЕМ К НИМ В ДАЛЬНЕЙШЕМ СПАСТИЧЕСКИХ ПАРАЛИЧЕЙ НИЖЕЛЕЖАЩИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОВОДНИКОВЫХ РАССТРОЙСТВ ВСЕХ ВИДОВ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, ТАЗОВЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРОЛЕЖНЕЙ. НА ПОЗДНЕЙ СТАДИИ МОГУТ БЫТЬ БОЛИ И ОБОЛОЧЕЧНЫЕ СИМПТОМЫ.
- **ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ:**  
СПИННОМОЗГОВОЙ ПУНКЦИЕЙ, ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИМИ ПРОБАМИ,



# ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОБЫ

- ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕОБХОДИМО, ЧТОБЫ ГОЛОВА БОЛЬНОГО НАХОДИЛАСЬ В ОДНОЙ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ С ТУЛОВИЩЕМ. НАКЛОН ГОЛОВЫ К ГРУДИ ИЛИ ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ЕЕ ВЫЗЫВАЕТ ПОВЫШЕНИЕ ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ, КОТОРОЕ ВЫРАВНИВАЕТСЯ, КОГДА ГОЛОВЕ ПРИДАЮТ ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ.
- ПРОБА КВЕККЕНШТЕДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СДАВЛЕНИИ ЯРЕМНЫХ ВЕН НА ШЕЕ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОНО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ И ПОВЫШЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ЧЕРЕПЕ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ В СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО СПИННОГО МОЗГА.
- ПРИ ПРОБЕ СТУККЕЯ СИЛЬНО НАДАВЛИВАЮТ РУКОЙ НА ПЕРЕДНЮЮ СТЕНКУ ЖИВОТА, ЧТО ВЕДЕТ К СДАВЛЕНИЮ КРУПНЫХ ВЕН БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАСТОЮ В НИХ И В ЭПИДУРАЛЬНЫХ ВЕНАХ И К ПОСЛЕДУЮЩЕМУ ПОВЫШЕНИЮ ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ.
- ПРИ НАЛИЧИИ БЛОКАДЫ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА, ВЫЗВАННОЙ ОПУХОЛЬЮ СПИННОГО МОЗГА ИЛИ СПИНАЛЬНЫМ АРАХНОИДИТОМ, ВЫЯВЛЯЮТСЯ РАЗЛИЧНЫЕ ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, СТОЯЩИЕ В ПРЯМОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ



# ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОБЫ (ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРОВ)

- ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕОБХОДИМО, ЧТОБЫ ГОЛОВА БОЛЬНОГО НАХОДИЛАСЬ В ОДНОЙ ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ С ТУЛОВИЩЕМ. НАКЛОН ГОЛОВЫ К ГРУДИ ИЛИ ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ЕЕ ВЫЗЫВАЕТ ПОВЫШЕНИЕ ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ, КОТОРОЕ ВЫРАВНИВАЕТСЯ, КОГДА ГОЛОВЕ ПРИДАЮТ ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ.
- ПРОБА КВЕККЕНШТЕДТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СДАВЛЕНИИ ЯРЕМНЫХ ВЕН НА ШЕЕ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ОТМЕЧАЕТСЯ РЕЗКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОНО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ И ПОВЫШЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ В ЧЕРЕПЕ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ В СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО СПИННОГО МОЗГА.
- ПРИ ПРОБЕ СТУККЕЯ СИЛЬНО НАДАВЛИВАЮТ РУКОЙ НА ПЕРЕДНЮЮ СТЕНКУ ЖИВОТА, ЧТО ВЕДЕТ К СДАВЛЕНИЮ КРУПНЫХ ВЕН БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАСТОЮ В НИХ И В ЭПИДУРАЛЬНЫХ ВЕНАХ И К ПОСЛЕДУЮЩЕМУ ПОВЫШЕНИЮ ЛИКВОРНОГО ДАВЛЕНИЯ.
- ПРИ НАЛИЧИИ БЛОКАДЫ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА, ВЫЗВАННОЙ ОПУХОЛЬЮ СПИННОГО МОЗГА ИЛИ СПИНАЛЬНЫМ АРАХНОИДИТОМ, ВЫЯВЛЯЮТСЯ РАЗЛИЧНЫЕ ЛИКВОРОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, СТОЯЩИЕ В ПРЯМОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ПОРАЖЕНИЯ И СТЕПЕНИ БЛОКАДЫ ЛИКВОРНЫХ ПУТЕЙ.
- ПОСЛЕ ПРОИЗВОДСТВА УКАЗАННЫХ ПРОБ ВЫВОДЯТ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ 2—3 МЛ ЖИДКОСТИ И ИССЛЕДУЮТ КОНЕЧНОЕ ЛИКВОРНОЕ ДАВЛЕНИЕ. ПРИ НАЛИЧИИ ОПУХОЛИ СПИННОГО

# ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЦНС

- ЛЕЧЕНИЕ БЫВАЕТ РАДИКАЛЬНЫМ И ПАЛЛИАТИВНЫМ
- ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ОПУХОЛЬ ПОЛНОСТЬЮ УДАЛЯЕТСЯ ОПЕРАТИВНЫМ ПУТЕМ
- ЕСЛИ ИЗ-ЗА ХАРАКТЕРА ( НАПР.АСТРАЦИТОМА) И РАСПОЛОЖЕНИЯ ОПУХОЛИ НЕ ВСЕГДА ВОЗМОЖНО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ,ТО ПРИМЕНЯЮТ ПАЛЛИАТИВНЫЕ МЕТОДЫ-ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА, ХИМИОТЕРАПИЯ, РЕНТГЕНОВСКОЕ ОБЛУЧЕНИЕ И Т.Д.
- ВСЕМ БОЛЬНЫМ НАЗНАЧАЮТ ДЕГИДРАТАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ И СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ (АНАЛЬГЕТИКИ ,ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ,ПРОТИВОРВОТНЫЕ И Т.Д)

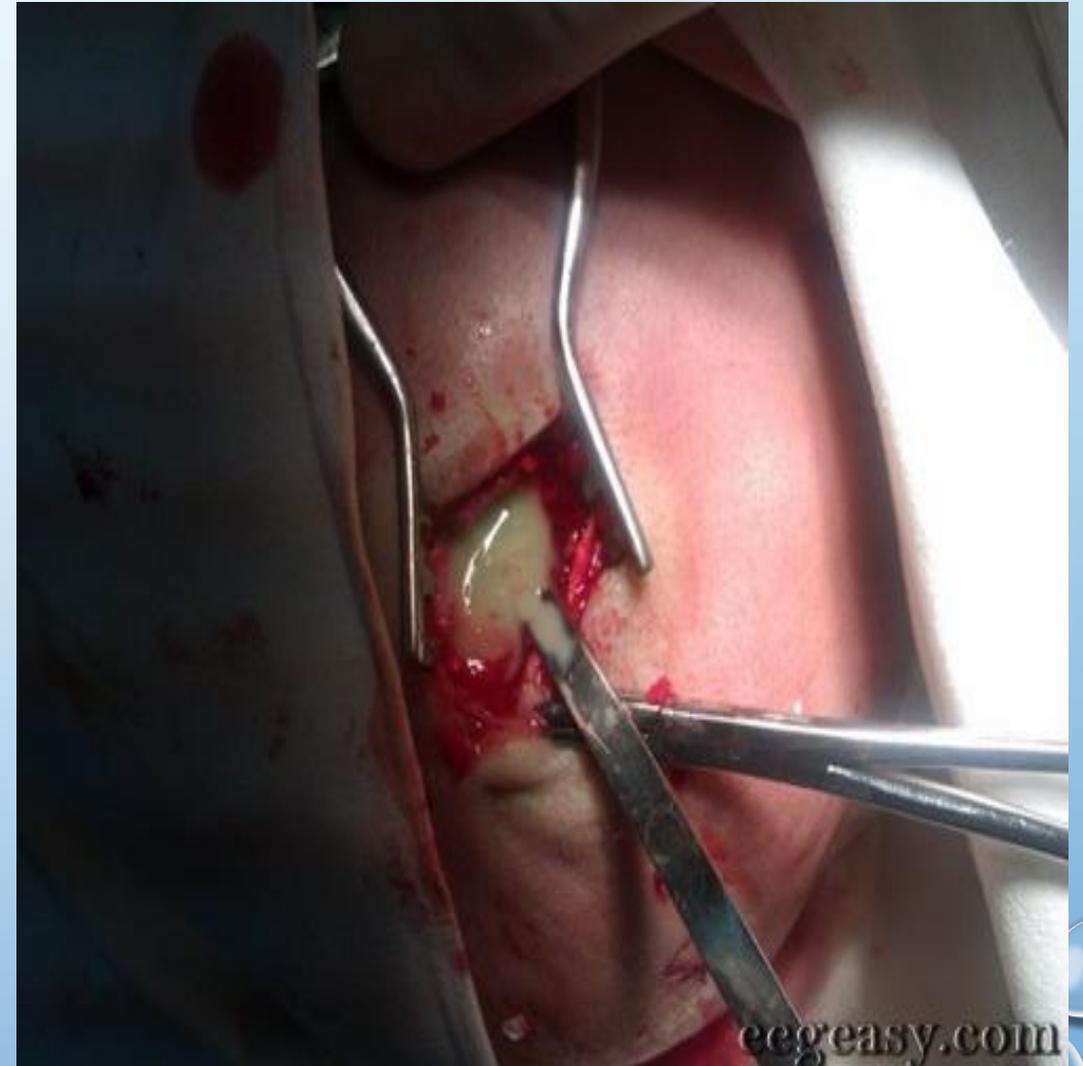
# ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

- **ТЧАТЕЛЬНЫЙ УХОД, ПРАВИЛЬНОЕ ПОЗИТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ОБЩЕНИЕ ИМЕЮТ ОГРОМНОЕ ЗНАЧЕНИЕ!!!**
- НЕ СООБЩАТЬ БОЛЬНОМУ НЕГАТИВНУЮ ИНФОРМАЦИЮ-ИНАЧЕ ДЕПРЕССИЯ И БЫСТРЫЙ РОСТ НОВООБРАЗОВАНИЯ.
- 2. НЕ УПОТРЕБЛЯТЬ ТЕРМИН-РАК, ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ
- 3. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОБЛЕГЧАЕТ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА.
- 4. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА, ПОДДЕРЖКА, ПОМОЩЬ И СТИМУЛЯЦИЯ.
- 5. ПОСТОЯННАЯ СВЯЗЬ С ПАЦИЕНТОМ И ЧЛЕНАМИ ЕГО СЕМЬИ.
- 6. ПОСТОЯННЫЙ УХОД И ЗАБОТА, ПОДДЕРЖКА И СОВЕТЫ, ЧТО ПРИСПОСАБЛИВАЮТ ПАЦИЕНТА К НОВЫМ УСЛОВИЯМ ЖИЗНИ.
- 7. ГОТОВИТЬ ПАЦИЕНТА К ВСЕВОЗМОЖНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ
- 8 НАСТРОИТЬ НА ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ.



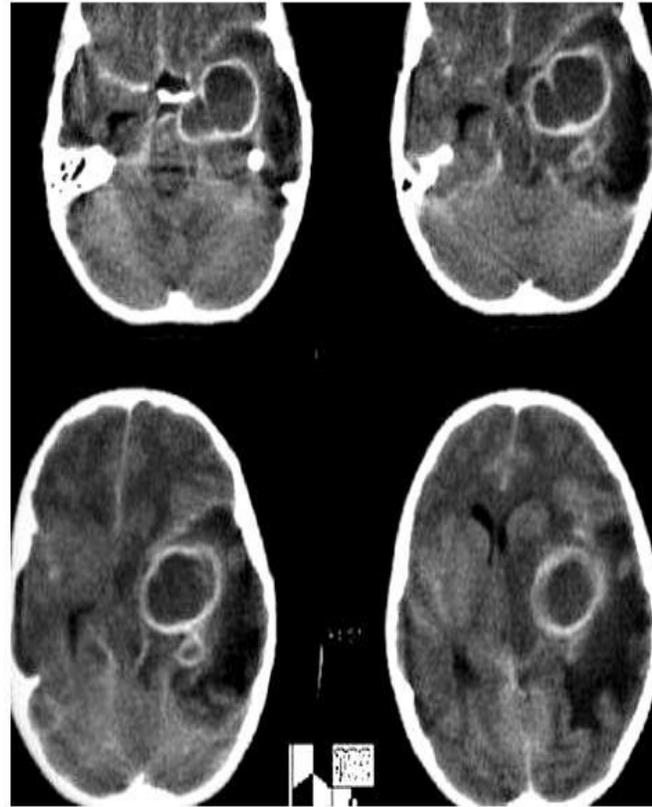
# ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

- **АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА-** ЭТО ОГРАНИЧЕННОЕ НАКОПЛЕНИЕ ГНОЯ В ВЕЩЕСТВЕ МОЗГА, ЧАЩЕ ВТОРИЧНОГО ХАРАКТЕРА.
- ЭТИОЛОГИЯ- ГНОЙНЫЙ ОТИТ, ГАЙМОРИТ, ФРОНТИТ, ТРАВМЫ ЧЕРЕПА(ОСОБЕННО ОГНЕСТРЕЛЬНАЯ); ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, СЕПСИС
- ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ,У МУЖЧИН.
- НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА НАПОМИНАЕТ ОПУХОЛЬ МОЗГА, НО! РАЗВИВАЕТСЯ НА ФОНЕ ПРИЗНАКОВ, ТИПИЧНЫХ ДЛЯ ВОСПАЛЕНИЯ- ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, РВОТА, БРАДИКАРДИЯ, ЛЕЙКОЦИТОЗ УСКОРЕННОЕ



# ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА

- **ОСЛОЖНЕНИЕ-** ПРОРЫВ ГНОЯ ПОД ОБОЛОЧКИ ИЛИ В ЖЕЛУДОЧКИ МОЗГА.
- **ЛЕЧЕНИЕ:** ХИРУРГИЧЕСКОЕ, УДАЛЕНИЕ АБСЦЕССА ВМЕСТЕ С КАПСУЛОЙ.
- ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ- МАССИВНЫЕ ДОЗЫ АНТИБИОТИКОВ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ.
- ДЕГИДРАТАЦИОННАЯ И СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ.



Абсцесс головного мозга



МРТ T1-режим. Аксиальная проекция. Большой внутримозговой абсцесс лобной доли с зоной перифокального отека. После введения контраста четко определяется капсула абсцесса.

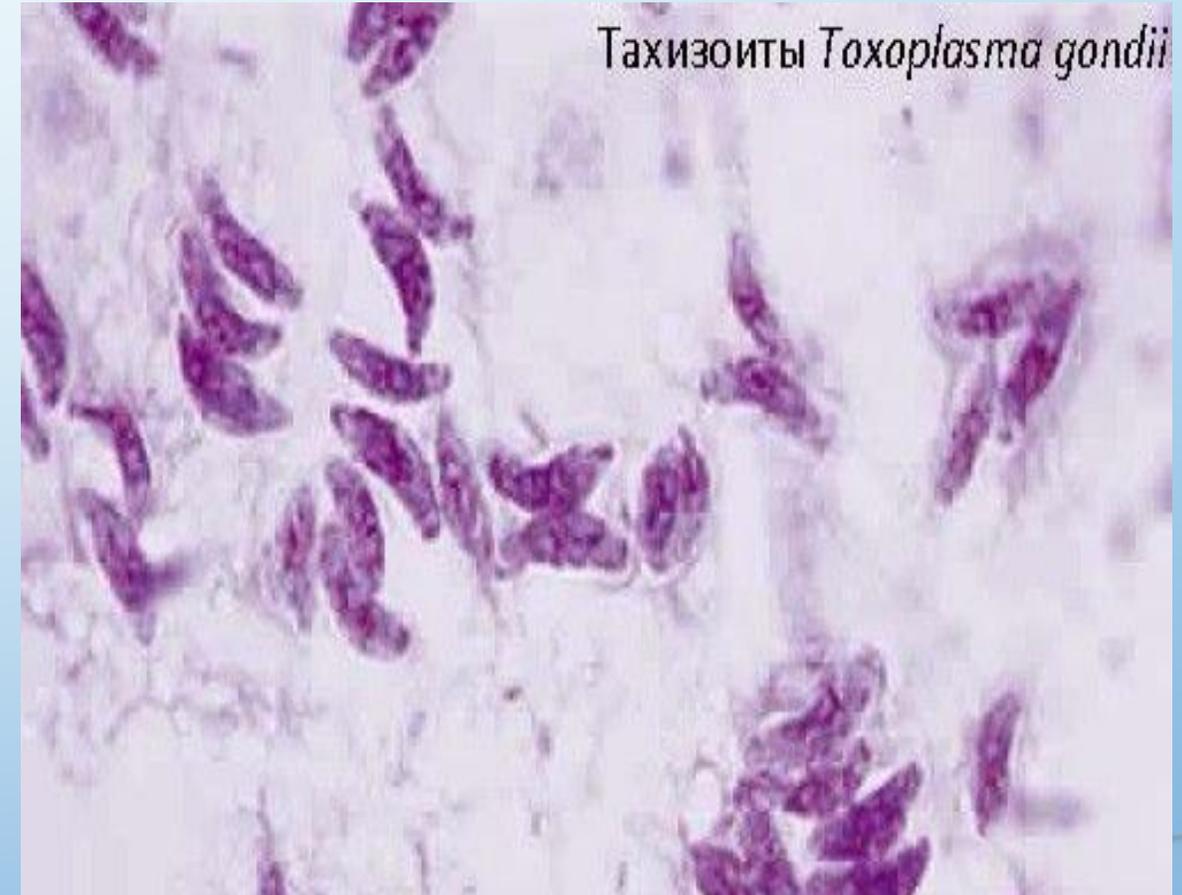
# ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

**ТОКСОПЛАЗМОЗ.** ВЫЗЫВАЕТСЯ ОН ТОКСОПЛАЗМОЙ — МИКРООРГАНИЗМОМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ПРОМЕЖУТОЧНЫМ МЕЖДУ БАКТЕРИЯМИ И ГЕЛЬМИНТАМИ. ЛЮДИ ЗАРАЖАЮТСЯ ОТ ДОМАШНИХ ЖИВОТНЫХ И ПТИЦ АЛИМЕНТАРНЫМ И КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ (СЛЮНА ЖИВОТНЫХ)

ЧАЩЕ ВСЕГО ТОКСОПЛАЗМОЗ ПЕРЕНОСИТСЯ НОРМАЛЬНО. ТОЛЬКО У ЛИЦ С ДЕФИЦИТОМ ИММУНИТЕТА, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ПРИ ВИЧ, СИСТЕМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ТОКСОПЛАЗМОЗ МОЗГА ПРИВОДИТ К ТЯЖЕЛЫМ НАРУШЕНИЯМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

- **ПАТОГЕНЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА**

- ПОПАДАЯ ЧЕРЕЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЙ ТРАКТ В ОРГАНИЗМ, ТОКСОПЛАЗМЫ ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ ОБОЛОЧКИ И ВНЕДРЯЮТСЯ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ. ЗАТЕМ ОНИ ПО ТОКУ КРОВИ ДОСТИГАЮТ ГОЛОВНОГО МОЗГА. В ВЕЩЕСТВЕ МОЗГА ТОКСОПЛАЗМЫ СКАПЛИВАЮТСЯ В ОПРЕДЕЛЁННЫХ УЧАСТКАХ, ОБРАЗУЯ ГРАНУЛЕМЫ ПРИ ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ПРОЦЕСС НА ЭТОМ ОСТАНАВЛИВАЕТСЯ И ГРАНУЛЕМЫ МОГУТ СУЩЕСТВОВАТЬ В МОЗГУ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ. ЕСЛИ СНИЖЕНЫ ЗАЩИТНЫЕ СИЛЫ ОРГАНИЗМА, ПРОИСХОДИТ АКТИВАЦИЯ ПАРАЗИТА И РАЗВИВАЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС



Техизоиты *Toxoplasma gondii*

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ПРИОБРЕТЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА — ВАРИАНТ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СИМПТОМЫ ТОКСОПЛАЗМОЗА МОЗГА РАЗНООБРАЗНЫ. СТРАДАТЬ МОГУТ ВСЕ СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА:
- ПОРАЖЕНИЕ ОБОЛОЧЕК - МЕНИНГИТ, АРАХНОИДИТ;
- ПОРАЖЕНИЕ ВЕЩЕСТВА МОЗГА — ЭНЦЕФАЛИТ;
- ПОРАЖЕНИЕ КОРЫ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА;
- СМЕШАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ — МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ.
- ЕСЛИ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВОЗНИКЛО У ПЛОДА — ВРОЖДЕННЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ — ОНО ПРИВОДИТ К СЕРЬЁЗНЫМ ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ И УМСТВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
- **ХОРИОРЕТИНИТ** — ВОСПАЛЕНИЕ СОСУДИСТОЙ ОБЛОЧКИ (ТОНКОГО ПИГМЕНТИРОВАННОГО

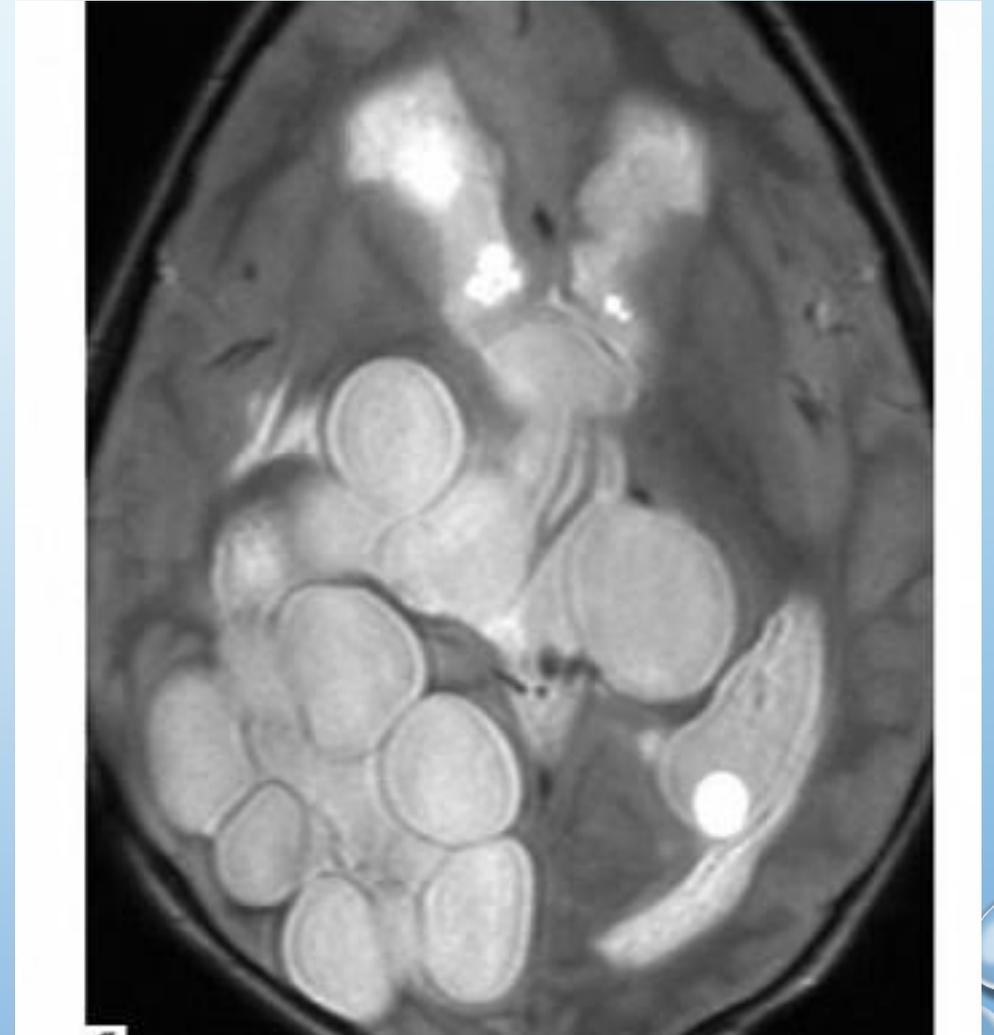
## Тетрада признаков при врожденном токсоплазмозе

1. гидроцефалия или микроцефалия
2. хориоретинит
3. судороги
4. очаги обызвествления в мозге, выявляемые рентгенологически, в том числе и пренатально

При остром течении -- лихорадка, увеличение печени и селезенки, желтуха

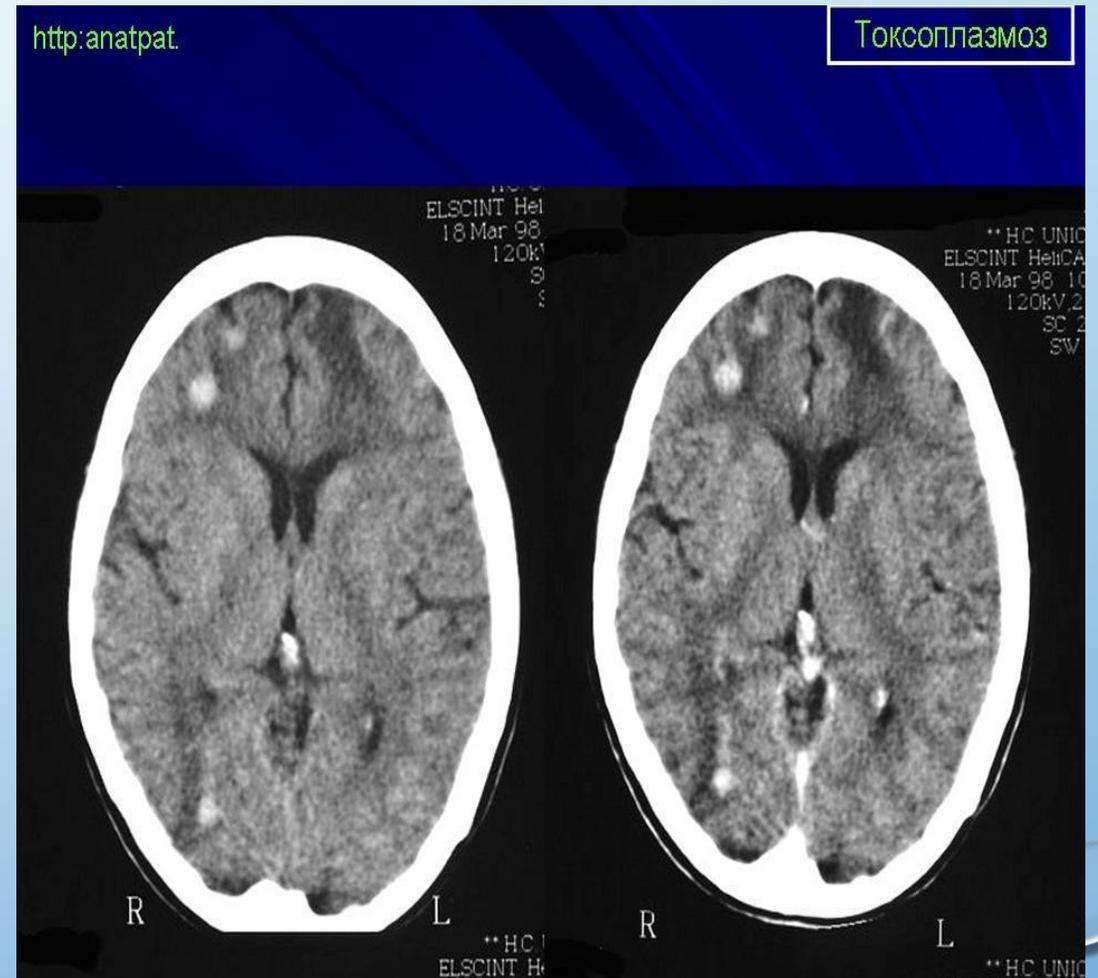
# ДИАГНОСТИКА

- ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: АНТИТЕЛА К ВОЗБУДИТЕЛЮ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ В АНАЛИЗАХ КРОВИ: ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ; РЕАКЦИЯ НЕПРЯМОЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ; РЕАКЦИЯ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ. ВАЖНО УЧЕСТЬ, ЧТО У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ЭТИ АНАЛИЗЫ БУДУТ НЕДОСТОВЕРНЫ. БОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ БУДЕТ ПОЛИМЕРАЗНАЯ ЦЕПНАЯ РЕАКЦИЯ (ПЦР), ВЫЯВЛЯЮЩАЯ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ВОЗБУДИТЕЛЯ.
- ДИАГНОЗ ПОДТВЕРЖДАЮТ АНАЛИЗЫ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ- ВОЗБУДИТЕЛЯ НАХОДЯТ В КЛЕТОЧНОМ ОСАДКЕ
- БИОПСИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, МЫШЦ. У ПАЦИЕНТОВ.
- МРТ-ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ГРАНУЛЕМЫ И ОЧАГИ ВОСПАЛЕНИЯ В ВЕЩЕСТВЕ МОЗГА.



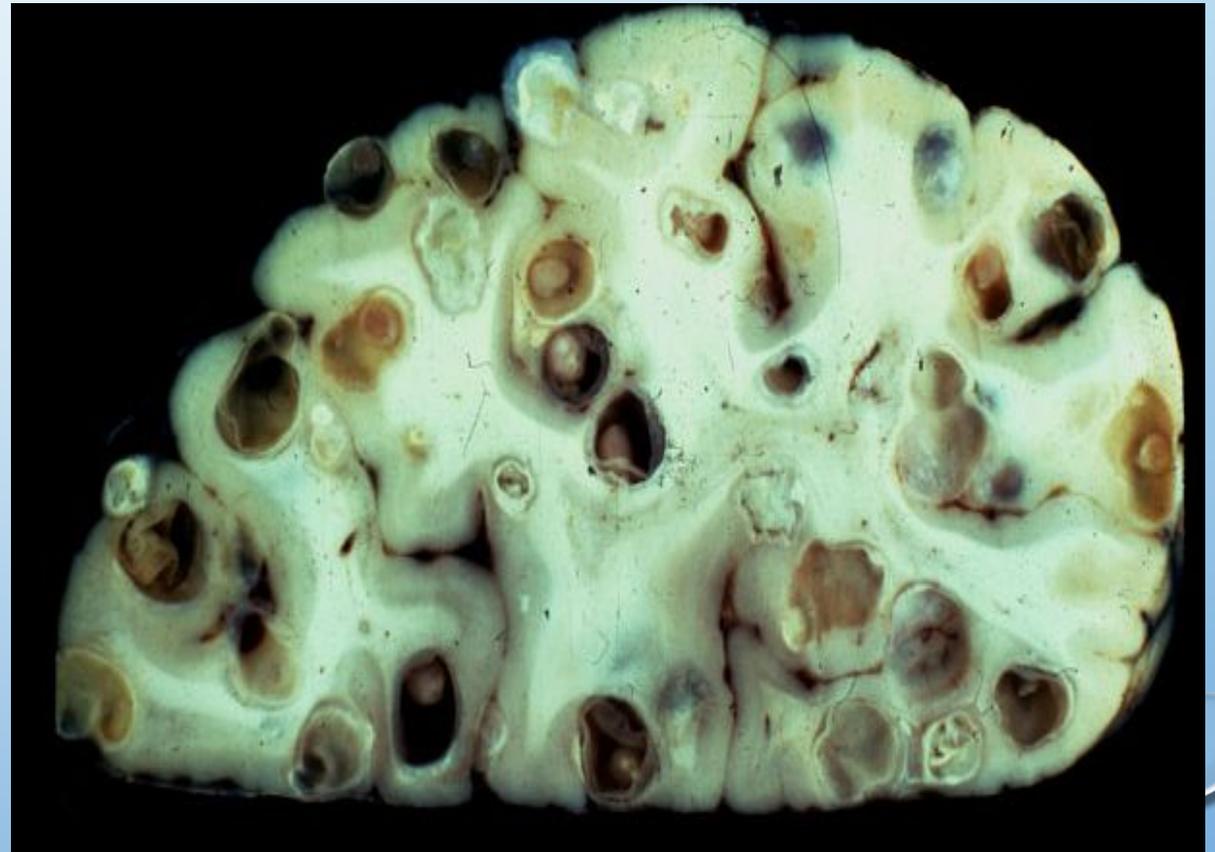
# ЛЕЧЕНИЕ ТОКСОПЛАЗМОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

- ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ТОКСОПЛАЗМОЗА НЕТ, ПОСКОЛЬКУ ЦИСТЫ ПОКРЫТЫ ОБОЛОЧКОЙ, НА КОТОРУЮ НЕ ВОЗДЕЙСТВУЮТ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ.
- ЛЕЧЕНИЕ ТОКСОПЛАЗМОЗА МОЗГА НАЗНАЧАЕТСЯ В СТАДИЮ ОБОСТРЕНИЯ. ПРИ ЭТОМ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ: ПИРИМЕТАМИН; СПИРАМИЦИН (ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ); БИСЕПТОЛ; СУЛЬФАДИАЗИН;
- КАЛЬЦИЙ И ВИТАМИНЫ ГРУППЫ В
- ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ПОЛУЧАЮТ ЭТО ЛЕЧЕНИЕ В ДОПОЛНЕНИЕ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ.
- ОДНОВРЕМЕННО ПРОВОДИТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕННОЕ НА



# ЦИСТИЦЕРКОЗ-ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОПАДАНИИ ЯИЦ СВИНОГО ЦЕПНЯ С ЗАРАЖЕННОЙ ЕДОЙ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЙ ТРАКТ, А ОТТУДА ГЕМАТОГЕННЫМ ПУТЕМ В МОЗГ.

- ЦИСТИЦЕРК ОКАЗЫВАЕТ НА МОЗГОВУЮ ТКАНЬ МЕХАНИЧЕСКОЕ И ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ. ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В НЕРВНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ И РЕАКТИВНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В СОСУДАХ, ОБОЛОЧКАХ И ГЛИИ.
- **КЛИНИКА:** РАЗВИВАЕТСЯ ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ- ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, РВОТА, ОБМОРОКИ, ЗАСТОЙНЫЕ ДИСКИ ГЛАЗНЫХ НЕРВОВ. ОЧАГОВЫЕ СИМПТОМЫ: МНОГООБРАЗНЫЕ Т.К. ЦИСТИЦЕРКОЗ БЫВАЕТ МНОЖЕСТВЕННЫМ. ЧАСТО БЫВАЮТ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ И ОЧАГОВЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ. НЕРЕДКО ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА НОРМ.
- ЛИКВОР- ПОВЫШЕНО ДАВЛЕНИЕ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БЕЛКОВЫЕ РЕАКЦИИ, УМЕРЕННЫЙ ЛИМФОЦИТАРНЫЙ ПЛЕОЦИТОЗ, В КРОВИ ЭОЗИНОФИЛИЯ. ДИАГНОЗ ДЕЦЕННЕ КТ



# ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТИЦЕРКОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

- ПРОВОДИТСЯ СТАЦИОНАРНО И ВКЛЮЧАЕТ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИЮ, И СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (БОРЬБУ В ПОВЫШЕННЫМ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ ДАВЛЕНИЕМ, ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНУЮ И ПРОТИВОСУДОРОЖНУЮ ТЕРАПИЮ)
- ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРАЗИКВАНТЕЛОМ И АЛЬБЕНДАЗОЛОМ. НА ФОНЕ ТАКОЙ ТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО УХУДШЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА И УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ЭПИ-ПАРОКСИЗМОВ, ЧТО ОБУСЛОВЛЕНО РАЗРУШЕНИЕМ ЦИСТИЦЕРКОВ И ИНТОКСИКАЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ПРОДУКТАМИ РАСПАДА. В ЭТОТ ПЕРИОД ЭФФЕКТИВНО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, В Т. Ч. ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ.
- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОЗМОЖНО ПРИ ДОСТАТОЧНО КРУПНЫХ ОДИНОЧНЫХ ЦИСТИЦЕРКАХ, ПОРАЖЕНИИ IV ЖЕЛУДОЧКА С ОПАСНОСТЬЮ ОККЛЮЗИИ, РАЗВИТИИ СТОЙКОЙ ЭПИЛЕПСИИ С ЧЕТКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЭПИЛЕПТОГЕННОГО ОЧАГА.
- ФОКАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ТАКИХ СЛУЧАЯХ У БОЛЬШИНСТВА ПАЦИЕНТОВ ПРИВОДИТ К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ.

# ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА ЦИСТИЦЕРКОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

- НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫЙ ПРОГНОЗ, ЕСЛИ ЦИСТИЦЕРКОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА НОСИТ ПОЛИОЧАГОВЫЙ ХАРАКТЕР ИЛИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПРОНИКНОВЕНИЕМ ЦИСТИЦЕРКОВ В IV ЖЕЛУДОЧЕК. ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД ВОЗМОЖЕН В ХОДЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ИЛИ ПРИСТУПА ГИДРОЦЕФАЛИИ, ВСЛЕДСТВИЕ ОККЛЮЗИИ ОТТОКА ЛИКВОРА ИЗ ПОЛОСТИ IV ЖЕЛУДОЧКА. ЗАЧАСТУЮ ДЛЯ ПОЛНОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛИТЕЛЬНЫЕ И ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ. ДАЖЕ ПОСЛЕ ИЗЛЕЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗА У ПАЦИЕНТОВ МОГУТ СОХРАНЯТЬСЯ: СТОЙКАЯ ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ФОКАЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ, НЕКОТОРЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ В ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЕ.
- ЛУЧШЕЕ СРЕДСТВО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЦИСТИЦЕРКОЗА — ЭТО ТЩАТЕЛЬНАЯ ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА И УПОТРЕБЛЕНИЕ ТОЛЬКО ПРОВЕРЕННОЙ ПУТЁМ ВЕТЕРИНАРНО-САНИТАРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СВИНИНЫ. ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРМИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА
- С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВОДИТСЯ



# ЭХИНОКОККОЗ- ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ ЗАРАЖЕНИИ ЛЕНТОЧНЫМ ГЛИСТОМ ИЗ КИШЕЧНИКА СОБАК. ЗАРАЖАЕТ ОВОЩИ, А С НИМИ И ЧЕЛОВЕКА.

- ЭХИНОКОКК- ПОЛОСТЬ С ПЛОТНОЙ ХИТИНОВОЙ ОБОЛОЧКОЙ, НАПОЛНЕННОЙ ПРОЗРАЧНОЙ ЖИДКОСТЬЮ, СОДЕРЖАЩЕЙ ЯНТАРНУЮ КИСЛОТУ. РАСПОЛАГАЕТСЯ ЧАЩЕ В ГЛУБИНЕ ПОЛУШАРИЯ МОЗГА.
- КЛИНИКА: ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ И ОЧАГОВЫЕ СИМПТОМЫ. КОСТИ НАД ЭХИНОКОККАМИ ИСТОНЧАЮТСЯ, ИНОГДА РАЗРУШАЮТСЯ И ЭХИНОКОККОВЫЙ ПУЗЫРЬ ПАЛЬПИРУЕТСЯ СНАРУЖИ, КАК ФЛЮКТУИРУЮЩАЯ ОПУХОЛЬ.
- В КРОВИ- ЭОЗИНОФИЛИЯ; В ЛИКВОРЕ- ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БЕЛКОВЫЕ РЕАКЦИИ, ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ПЛЕОЦИТОЗ, ЯНТАРНАЯ КИСЛОТА.
- ТЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ.
- ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПРИ ОДНОКАМЕРНЫХ ЭХИНОКОККАХ; МНОГОКАМЕРНЫЕ- НЕОПЕРАБЕЛЬНЫЕ.



# ЭПИЛЕПСИЯ

- ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПОВТОРНЫМИ НЕПРОВОЦИРУЕМЫМИ ПРИСТУПАМИ НАРУШЕНИЙ ДВИГАТЕЛЬНЫХ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ, ВЕГЕТАТИВНЫХ, МЫСЛИТЕЛЬНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИИ ЧРЕЗМЕРНЫХ НЕЙРОННЫХ РАЗРЯДОВ В СЕРОМ ВЕЩЕСТВЕ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА.
- ПО ЭТИОЛОГИИ РАЗЛИЧАЮТ ИСТИННУЮ (ГЕНУИННУЮ) ЭПИЛЕПСИЮ, КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ И ОРГАНИЧЕСКУЮ (СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ), ПРИ КОТОРОЙ НА ФОНЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОЗНИКАЮТ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЕ ПРИПАДКИ



# ЭТИОЛОГИЯ ПАТОГЕНЕЗ

- ИСТИННАЯ ЭПИЛЕПСИЯ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ БЕЗ ВНЕШНИХ ПРИЧИН, ПОЭТОМУ МНОГИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛИ СЧИТАЮТ, ЧТО В ОСНОВЕ ЛЕЖАТ НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ. ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА К СУДОРОГАМ СВЯЗЫВАЮТ С НАСЛЕДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ. ОДНАКО НАРЯДУ С НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫЕ ФАКТОРЫ, В ПЕРИОД ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, ВО ВРЕМЯ РОДОВ, И В ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ (ИНФЕКЦИИ, ИНТОКСИКАЦИИ И Т. Д.), РЕАЛИЗУЮЩИЕ ЭТИ



# КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

- ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ МОГУТ ИМЕТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ, ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ, ЭЭГ-ХАРАКТЕРИСТИК УРОВНЯ ЗРЕЛОСТИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА МОМЕНТ РАЗВИТИЯ ПРИСТУПА. УЖЕ ВЫДЕЛЯЮТ 63 ТИПА ПРИСТУПОВ. С ПРАКТИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ УДОБНО РАЗЛИЧАТЬ 2 КАТЕГОРИИ:
- **ПЕРВИЧНО-ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРИСТУПЫ**
- ПЕРВИЧНО-ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРИСТУПЫ — ДВУСТОРОННИЕ СИММЕТРИЧНЫЕ, БЕЗ ОЧАГОВЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ В МОМЕНТ ВОЗНИКНОВЕНИЯ. К НИМ ОТНОСЯТСЯ ДВА ВИДА:
- ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ (GRAND MAL)
- АБСАНСЫ (PETIT MAL) — КОРОТКИЕ ПЕРИОДЫ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ.
- **ПАРЦИАЛЬНЫЕ ПРИСТУПЫ**
- ПАРЦИАЛЬНЫЕ ИЛИ ФОКАЛЬНЫЕ ПРИСТУПЫ — НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ. ОНИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ НЕРВНЫХ КЛЕТОК В СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗОНЕ ОДНОГО ИЗ ПОЛУШАРИЙ МОЗГА И ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА ПРОСТЫЕ ПАРЦИАЛЬНЫЕ, СЛОЖНЫЕ ПАРЦИАЛЬНЫЕ И ВТОРИЧНО-ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ.
- ПРОСТЫЕ — ПРИ ТАКИХ ПРИСТУПАХ НЕ ПРОИСХОДИТ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ
- СЛОЖНЫЕ — ПРИСТУПЫ С НАРУШЕНИЕМ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЕМ СОЗНАНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫ РАЗНООБРАЗНЫМИ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ УЧАСТКАМИ ПЕРЕВОЗБУЖДЕНИЯ И ЧАСТО ПЕРЕХОДЯТ В ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ.
- ВТОРИЧНО-ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРИСТУПЫ — ХАРАКТЕРНО НАЧАЛО В ВИДЕ СУДОРОЖНОГО ИЛИ

- ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ЗАВИСИТ ОТ КОМБИНАЦИИ ДВУХ ФАКТОРОВ САМОГО МОЗГА: АКТИВНОСТИ СУДОРОЖНОГО ОЧАГА (ИНОГДА ЕГО ЕЩЁ НАЗЫВАЮТ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ) И ОБЩЕЙ СУДОРОЖНОЙ ГОТОВНОСТИ МОЗГА.

# БОЛЬШОЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК

РАЗВИТИЮ НЕРЕДКО ПРЕДШЕСТВУЮТ: ОБЩЕЕ НЕДОМОГАНИЕ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ПОДАВЛЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ, ПРОДОЛЖАЮЩИЕСЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ИЛИ СУТОК. РАЗВИВАЕТСЯ В ВИДЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ СМЕНЫ СТАДИЙ(ФАЗ): НАЧИНАЕТСЯ С ОСОБЫХ ПРЕДВЕСТНИКОВ — **АУРЫ**(ДУНОВЕНИЕ) — ВНЕЗАПНО ВОЗНИКАЮЩЕЙ ТОШНОТЫ, БЕЗОТЧЕТНОГО СТРАХА ИЛИ ЧУВСТВА ВОСТОРГА, ОБОНЯТЕЛЬНЫХ ИЛИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ, ОЩУЩЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОПОРЦИЙ ТЕЛА, И Т. Д. ВО ВРЕМЯ АУРЫ БОЛЬНОЙ НЕ ВОСПРИНИМАЕТ ОКРУЖАЮЩЕЕ, НО СОДЕРЖАНИЕ АУРЫ СОХРАНЯЕТСЯ В ЕГО ПАМЯТИ. ОБЫЧНО У КАЖДОГО БОЛЬНОГО ВОЗНИКАЕТ ОДИН И ТОТ ЖЕ ПРИСУЩЕЙ ТОЛЬКО ЕМУ ВИД АУРЫ.

ВСЛЕД ЗА АУРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ СУДОРОЖНАЯ ФАЗА ПРИПАДКА=**ТОНИЧЕСКАЯ ФАЗА**, СОПРОВОЖДАЕМАЯ УТРАТОЙ СОЗНАНИЯ. ИЗ-ЗА ТОНИЧЕСКОГО СОКРАЩЕНИЯ ВСЕХ МЫШЦ БОЛЬНОЙ ВАЛИТСЯ, КАК ПОДКОШЕННЫЙ, ИЗДАВАЯ ПРОНЗИТЕЛЬНЫЙ ВОЙ, КРИК ИЛИ СТОН(ИЗ-ЗА СПАЗМА ГОЛОСОВЫХ СВЯЗОК). ПРИ ПАДЕНИИ ВОЗМОЖНЫ РАЗЛИЧНЫЕ ТЕЛЕСНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ. ТОНИЧЕСКИЕ СОКРАЩЕНИЯ ПРОДОЛЖАЮТСЯ И ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ. РУКИ И НОГИ ВЫТЯГИВАЮТСЯ, ПОДНИМАЮТСЯ НЕСКОЛЬКО ВВЕРХ, ЧЕЛЮСТИ СЖИМАЮТСЯ, ЗУБЫ СТИСКИВАЮТСЯ. ПРЕКРАЩАЕТСЯ ДЫХАНИЕ. ЛИЦО БЛЕДНЕЕТ И СИНЕЕТ. НЕРЕДКО ОТМЕЧАЕТСЯ НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ, РЕЖЕ ДЕФЕКАЦИЯ. ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГ ДЛЯТСЯ 15—60 СЕК.

ЗАТЕМ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРЕРЫВИСТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ, ШЕИ, ТУЛОВИЩА — КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ=**КЛОНИЧЕСКАЯ ФАЗА**, ЧАСТОТА КОТОРЫХ В ТЕЧЕНИЕ 2—3 МИН. ПОСТЕПЕННО УБЫВАЕТ, ПОСЛЕ ЧЕГО ВОЗНИКАЕТ МЫШЕЧНОЕ РАССЛАБЛЕНИЕ. ВО ВРЕМЯ КЛОНИЧЕСКОЙ ФАЗЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ХРИПЛОЕ ДЫХАНИЕ, ИЗ ОРТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ СЛЮНА В ВИДЕ ПЕНЫ, ЧАСТО ОКРАШЕННАЯ КРОВЬЮ ИЗ-ЗА ПРИКУСЫВАНИЯ ЯЗЫКА ИЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЩЕК ВО ВРЕМЯ ТОНИЧЕСКОЙ ФАЗЫ.

ИНОГДА БОЛЬНОЙ СРАЗУ ЖЕ ПОСЛЕ ПРИПАДКА ЗАСЫПАЕТ; В ДРУГИХ СЛУЧАЯХ СОЗНАНИЕ ПОСТЕПЕННО ПРОЯСНЯЕТСЯ. О САМОМ ПРИПАДКЕ ВОСПОМИНАНИЕ НЕ СОХРАНЯЕТСЯ, ХОТЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗА ПРИПАДКОМ РАЗБИТОСТЬ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ И БОЛИ В РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЯХ ТЕЛА ПОЗВОЛЯЮТ БОЛЬНОМУ ДОГАДАТЬСЯ, ЧТО С НИМ ПРОИЗОШЛО

# ПРИЧИНА СМЕРТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

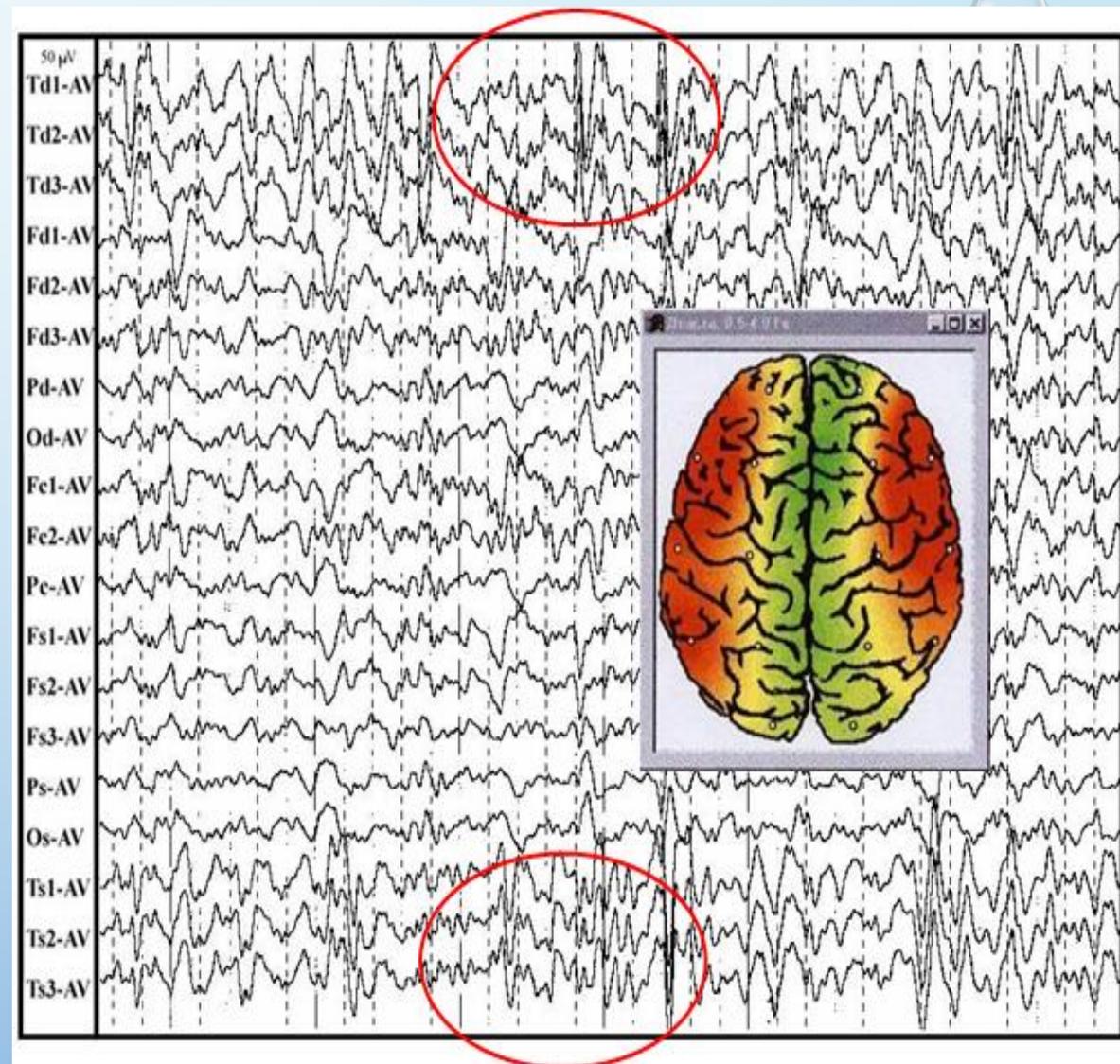
- В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА ПРИПАДКИ СЛЕДУЮТ ЧАСТО ОДИН ЗА ДРУГИМ, И В ПРОМЕЖУТКАХ МЕЖДУ НИМИ БОЛЬНОЙ НЕ ПРИХОДИТ В СОЗНАНИЕ, РАЗВИВАЕТСЯ **ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС**. ЭТО ОПАСНОЕ ДЛЯ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЕ, НЕОБХОДИМА ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ. ОПАСНОСТЬ СВЯЗАНА С ВЫРАЖЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ АКТИВНОСТЬЮ:
- ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ, АСПИРАЦИЯ СЛЮНЫ И КРОВИ ИЗ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, А ТАКЖЕ ЗАДЕРЖКИ И АРИТМИИ ДЫХАНИЯ ВЕДУТ К ГИПОКСИИ И АЦИДОЗУ; СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА ИСПЫТЫВАЕТ ЗАПРЕДЕЛЬНЫЕ НАГРУЗКИ В СВЯЗИ С ГИГАНТСКОЙ МЫШЕЧНОЙ РАБОТОЙ; ГИПОКСИЯ УСИЛИВАЕТ ОТЁК МОЗГА; АЦИДОЗ УСИЛИВАЕТ НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ; ВТОРИЧНО ВСЕ БОЛЬШЕ УХУДШАЮТСЯ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАБОТЫ МОЗГА.
- ДАЛЕЕ НАРАСТАЕТ ГЛУБИНА КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ, СУДОРОГИ ПРИНИМАЮТ ТОНИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР, ГИПОТОНΙΑ МЫШЦ СМЕНЯЕТСЯ ИХ АТОНИЕЙ, А ГИПЕРРЕФЛЕКСИЯ — АРЕФЛЕКСИЕЙ.
- НАРАСТАЮТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И ДЫХАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ.
- СУДОРОГИ МОГУТ ПОЛНОСТЬЮ ПРЕКРАТИТЬСЯ И НАСТУПАЕТ СТАДИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЙ ПРОСТРАЦИИ: ГЛАЗНЫЕ ЩЕЛИ И РОТ ПОЛУОТКРЫТЫ, ВЗОР БЕЗУЧАСТНЫЙ, ЗРАЧКИ ШИРОКИЕ. В ТАКОМ СОСТОЯНИИ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ СМЕРТЬ

# МАЛЫЕ ПРИПАДКИ

- -ЭТО КРАТКОВРЕМЕННОЕ ВЫКЛЮЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ, СУДОРОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ, АУРА ОТСУТСТВУЕТ. БОЛЬНОЙ ПРИ ЭТОМ НЕ ПАДАЕТ И ОКРУЖАЮЩИЕ МОГУТ ДАЖЕ НЕ ЗАМЕТИТЬ ПРИПАДКА. РАЗНОВИДНОСТЕЙ МАЛОГО ПРИПАДКА МНОГО, НАПРИМЕР **АБСАНС** (ОТСУТСТВИЕ). ЧЕЛОВЕК НА НЕСКОЛЬКО СЕКУНД КАК БЫ ВЫКЛЮЧАЕТСЯ, ЗАСТЫВАЕТ В ОДНОЙ ПОЗЕ, ЗАМОЛКАЕТ ИЛИ НЕВНЯТНО БОРМОЧЕТ, А ПОТОМ ПРОДОЛЖАЕТ ПРЕРВАННЫЙ РАЗГОВОР ИЛИ ЗАНЯТИЕ.

# ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПСИИ

- АНАМНЕЗ
- КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
- ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ- ЭЭГ (ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ)-- ОСНОВНОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ, ОСОБЕННО ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ НАЛИЧИЕ ФОКАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ «ПИК-ВОЛНА» ИЛИ АСИММЕТРИЧНЫХ МЕДЛЕННЫХ ВОЛН, УКАЗЫВАЮЩИХ НА НАЛИЧИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ОЧАГА И ЕГО ЛОКАЛИЗАЦИЮ. О НАЛИЧИИ ВЫСОКОЙ СУДОРОЖНОЙ ГОТОВНОСТИ ВСЕГО МОЗГА (И, СООТВЕТСТВЕННО, АБСАНСОВ) ГОВОРЯТ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПИК—ВОЛНА. ОДНАКО ВСЕГДА СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО ЭЭГ ОТРАЖАЕТ НЕ НАЛИЧИЕ ДИАГНОЗА ЭПИЛЕПСИИ, А ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА (АКТИВНОЕ БОДРСТВОВАНИЕ, ПАССИВНОЕ БОДРСТВОВАНИЕ, СОН И ФАЗЫ СНА) И МОЖЕТ БЫТЬ НОРМАЛЬНОЙ ДАЖЕ ПРИ ЧАСТЫХ ПРИСТУПАХ. И НАОБОРОТ, НАЛИЧИЕ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭЭГ НЕ



- ИСТИННАЯ ЭПИЛЕПСИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ И НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИКИ, ПОЭТОМУ ТАКИЕ ПАЦИЕНТЫ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ У ПСИХИАТРА. В НЕВРОЛОГИИ ПРИХОДИТСЯ СТАЛКИВАТЬСЯ С СУДОРОГАМИ И СУДОРОЖНЫМИ СИНДРОМАМИ.
- СУДОРОГИ-НЕПРОИЗВОЛЬНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦ ВСЕГО ТЕЛА ИЛИ ОТДЕЛЬНЫХ МЫШЕЧНЫХ ГРУПП(ПИСЧИЙ СПАЗМ,КРИВОШЕЯ)
- СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ=ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СУДОРОЖНЫМИ ПРИПАДКАМИ ,СПРОВОЦИРОВАННЫМИ ЭКЗОГЕННЫМИ,ЭНДОГЕННЫМИ,ТОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС.

- МОГУТ БЫТЬ: МЕНИНГИТЫ,ЭНЦЕФАЛИТЫ
- ОБЪЕМНЫЕ ПРОЦЕССЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА
- ИНТОКСИКАЦИИ(АЛКОГОЛЬ,СО<sub>2</sub>,БЕНЗОЛ,РТУТЬ)
- ЭНДОГЕННЫЕ-ГИПО ИЛИ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ,УРЕМИЯ,ЭКЛАМПСИЯ.

# ПАРЦИАЛЬНАЯ (ДЖЕКСОНОВСКАЯ) ЭПИЛЕПСИЯ

- ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИСТУПАМИ КЛОНИЧЕСКИХ СУДОРОГ, В КАКОЙ-ЛИБО ГРУППЕ МЫШЦ.
- ПРОТЕКАЮТ БЕЗ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ. ПОСЛЕ ПРИПАДКА ВОЗМОЖЕН ВРЕМЕННЫЙ ПАРЕЗ КОНЕЧНОСТИ, В КОТОРОЙ БЫЛИ СУДОРОГИ (ПАРАЛИЧ ТОДДА )
- ПЕРИОДИЧЕСКИ СУДОРОГИ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ НА ДРУГИЕ МЫШЕЧНЫЕ ГРУППЫ ИЛИ МОГУТ ПЕРЕЙТИ В ОБЩИЙ СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК С ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ.
- ПРИСТУПЫ ДЖЕКСОНОВСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ МОГУТ НОСИТЬ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР, ПРОЯВЛЯТЬСЯ ЛОКАЛЬНЫМИ ПАРЕСТЕЗИЯМИ.
- ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ДЖЕКСОНОВСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ОЧАГОВОМ ПРОЦЕССЕ В МОЗГЕ (ОПУХОЛИ, АБСЦЕССЫ, АРАХНОИДИТ,

## **КОЖЕВНИКОВСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ**

- ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОСТОЯННЫМИ СУДОРОГАМИ В МЫШЦАХ КАКОЙ-ЛИБО ГРУППЫ, ИНОГДА ПЕРЕХОДИТ В ОБЩИЙ СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК. ЭТО МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭНЦЕФАЛИТА, ИЛИ СИФИЛИСА, ЦИСТИЦЕРКОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА.
- **ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ СОСТОЯНИЯ**
- ИСТЕРИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ КРАЙНЕ РАЗНООБРАЗНЫ ПО ПРОЯВЛЕНИЮ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ, ИНОГДА НАПОМИНАЮТ БОЛЬШОЙ СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК ПРИ ЭПИЛЕПСИИ.
- ИСТЕРИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК, КАК ПРАВИЛО, ПРОВОЦИРУЕТСЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ (ССОРОЙ, НЕПРИЯТНЫМ ИЗВЕСТИЕМ И ДР.) СОЗНАНИЕ, КАК ПРАВИЛО, НЕ НАРУШЕНО. ВО ВРЕМЯ ПРИПАДКА НЕКОТОРЫЕ БОЛЬНЫЕ КРИЧАТ, РВУТ НА СЕБЕ ОДЕЖДУ. ПРИПАДОК ДЛИТСЯ МИНУТЫ, ИНОГДА — ЧАСЫ. НЕПРОИЗВОЛЬНОГО МОЧЕИСПУСКАНИЯ, ПРИКУСА ЯЗЫКА И ПОСТПРИПАДОЧНОГО СОПОРОЗНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ БЫВАЕТ. ВОЗМОЖНЫ ПРИКУСЫ ГУБ. НАХОДЯСЬ В СОЗНАНИИ, БОЛЬНЫЕ ПОДДАЮТСЯ ВЛИЯНИЮ ИЗМЕНЕНИЯ СИТУАЦИИ, ОТСУТСТВИЯ ВНИМАНИЯ И

Симптомы	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Предвестники	Аура зрительная, обонятельная, слуховая, сенсорная и т.д.	Не наблюдаются
Судороги	Обычно тонико-клонические	В демонстративных случаях «дуга»
Прикус языка	Типичен	Не наблюдается
Испускание мочи	Часто	Не наблюдается
Артериальное давление	Нормальное или повышенное	Нормальное или слегка повышенное
Пульс	Нормальный	Учащенный
Время наступления	Любое время суток	Обычно в присутствии посторонних лиц
Сонливость или сон после приступа	Типична	Не наблюдается
Вегетативные реакции	При выраженных припадках — гиперемия, синюшность лица	Внешне не выражены
Зрачковые реакции	Отсутствуют	Сохранены
Длительность приступа	2-5 мин. иногда меньше	Различна

# АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

- ВОЗНИКАЕТ НА ПОЧВЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА. ПРИПАДКИ ПРОТЕКАЮТ С ВЫРАЖЕННЫМИ ВЕГЕТАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ-СИНЮШНОСТЬ, ГИПЕРГИДРОЗ, ОДУТЛОВАТОСТЬ ЛИЦА, ТРЕМОР РУК, ВЕК, ЯЗЫКА, ИНОГДА ГОЛОВЫ.
- ЕСТЬ У ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ И НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ-ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ,МИОКАРДИТ,ГАСТРИТ,АТЕРОСКЛЕРОЗ.

# ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

- НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА(ТБГМ).
- ВОЗНИКАЕТ ЧЕРЕЗ МЕСЯЦИ ИЛИ ГОДЫ ПОСЛЕ ТРАВМ, ИЗ-ЗА КИСТОЗНЫХ И ИЛИ СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ. ХАРАКТЕРНЫ ПРИПАДКИ ПО ТИПУ ДЖЕКСОНОВСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ. ЧАСТО ПОСЛЕ ВОЛНЕНИЯ, ГНЕВНОЙ ВСПЫШКИ. К ПРИСТУПАМ ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ, АФФЕКТИВНОСТЬ, ИСТОЩАЕМОСТЬ. ПОСТЕПЕННО СНИЖАЕТСЯ ПАМЯТЬ И КРИТИКА, ПРОГРЕССИРУЕТ ДЕМЕНЦИЯ.

# ПРАВИЛА ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРИСТУПЕ ЭПИЛЕПСИИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ ВСЕ

1. Не паникуйте. Вы берёте на себя ответственность за здоровье другого человека, а поэтому обязаны сохранять спокойствие и ясный ум.
2. Будьте рядом на протяжении припадка. Когда всё закончится, успокойте человека и помогите прийти в себя. Разговаривайте мягко и плавно.
3. Оглянитесь вокруг — больному ничего не угрожает? Если всё в порядке, не трогайте и не перемещайте его. Отодвиньте подальше мебель и прочие предметы, об которые он может случайно удариться.
4. Обязательно засекайте время начала приступа.
5. Опустите больного на пол или землю и подложите ему что-нибудь мягкое под голову.
6. Не удерживайте его в неподвижном состоянии, пытайтесь остановить судороги. Мышцы это не расслабит, но запросто может стать причиной травм.



7. Не кладите больному ничего в рот. Считается, что в ходе приступа может запасть язык, но это не так. В это время все мышцы — и язык в том числе — находятся в гипертонусе. Не пытайтесь разжать человеку челюсти и поместить между ними какие-то твёрдые предметы: есть риск, что во время очередного напряжения он или случайно укусит вас, или раскрошит себе зубы.

8. Ещё раз проверьте время.

Если припадок длится больше пяти минут, требуется реанимационная помощь. Долгие приступы могут вызывать необратимые повреждения клеток мозга.

9. После того как припадок прекратился, положите человека в удобное положение: лучше перевернуть его набок. Убедитесь, что дыхание пришло в норму. Аккуратно проверьте, свободны ли дыхательные пути: их могут перекрывать куски пищи или зубные протезы.

10. Пока человек полностью не придёт в норму, не оставляйте его одного.

Если он поранился или за первым приступом сразу же следует повторный, срочно обратитесь к врачу.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

