

СПб ГБОУ СПО «Медицинским колледж №1»

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ
СОЗНАНИЯ

к.м.н. Смирнова Мария Михайловна

Санкт-Петербург - 2015

Сознание

- **совокупность психических процессов, позволяющих человеку ориентироваться в окружающем мире, времени, собственной личности, что обеспечивает его адекватное поведение.**

Нарушение сознания

= нарушение способности:

- адекватно воспринимать,
- осмыслять,
- реагировать,
- ориентироваться,
- запоминать,
- вступать в речевой контакт,
- выполнять произвольные действия.

Нарушения сознания

Качественные («помрачения» сознания)

- делирий,
- онейроид,
- ступор,
- суженное сознание,
- аменция,
- и т.д.

Количественные («выключения» сознания)

- ясное
- оглушение I
- оглушение II
- сопор
- кома I
- кома II
- кома III

Количественные уровни нарушения сознания

- Определяют по реакции больного на внешние раздражители,
- Оценивают:
 - возможность ориентации во времени, пространстве и собственной личности,
 - доступность продуктивному контакту.

Количественные уровни нарушения сознания

- Ясное
- Оглушение I (поверхностное)
- Оглушение II (глубокое)
- Сопор
- Кома I (умеренная)
- Кома II (глубокая)
- Кома III (запредельная, терминальная)

Ясное сознание

- пациент правильно и в полной мере ориентирован в себе, месте и времени,
- способен давать четкие ответы на сложные вопросы,
- способен выполнять сложные команды (в 2 и более действий),
- ведет себя адекватно окружающей обстановке.

Оглушение

- форма нарушения сознания, характеризующаяся **заторможенностью, замедлением и затруднением течения психических процессов, быстрой истощаемостью** внимания, **повышением порога восприятия** внешних раздражителей,
 - в месте, времени и собственной личности ориентирован частично,
 - сохранен ограниченный словесный контакт.
 - способен выполнять простые однокомпонентные команды.
 - нарушена логическая последовательность мыслей и поступков.
 - без настойчивых обращений или дополнительной стимуляции пациент «засыпает».

Сопор

- это состояние глубокого угнетения сознания с **утратой** возможности **контакта с больным**, но **сохранением** **координированных защитных реакций** и открыванием глаз больного в ответ на болевой, звуковой или иной раздражитель.

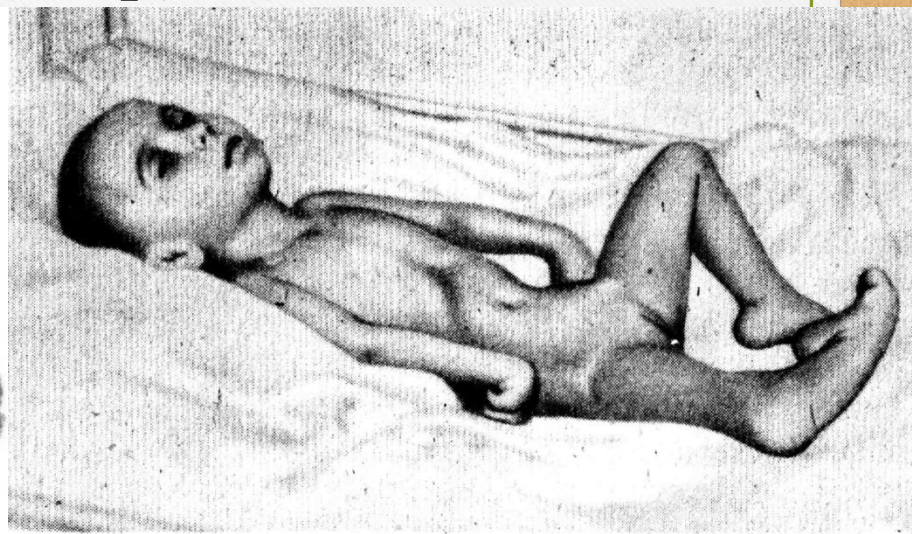
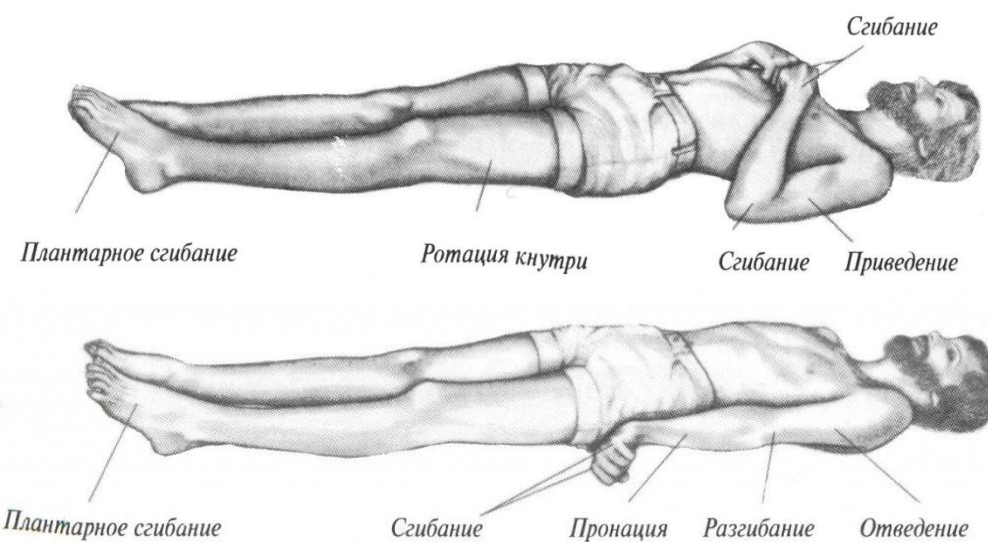
- невозможно полностью разбудить даже с помощью болевых раздражений,
- лежит с закрытыми глазами.
- реакция на словесные инструкции слабая или полностью отсутствует,
- от больного невозможно добиться ответного слова или звука.

Кома

- это бессознательное состояние, которое характеризуется нечувствительностью к внешним раздражителям.

- угрожающее жизни состояние угнетения функций центральной нервной системы.
- расстройство регуляции жизненно важных функций,
- пациент не доступен речевому контакту,
- глаза не открывает.

Дифференциальная диагностика количественных уровней нарушения сознания



Кома I	На боль отталкивает Вашу руку
Кома II	На боль декортикационная ригидность
Кома III	На боль децеребрационная ригидность

Оценка уровня сознания

- Шкала комы Глазго (Teasdale G.M., Jennett B., 1974)
(ШКГ, The Glasgow Coma Scale, GCS)
- Детская (модифицированная) ШКГ
- Шкала Шахновича (Шахнович А.Р., 1980)

Шкала комы Глазго

Показатель	Характер реакции	Баллы
I. Открывание глаз	Произвольное	4
	По команде	3
	На боль	2
	Нет реакции	1
II. Речевая активность	Адекватная	5
	Спутанная	4
	Невнятные слова	3
	Нечленораздельные звуки	2
	Отсутствие речи	1
III. Движения	Выполнение команд	6
На боль	Целенаправленная реакция	5
	Нецеленаправленная реакция	4
	Тоническое сгибание	3
	Тоническое разгибание	2
	Нет реакции	1

Детская шкала комы Глазго

Показатель	Характер реакции	Баллы
I. Открывание глаз	Произвольное	4
	По команде	3
	На боль	2
	Нет реакции	1
II. Речевая активность = вербальный контакт	Ребенок улыбается, ориентируется на звук	5
	Плачет, можно успокоить	4
	Плачет, стонет	3
	Не успокоить плач	2
	Плач и интерактивность отсутствуют	1
III. Движения	Выполнение команд	6
На боль	Целенаправленная реакция	5
	Нецеленаправленная реакция	4
	Тоническое сгибание	3
	Тоническое разгибание	2
	Нет реакции	1

Применение ШКТГ

Уровень сознания	Оценка по Шкале
Ясное	15 баллов
Оглушение I	13-14 баллов
Оглушение II	11-12 баллов
Сопор	8-10 баллов
Кома I	6-7 баллов
Кома II	4-5 баллов
Кома III	3 балла

Шкала Шахновича

Неврологический признак	Число баллов
Открывание глаз на звук или боль	10
Окулоцефалический рефлекс	10
Выполнение инструкций	8
Ответы на вопросы	5
Ориентация в окружающем	5
Нет двустороннего мидриаза	5
Нет мышечной атонии	5
Нет нарушений дыхания	4
Есть корнеальные рефлекс	4
Есть коленные рефлекс	4
Есть реакция зрачков на свет	3
Есть кашлевой рефлекс	3
Нет симптома Мажанди	3
Есть спонтанные движения	3
Есть движения на боль	3

Применение Шкалы Шахновича

Сознание	Неврологический признак						
	ОЦР	Открытие глаз	Выполнение команд	Ответы на вопросы	Ориентация в окружающем	Мидриаз	Мышечная атония
Ясное	Есть	Есть	Есть	Есть	Есть	Нет	Нет
Оглушение I	Есть	Есть	Есть	Есть	Нет	Нет	Нет
Оглушение II	Есть	Есть	Есть	Нет	Нет	Нет	Нет
Сопор	Есть	Есть	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Кома I	Есть	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Кома II	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Есть
Кома III	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Есть	Есть

Причины коматозных состояний

- Внутричерепные процессы с повреждением головного мозга
 - гематома, абсцесс, опухоль, эпилепсия
- Инфекционное поражение ЦНС
 - менингиты, энцефалиты
- Токсическое поражение головного мозга
 - алкоголем, грибами, наркотиками
- Несостоятельность мозгового кровотока
 - последствия асистолии,
 - приступы Морганьи-Адамса-Стокса
- Метаболические нарушения
 - нарушения водно-электролитного баланса,
 - нарушения углеводного обмена,
 - кислотно-основного равновесия,
 - почечная недостаточность,
 - печеночная недостаточность,
- Расстройства температурного баланса
 - тепловой удар, общее замерзание

Классификация ком, в зависимости от вызвавшей их причины

Первично церебральные комы ("мозговая кома")	Комы в результате вторичного поражения ЦНС	
	эндогенными факторами	внешними факторами
Цереброваскулярная (ишемический/геморрагический инсульт, САК)	При недостаточности функции внутренних органов (уремическая, печеночная и т.п.)	При передозировке сахароснижающих средств (гипогликемическая)
Эпилептическая	При заболеваниях эндокринной системы (диабетическая, гипотиреозная и др.)	При голодании
При внутричерепных объемных процессах (опухолях, эхинококкозе, абсцессах)	При новообразованиях (гипогликемия при гормонально-активной опухоли поджелудочной железы)	При интоксикациях
Менингиты/ (менинго)энцефалиты	При поражении системы кровообращения (малярийная, пернициозноанемическая и др.)	При перегревании
Травматическая		При переохлаждении

Догоспитальное обследование пациента при коме

- Оценка состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем
- Общее клиническое обследование
 - анамнез,
 - физикальный осмотр,
 - характеристика выделений,
 - температура тела,
- Неврологическое обследование
- Лабораторно-инструментальные исследования:
 - глюкоза крови,
 - ЭКГ,
 - сатурация кислорода

Догоспитальная помощь

- Обеспечение внутривенного доступа
- Коррекция витальных функций
 - Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.
 - Адекватная оксигенация, вплоть до ИВЛ.
 - Стабилизация центральной гемодинамики.
- Безопасное положение языка
- Предотвращение аспирации желудочного содержимого
- Терапия основной причины
- Противосудорожная терапия
- Противорвотная терапия
- Симптоматическая терапия
- Доставка в приемное отделение многопрофильного стационара

Патофизиологическая догоспитальная терапия

- Алкогольная кома:
 - Р. Тиамин 100 мг внутривенно однократно
- Гипогликемическая кома (глюкоза ≤ 3 ммоль/л):
 - Р. Глюкоза 40% - 60,0 внутривенно
- «Опиатная» кома (следы внутривенных инъекций, узкие зрачки, центральные нарушения дыхания):
 - Р. Налоксон 0,4-1,2 мг внутривенно дробно, в т.ч. повторно
- Отравление препаратами бензодиазепинового ряда
 - Р. Анексат (Флумазенил) 0,2 мг внутривенно за 30 сек., далее 0,3 мг в течение 1 минуты, далее по 0,5 мг/мин. до общей дозы 3 мг.

Патофизиологическая догоспитальная терапия

К диагностическому введению **Налоксона** следует относиться с **осторожностью**:

- неполная и кратковременная положительная реакция возможна и при других видах ком, например при алкогольной;

Показаниями к введению Налоксона служат:

- частота дыхания < 10 в мин;
- точечные зрачки;
- подозрение на интоксикацию наркотиками;
- только после восстановления сатурации кислорода крови не менее 92%

Патофизиологическая догоспитальная терапия

Опасность использования **Флумазенила** заключается в риске развития **судорожного синдрома** при смешанном отравлении бензодиазепинами и трициклическими антидепрессантами.

Особые виды ком

- Гипогликемическая
- Гипергликемическая
- Тиреотоксическая
- На фоне алкогольной интоксикации
- Апоплектическая
- Кома при болезни Аддисона

Гипергликемическая кома

- Вызывает:
 - грубые погрешности в диете или голодание,
 - гнойные инфекции,
 - физические или психические травмы,
 - беременность,
 - прекращение сахароснижающей терапии,
 - дебют сахарного диабета.
- Начало постепенное.
- Развитию комы может предшествовать похудание, жажда, полидипсия, полиурия.
- Объективно:
 - кожа сухая, бледная, тургор снижен; лицо гиперемировано,
 - признаки дегидратации вплоть до анурии.
 - тахипноэ, дыхание шумное, вплоть до дыхания Куссмауля,
 - тахикардия, артериальная гипотензия,
 - запах ацетона,
- Лечение:
 - под контролем сахара крови,
 - внутривенное введение гипотонических растворов: 0,9% р-р натрия хлорида или 5% р-р глюкозы до 1л,
 - симптоматическая терапия.

Гипогликемическая кома

- Вызывает:
 - передозировка сахароснижающих препаратов в лечении сахарного диабета или при ограничении введения углеводов.
 - у спортсменов и после тяжелой физической нагрузки.
- Развитию комы может предшествовать булимия, раздражительность, страх.
- Начало острое.
- Объективно:
 - больной быстро теряет сознание и покрывается потом.
 - может развиваться острый психоз.
 - кожа влажная и бледная,
 - дыхание поверхностное, ритмичное,
 - тахикардия, артериальная гипотензия,
 - дрожь во всем теле вплоть до тонико-клонических судорог,
- Имеет значение снижение уровня сахара крови ниже 3 ммоль/л.
- Лечение:
 - 40 % глюкозу в дозе 20–30 мл (до 60 мл) внутривенно болюсно.
 - после проводят контроль сахара крови.

Тиреотоксическая кома

- Вызывает:
 - гипертиреоз,
 - передозировка гормонов щитовидной железы.
- Развитию комы предшествует развитие тиреотоксического зоба с увеличением щитовидной железы в размерах, тахикардией, плаксивостью, раздражительностью.
- Начало постепенное.
- Объективно:
 - больной ажитирован, вплоть до психомоторного возбуждения.
 - может развиваться острый психоз.
 - кожа сухая, гиперемированная,
 - дыхание поверхностное, частое, ритмичное,
 - тахикардия, артериальная нормотензия (!!!),
 - дрожь во всем теле вплоть до клонических судорог,
- Лечение:
 - инфузионная терапия,
 - специфической терапии на догоспитальном этапе нет.

Алкогольная кома

- Вызывает:
 - передозировка алкоголя.
- Развитию комы редко может предшествовать судорожный припадок.
- Начало постепенное.
- Объективно:
 - запах алкоголя изо рта,
 - может развиваться острый психоз.
 - гиперемия и цианоз лица сменяются бледностью, снижение тургора кожи,
 - маятникообразные движения глазных яблок,
 - бронхорея, гипергидроз,
 - гипотермия,
 - мышечная атония,
 - артериальная гипотензия, тахикардия,
- Лечение:
 - инфузионная терапия,
 - Р. Тиамин 100 мг внутривенно однократно

Апоплектическая кома

- Вызывает:
 - объемные внутричерепные процессы с внезапным подъемом внутричерепного давления.
- Начало острое.
- Объективно:
 - может начинаться с первично или вторично генерализованного судорожного синдрома,
 - острая очаговая неврологическая симптоматика (гемипарез, парез лицевой мускулатуры («курит трубку на больной стороне»), анизокория, расходящееся косоглазие и т.д.),
 - артериальная гипертензия, брадикардия, брадипноэ,
- Лечение:
 - приподнять до 30° головной конец носилок,
 - ИВЛ в режиме гипервентиляции,
 - обеспечение внутривенного доступа,
 - при брадикардии артериальное давление не снижать!!!

Кома при болезни Аддисона

- Вызывает:
 - хроническая надпочечниковая недостаточность
 - при неадекватной заместительной терапии,
 - в стрессовых ситуациях,
 - кровоизлияние в надпочечники при менингококковой и тяжелых вирусных инфекциях или травме,
 - острый тромбоз сосудов надпочечников,
 - ДВС-синдром,
 - резкая отмена глюкокортикоидной терапии.
- Начало острое или постепенное.
- Объективно:
 - артериальная гипотензия, вплоть до перераспределительного шока,
 - дыхание поверхностное, возможно дыхание Куссмауля,
 - гипертермия,
 - зрачки расширены,
 - судорожные припадки,
 - в определенных случаях возможны бронзовая окраска кожи и гиперпигментация кожных складок, снижение массы тела, геморрагические высыпания
- Лечение:
 - Р. Дексаметазон 1 мг/кг внутривенно болюсно, с увеличением дозы в 2-3 раза.
 - внутривенное введение кристаллоидов до 1л

Мероприятия, недопустимые при коматозных состояниях

- применение средств, угнетающих ЦНС (наркотических анальгетиков, нейролептиков, транквилизаторов),
 - исключение: комы с судорожным синдромом, при котором показан Диазепам;
- применение средств, обладающих стимулирующим действием (психостимуляторов, дыхательных analeptиков);
 - исключение: дыхательный analeптик Бемегрид – специфический антидот при отравлении барбитуратами;
- введение ноотропных препаратов (Пирацетам);
- проведение инсулинотерапии на догоспитальном этапе;
- применение осмотических диуретиков (Маннитол).

Эпилепсия
и эпилептический
синдром.

Неэпилептические
пароксизмы.

Эпилептический приступ

- Неспецифическая реакция головного мозга на различные внешние или внутренние раздражители, связанная с формированием очага избыточного электрического возбуждения.
- На догоспитальном этапе чаще сталкиваемся с судорожными приступами.
- Существуют иные пароксизмальные проявления работы головного мозга, имитирующие приступы.



Диагноз

- На догоспитальном этапе у ранее необследованных пациентов выставляется диагноз:

Эпилептический синдром!

- постановка диагноза: «Эпилепсия», - возможна только у пациентов, с данным диагнозом, выставленным врачом-неврологом после комплексного обследования.

Эпилепсия

- **Хроническое** полиэтиологическое заболевания головного мозга, протекающее с наличием **судорожных или бессудорожных припадков**, с потерей или без потери сознания, изменениями биоэлектрической активности мозга и приводящее к эмоциональным и психическим расстройствам.

Эпидемиология

- 50-70 случаев на 100 тыс. населения;
- до 30% случаев – пожизненное заболевание;
- в 1/3 случаев причина смерти пациента связана с приступом;
- первый приступ чаще в возрасте до 16 лет;
- наследственная предрасположенность;
- до 80% приступов можно компенсировать медикаментозно.

Этиология

В основе лежит **аномальная и очень высокая электрическая активность нейронов** головного мозга, вследствие которой возникает разряд.

Возможны три пути распространения разряда:

- 1) прекращение в границах возникновения;
- 2) распространение на соседние отделы мозга;
- 3) распространение на весь головной мозг.

```
graph LR; A[1) прекращение в границах возникновения;] --> B[парциальные приступы (сознание может быть сохранено)]; A --> C[генерализованные приступы (сознание угнетено)]; B --> D[2) распространение на соседние отделы мозга;]; D --> C; C --> E[3) распространение на весь головной мозг.];
```

парциальные приступы
(сознание может быть сохранено)

генерализованные приступы
(сознание угнетено)

Эпилептический припадок

```
graph TD; A[Эпилептический припадок] --> B[Эпилепсия]; A --> C[Эпилептический синдром]; B --> D[Идиопатические приступы (50-75% всех приступов)]; C --> E[Симптоматические приступы связаны с органическим поражением головного мозга: черепно-мозговые травмы, опухоли, инсульты, менингоэнцефалиты и т.п.]
```

Эпилепсия

Идиопатические приступы
(50-75% всех приступов)

Эпилептический синдром

Симптоматические приступы
связаны с органическим поражением
головного мозга:

- черепно-мозговые травмы,
- опухоли,
- инсульты,
- (менинго)энцефалиты и т.п.

Принципы классификации

Принцип локализации:

- локализованные (фокальные, локальные, парциальные формы эпилепсии);
- генерализованные формы;
- формы, имеющие черты как парциальных, так и генерализованных.

Принцип этиологии:

- симптоматические;
- криптогенные;
- идиопатические.

Возраст дебюта приступов:

- формы новорожденных;
- младенческие;
- детские;
- юношеские.

Основной вид приступов, определяющий клиническую картину синдрома:

- абсансы;
- миоклонические абсансы;
- инфантильные спазмы и др.

Особенности течения и прогноза:

- доброкачественные формы;
- тяжелые (злокачественные).

Классификация эпилептических приступов

(Киото, 1981)

- Парциальные приступы

- Простые парциальные
 - С двигательным компонентом:
 - С соматосенсорными или специфическими сенсорными симптомами:
 - С вегетативными симптомами.
 - С психическими симптомами (нарушение высших корковых функций).
- Сложные парциальные приступы (с выключением сознания).
- Парциальные приступы с вторичной генерализацией в тонико-клонические пароксизмы.

- Генерализованные приступы

- Абсансы.
- Миоклонические приступы (единичные или множественные).
- Клонические приступы.
- Тонические приступы.

- Тонико-клонические приступы.

- Атонические приступы.

- Неклассифицируемые приступы

- все виды приступов, которые не могут быть классифицированы вследствие неадекватной или неполной информации,
- или приступы, не соответствующие критериям (например, неонатальные пароксизмы).

- Повторные эпилептические приступы

- Случайные приступы.
- Циклические приступы.
- Провоцируемые приступы (рефлекторные):
 - несенсорными факторами;
 - сенсорными факторами.

- Длительные приступы
(=эпилептический статус).

- Парциальный эпилептический статус («джексоновский»).
- Генерализованный эпилептический статус:
 - абсансов;
 - тонико-клонических приступов.

Упрощенная клиническая классификация эпилептических приступов



Эпилептическая аура

- Аура (др.-греч. αὔρα — легкий ветерок, дуновение) — любое ощущение или переживание, регулярно предшествующее эпилептическому приступу или являющееся самостоятельным приступом.
- Проявления ауры разнообразны и зависят от расположения участка мозга, функция которого нарушена:
 - повышение температуры тела,
 - приступ тревоги и беспокойства,
 - изменение вкуса, запаха,
 - изменение зрительного восприятия,
 - неприятные ощущения в животе,
 - головокружения,
 - состояния уже виденного/ ранее не виденного и т.п.

Природа ауры

- **Клиническое проявление активности** судорожного **очага**, не достигшее уровня развёрнутого эпилептического приступа.
- В результате возникает **специфическое для данного больного** ощущение или переживание, которое предшествует приступу эпилепсии.
- Нарастание активности судорожного очага не всегда достигает критического уровня развёртывания эпилептического приступа => аура может стать не предвестником, а самостоятельным проявлением приступа.
- **Суть:**
 - нарастание активности судорожного очага **достаточно для проявления клинических признаков** раздражения данной зоны головного мозга, **но недостаточно для преодоления порога судорожной готовности** данного мозга, после которого наступает генерализованный эпилептический припадок.

Эпилептический статус

- Неотложное состояние, проявляющееся **затяжным судорожным припадком** (более 30 минут) либо многократно повторяющимися **короткими приступами**, в промежутке между которыми **сознание полностью не восстанавливается**.
- 30 случаев на 100000 населения.
- Может быть связан с любым типом припадков.
- Угроза жизни возникает лишь при генерализованных судорогах и дыхательных расстройствах.
- Смертность при эпилептическом статусе достигает 5–15%.
- Более чем в 50% случаев возникает **вторичное повреждение мозга**.

Догоспитальная помощь

- Уложить пациента на ровную поверхность.
- Придерживать голову.
- Коррекция витальных функций.
- Обеспечение свободной проходимости верхних дыхательных путей.
- Обеспечение внутривенного доступа.
- Профилактика аспирационного синдрома.
- Симптоматическая терапия.

Противосудорожная терапия

- 
- Р. Седуксен внутривенно струйно до 10 мг, со скоростью 2мг/мин., не более 100 мг/сутки.
(интервал не менее 5 минут)
 - Р. Фенитоин (Дифенин) внутривенно капельно 20 мг/кг, со скоростью 30-50 мг/мин., не более 1500 мг.
 - (под контролем АД!!!)
 - Р. Фенобарбитал внутривенно капельно до 1000 мг
 - (под контролем АД и дыхания)
 - Р. Тиопентал натрия внутривенно 75-125 мг, в течении 10 мин.

Дифференциальная диагностика

- Синкопальные состояния:
 - вагovasальные,
 - кардиальные,
 - аффективно-респираторные пароксизмы.
- Психогенные и частично-психогенные припадки:
 - симулированные припадки,
 - психогенные припадки (истерические припадки),
 - гипервентиляционный синдром,
 - дневные сновидения (нарколепсия, катаlepsия),
 - тики,
 - аффективные судороги.
- Осложненные мигрени с аурой.
- Нарушения, связанные со сном:
 - ночные кошмары,
 - ночные страхи,
 - сноговорение/сомнамбулизм
 - сонные миоклонии новорожденных
 - физиологические вздрагивания во сне
 - двигательные стереотипии
- Миоклонии и сходные состояния:
 - эссенциальные миоклонии
 - вегетативные миоклонии.
 - доброкачественные миоклонии грудных детей.
 - физиологические вздрагивания у детей раннего возраста
 - припадки дрожания
 - синдром пляшущих глаз

Психогенный припадок (псевдообморок)

- Предрасполагают:
 - определенные особенностях личности, когда имеется тенденция к самовыражению в форме «конверсионных симптомов»,
 - предрасположенность к обморокам, бывавшим в прошлом,
- т.к. внезапное падение внешне производит впечатление очень серьезного симптома.
- Падение выглядит как произвольный «бросок» на пол;
- Больной «приземляется» на руки.
- При попытке открыть глаза больному врач ощущает активное сопротивление со стороны век пациента.

Для постановки диагноза некоторым таким пациентам не менее важной, чем помощь кардиолога, является помощь квалифицированного психиатра.

Дифференциальная диагностика с истерическим припадком

Критерии	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Начало	Внезапное	Психогенное припадок
Аура	Как правило	Отсутствует
Инициальный крик	Всегда	Отсутствует
Падение	В любом месте	“Щадящее”
Цианоз лица	Отмечается	Не бывает
Мимические реакции	Однообразны	Выразительны
Реакция зрачков на свет	Отсутствует	Сохранена
Прикус языка	Как правило	Не бывает
Непроизвольное мочеиспускание	Как правило	Не бывает
Пирамидная симптоматика	Отмечаются	Не бывает
Контакт во время припадка	Не возможен	Возможен
Последовательность фаз	Отмечается	Отсутствует
Длительность припадка	Секунды-минуты	До часов
Постприпадочная олигофазия	Выявляется	Отсутствует
Стереотип развития	Отмечается	Отсутствует
Постприпадочная амнезия	Полная	Частичная

Неотложная помощь при истерическом припадке

- Избыточная неожиданная отвлекающая стимуляция рефлекторных полей:
 - громкий окрик,
 - хлопок,
 - пощечина,
 - обливание холодной водой и т.д.

Аффективно-респираторный приступ

- это эпизодические появления апноэ у детей, иногда сопровождающееся потерей сознания и судорогами.

синоним: приступы задержки дыхания

- У 5% населения.
- Чаще у детей от 6 до 18 месяцев.
- Случаются в ответ на боль или разочарование, более вероятны в периоды нервного напряжения и усталости.
- Наличие приступов у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет не требует лечения.
- С возрастом исчезает без последствий.
- Требуется обращения к невропатологу для дифференциального диагноза.

Обморок (синкопе)

— это внезапная, обычно кратковременная потеря сознания, вызванная ишемией головного мозга в результате недостаточного кровоснабжения.

3 стадии обморока:

1. пресинкопе

- слабость,
- шум в ушах,
- потемнение в глазах,
- потливость

2. потеря сознания с падением;

3. выход из обморока.

Виды обмороков

- **Рефлекторный обморок**

- развивается под действием боли, психоэмоционального напряжения (страх, испуг).
- в результате рефлекторного спазма периферических сосудов резко уменьшается приток крови к сердцу и, следовательно, снижается кровоснабжение головного мозга.

- **Мозговой обморок**

- возникает при нарушении церебральной гемодинамики, когда изменяется тонус сосудов головного мозга.

- **Сердечный обморок**

- при патологии сердечно-сосудистой системы:
 - сужения устья аорты,
 - митральном стенозе,
 - врожденных пороках сердца и др.
- во время физического напряжения левый желудочек сердца не в состоянии в достаточной степени увеличить минутный объем крови. В результате наступает острая ишемия головного мозга.

Особые виды обмороков

- кашлевой обморок,
- обморок при глотании,
- никтурический обморок.

Кашель, глотание и ночное мочеиспускание — предрасполагают к быстрому переходу в состояние преобладания тонуса парасимпатической вегетативной нервной системы.

У конкретного пациента обмороки никогда не возникают при иных обстоятельствах.

Практически никогда не выявляются психогенные факторы.

Беттолепсия

гр. betto- кашель

- для пароксизмальные состояния, которые возникают на высоте кашля и характеризуются нарушением сознания, иногда тоническими судорогами.

- При затяжном кашле возникает:

- венозный застой в системе верхней полой вены,
- повышение внутриплеврального давления, замедление легочного кровотока,
- уменьшение наполнения левого желудочка кровью, брадикардия,
- раздражения рецепторов синокаротидной и аортальных рефлексогенных зон, дыхательных путей.

ГИПОКСИЯ
МОЗГА

- **не более 2%** всех пароксизмов.
- у лиц старшего возраста – при хронических заболеваниях легких.
- в молодом возрасте – при повышенной чувствительностью каротидного синуса, либо при функциональной недостаточности механизмов, поддерживающих постуральный тонус.
- у детей – на высоте кашлевого пароксизма при коклюше.

Беттолепсия

Клиническая картина:

- Предвестников нет.
- Кашель => гиперемия лица => цианоз лица => набухание шейных вен.
- Потеря сознания (до 1 минуты) возникает в течение первой минуты от начала кашля.
- С потерей сознания кашель прекращается, лицо становится бледным.
- Судорог обычно не наблюдается (иногда возможны тонические судороги).
- Нет прикуса языка и непроизвольного мочеиспускания.
- Возвращение сознания и выход из припадка быстрые.

Беттолепсия

- При рвоте, дефекации, иногда многократном чихании, при поднятии тяжести и вообще при различного рода напряжениях могут создаваться сходные условия с вышеописанными, приводящие к повышению внутригрудного давления и обморокам.
- Сходные механизмы приводят к потере сознания и при смехе (гелолепсия).

В редких случаях кашель является аурой эпилептического припадка!

Неотложная помощь

- Убрать из полости рта больного инородные предметы,
- Обеспечить приток свежего воздуха,
- Придать больному горизонтальное положение с приподнятыми ногами.
- Нашатырный спирт на тампоне.
- Применить приём – сдавление основания носовой перегородки двумя пальцами
- Медикаментозно:
 - Кофеин бензоат натрия 10% - 1 мл подкожно или внутривенно;
 - Кордиамин 1- 2 мл подкожно;
 - Атропина сульфат 0,1% – 0,5- 1 мл подкожно или внутривенно.

Коллапс

- Одна из форм острой сосудистой недостаточности, характеризующаяся резким падением сосудистого тонуса или быстрым уменьшением массы циркулирующей крови, что приводит к уменьшению венозного притока к сердцу, падению артериального и венозного давления, гипоксии мозга и угнетению жизненных функций организма.

Причины коллапса

- острые инфекции,
- острая кровопотеря, болезни эндокринной и нервной системы,
- экзогенные интоксикации,
- острые заболевания органов брюшной полости.

Клиническая картина

- Ощущения общей слабости
- Головокружение
- Озноб
- Жажда
- Снижение температуры тела
- Кожные покровы и слизистые оболочки бледные с цианотичным оттенком
- Артериальная гипотензия

Неотложная помощь

- Больного согревают.
- Укладывают с приподнятыми ногами.
- Обеспечивают приток свежего воздуха.
- Медикаментозно возможно применение:
 - введение 20-60 мл 40 % Глюкозы с 2-5 мл 5% раствора Аскорбиновой кислоты,
 - Преднизолон 60-90 мг внутривенно струйно,
 - 1-2 мл раствора Кордиамина внутривенно струйно,
 - 1-2 мл 10% раствора Кофеина бензоата натрия внутривенно струйно.

Синдром гиперчувствительности каротидного узла

- относительная недостаточность симпатических влияний на сердце и сосуды.

- **Общий реализующий механизм:**

- гипоксия коры и ствола мозга, ведущая к падению мышечного тонуса, иногда - к обмороку, и, редко, - к нескольким коротким судорожным подергиваниям.

- **Приступы провоцируются:**

- поворотами головы в сторону или запрокидыванием головы назад (особенно - при ношении слишком тугого воротничка),
- давлением на область синуса.

- **На каротидный синус оказывается внешнее механическое давление, которое при изменённой чувствительности рецепторов провоцирует падение артериального давления и обморок.**

- **Приступы возникают в основном у лиц пожилого возраста с признаками атеросклероза.**

Синдром гиперчувствительности каротидного узла

- Диагноз подтверждают надавливанием на каротидный синус во время регистрации электрокардиограммы или электроэнцефалограммы.
- Пробу следует проводить крайне осторожно в связи с риском развития длительной асистолии.
- Методом ультразвуковой доплерографии необходимо убедиться в проходимости сонной артерии в месте сдавления, в противном случае существует риск отрыва эмбола от локальной бляшки или риск провокации острой окклюзии сонной артерии при ее субтотальном стенозе, что в 50% случаев сопровождается тромбоэмболией средней мозговой артерии.

Дроп-атака

- (англ. drop - падение капли) внезапное падение пациента не сопровождающееся потерей сознания и появлением симптомов-предвестников.

- Пациент, считает себя здоровыми, но внезапно падает на пол, приземляясь на колени.
- Ситуационной обусловленности нет.
- Пациенты, как правило, в состоянии сразу встать.
- Нет предобморочных ощущений (дурноты) или изменения сердцебиения.
- Пациенты описывают приступ: «...как будто внезапно ПОДКОСИЛИСЬ НОГИ».

Дроп-атака

- Чаще у женщин среднего возраста.
- Связаны с преходящей ишемией или резким сдавлением ствола мозга, в результате чего резко снижается тонус или развивается внезапная слабость мышц туловища и ног.
 - преходящая подкорковая астазия и нарушение поддерживающих равновесие постуральных рефлексов при сосудистом поражении ствола, базальных ганглиев, подкоркового белого вещества и таламуса.
- Приступ провоцируется запрокидыванием головы
 - при стенозирующем поражении позвоночных артерий,
 - шейном остеохондрозе,
 - сдавлении передних отделов ствола мозга объёмным образованием или сосудистой аномалией,
 - ревматоидном артрите,
 - кранио-вертебральной аномалии.

Синдром Унтерхарншейдта

- = синкопальный вертебральный синдром, синдром бритья.
- обморок, возникающий при повороте головы, вследствие сдавления позвоночных артерий и ишемии ствола мозга.
- обычно проявляется у пожилых больных со стенозирующим атеросклерозом позвоночных артерий и остеохондрозом (спондилезом) шейного отдела позвоночника.
- сознание может быть нарушенным в течение 2–3 минут,
- мышечный тонус снижен,
- до и после обморока возможен шум в ушах.

Дифференциальный диагноз проводят с более часто встречающимся синдромом каротидного синуса.

Сомнамбулизм

от лат. *somnus* — «сон» и *ambulo* — «передвигаюсь»;

= снохождение (устар. лунатизм (от позднелат. *lunaticus* — безумный)).

- болезненное расстройство парасомнического спектра, при котором люди совершают какие-либо действия, находясь при этом в состоянии сна.

- Присутствует у 2% мирового населения.
- Обычно встречается у людей с психическими отклонениями в возрасте от 17 до 22 лет.
- Глаза сомнамбулы обычно открыты, зрачки расширены, сердцебиение учащённое и дыхание слегка прерывистое.
- Пациент может производить различные движения, обходить препятствия, иногда выполнять сложные поступки, давать ответы на простые вопросы.

Миастенический криз

- это внезапно развившееся критическое состояние у больных миастенией, которое свидетельствует не только о количественном, но и о качественном изменении характера процесса.

Патогенез криза: уменьшение плотности холинорецепторов постсинаптической мембраны и изменение функционального состояния рецепторов и ионных каналов.

- Проявляется:
 - различной степенью угнетения сознания,
 - тревога, возбуждение, двигательное беспокойство,
 - спутанность и утрата сознания.
 - выраженными бульбарными нарушениями,
 - нарастающей дыхательной недостаточностью,
 - вначале дыхание становится частым, поверхностным, с включением вспомогательных мышц,
 - далее - редким, прерывистым.
 - развиваются явления гипоксии с гиперемией лица, сменяющейся цианозом.
 - затем полная остановка дыхания,
 - резкой слабостью скелетной мускулатуры.
 - тахикардия до 150-180 в минуту, гипертензия, далее гипотония, брадикардия, аритмии.
 - саливация, потоотделение.
- может сопровождаться непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией.

Неотложная помощь

- Контроль витальных функций.
- Кислородотерапия вплоть до перевода пациента на ИВЛ.
- Обеспечение внутривенного доступа.
- Экстренная доставка в неврологическое отделение.

Благодарю за внимание!

