

Neurologische Therapie

Lehmann-Horn • Ludolph

3., neu bearbeitete
und ergänzte Auflage

mit 75 Tabellen

Mit Beiträgen von

G.Antoniadis, H.Baier, F.Bretschneider, A.O.Ceballos-Baumann,
R.Dengler, S.Förderreuther, S.Heiddegger, B.Kleiser, D.Knorpp,
G.Küther, H.Lerche, B.-U.Meyer, N.Mitrovic, G.Ochs, W.Pfister,
H.-P.Richter, M.Riepe, O.Rieß, H.Schreiber, J.Schwarz, M.Stöhrer,
A.Straube, M.Tröger, H.Tumani, H.Walter, A.Weindl, B.Widder



Ф.Леманн-Хорн
А.Лудольф

Лечение заболеваний нервной системы

Перевод с немецкого

*Под редакцией проф. **О.С.Левина***

4-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2019

УДК 616.8-00
ББК 56.12
Л44

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Перевод с немецкого: канд. мед. наук А.В.Кожина

Леманн-Хорн Ф.

Л44 Лечение заболеваний нервной системы / Франк Леманн-Хорн, Альберт Лудольф ; пер. с нем. ; под ред. проф. О.С.Левина. — 4-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2019. — 528 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-639-0

Руководство, созданное коллективом ведущих немецких неврологов, содержит современные данные о существующих возможностях лечения основных синдромов и заболеваний, связанных с поражением как центральной, так и периферической нервной системы. Предлагаются оптимальные алгоритмы диагностики и лечения неврологических заболеваний, основанные на данных контролируемых исследований и клиническом опыте авторов. Особое внимание уделено терапии неотложных неврологических и психиатрических состояний. Даны практические рекомендации по ведению больных, касающиеся не только применения лекарственных средств, но и лекарственных мероприятий.

Руководство предназначено для врачей-неврологов, нейрохирургов, психиатров, врачей других специальностей, оказывающих помощь при заболеваниях нервной системы.

УДК 616.8-00
ББК 56.12

ISBN 3-437-21620-1
ISBN 978-5-00030-639-0

© 2001 Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München
© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление. Издательство «МЕДпресс-информ», 2014

ПРЕДИСЛОВИЕ к 3-му ИЗДАНИЮ

Как и в прошлый раз, спустя 5–6 лет после выхода в свет предыдущего издания появляется новое, на этот раз третье, переработанное и дополненное издание. Как и само издательство Urban&Fischer, книга получила новое название – «Neurologische Therapie». В процессе подготовки 3-го издания коллектив издателей и авторов перенес некоторые изменения. Поскольку редакторы и большинство членов авторского коллектива представляют клинику города Ульм, книга теперь может быть по праву названа «Ульмским лечебником».

Мы выражаем искреннюю благодарность прежним авторам, заложившим первый камень в основание руководства, а также новым авторам, которые внесли существенные изменения и дополнения с учетом возросших за последние годы возможностей лечения заболеваний нервной системы. Особую благодарность мы хотели бы выразить сотрудникам издательства Christl Kiener и Elke Klein за работу по выпуску данной книги.

Ульм, октябрь 2000 г.

Проф. Dr. Frank Lehmann-Horn
Проф. Dr. Albert Ludolph

Посвящается 80-летию проф. Dr. Albrecht Struppeler, одному из предыдущих издателей.

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Предлагаемая вниманию читателей книга представляет собой русский перевод 3-го издания руководства для врачей по лечению заболеваний нервной системы, созданное коллективом ведущих немецких неврологов из клиник Ульма, Мюнхена, Берлина, Ганновера, Галле и др. В нашей стране не часто издаются руководства немецких авторов, что не может не вызывать сожаления.

Во-первых, несмотря на разворачивающиеся во всем мире процессы глобализации, которые, несомненно, затрагивают и медицинскую науку, в разных странах в той или иной степени сохраняется национальная специфика медицинской науки и практики. Эта специфика опирается на традиции научных школ, складывающуюся десятилетиями систему организации здравоохранения и, в более широком плане, на особенности социального устройства, национального менталитета и межлических взаимоотношений. И здесь хочется особо подчеркнуть, что немецкая школа врачевания более близка к российской, чем, например, англоамериканская, доминирующая в сегодняшней медицинской науке. Истоки этой близости — в давнем тесном взаимодействии русских и немецких врачей на протяжении XVIII—XX вв. Именно поэтому знакомство с опытом немецких неврологов может быть важным для отечественных специалистов.

Во-вторых, свойственная немецким специалистам скрупулезность и добросовестность вкпе со склонностью к строгой систематизации и последовательности изложения материала делает немецкие руководства исключительно полезными именно для практикующих врачей.

Следует подчеркнуть еще одно достоинство книги. Она посвящена главным образом вопросам лечения, но при этом не только содержит необходимую практическим врачам информацию о методах лечения заболеваний нервной системы, но, что может быть особенно важно, предлагает оптимальную последовательность действий врача в той или иной клинической ситуации, которая опирается и на данные последних контролируемых испытаний, и на собственный клинический опыт авторов. Поэтому книга может быть интересной и начинающему врачу, который вместе с ней получает своего рода руководство к действию, и многоопытному специалисту, который получит возможность сопоставить собственный практический опыт с лечебными подходами немецких неврологов.

Строго следуя практической направленности руководства, авторы нашли удачный компромисс между четкостью изложения и полнотой информации. Поэтому в относительно небольшой по объему книге им удалось рассмотреть практически весь спектр неврологических синдромов и заболеваний, в той или иной степени поддающихся лечению. Особое внимание уделено терапии неотложных состояний. Стоит специально отметить удачное освещение вопросов лечения психиатрических неотложных состояний, столь часто встречаю-

щихся в неврологической клинике и неизменно вызывающих существенные затруднения.

В особых главах рассмотрены вопросы лечения двигательных, вегетативных, вестибулярных нарушений, болевых синдромов, эпилепсии, нейродегенеративных, инфекционных и цереброваскулярных заболеваний, опухолей и травмы нервной системы. В каждой главе даны практические рекомендации по ведению больного, которые касаются не только применения лекарственных средств, но и различного рода нелекарственных методов.

В тексте в основном упоминаются генерические названия лекарственных препаратов, поэтому чтобы приблизить книгу к отечественному читателю мы привели аналоги лекарственных средств, широко применяемые в Российской Федерации. Кроме того, в примечаниях к изданию на русском языке прокомментированы некоторые терминологические разночтения, упомянуты лечебные средства, вошедшие в клиническую практику после опубликования книги.

Предлагаемая книга предназначена в первую очередь для врачей-неврологов, но представляет также интерес для нейрохирургов, психиатров, врачей других специальностей, оказывающих помощь при заболеваниях нервной системы, а также студентов медицинских вузов.

В заключении хочется выразить надежду, что издаваемое руководство окажется полезным отечественным врачам и будет способствовать повышению качества медицинской помощи пациентам с заболеваниями нервной системы.

*О.С.Левин,
профессор кафедры неврологии
Российской медицинской академии
последипломного образования*

Содержание

Предисловие к изданию на русском языке	6
Авторы	8
Сокращения	16

А Неотложные состояния

А 1 Неотложные состояния в неврологии	17
1 Дифференциальная диагностика неотложных состояний в неврологии	18
2 Лечение важнейших неотложных состояний в неврологии	31
А 2 Неотложные состояния в психиатрии	47
1 Общие представления	47
2 Неотложные состояния	50
3 Правовые аспекты	62
А 3 Острые отравления	66
1 Общие принципы лечения	66
2 Частные случаи отравлений	69

Б Заболевания вегетативной нервной системы

Б 1 Расстройства мочеиспускания, дефекации и паралитическая кишечная непроходимость	81
1 Нейрогенные расстройства мочеиспускания	81
2 Нейрогенные расстройства дефекации	91
3 Паралитическая кишечная непроходимость	91
Б 2 Расстройства половой функции	93
1 Функциональная анатомия и нейрофизиология половой системы	93
2 Диагностика	94
3 Расстройства половой функции при неврологических заболеваниях	96
4 Лечение	98
Б 3 Заболевания с преимущественным поражением вегетативной нервной системы	102
1 Вегетативные полиневропатии	102
2 Ортостатическая гипотензия	103
3 Так называемые вегетативные болевые синдромы	106
4 Гипергидроз	106
5 Ангидроз	107
6 Синдром Рейно	108

В Двигательные расстройства

В 1 Спастичность	110
1 Причины и симптомы	110

2	Физическая терапия	110
3	Медикаментозное лечение	111
4	Хирургическое лечение	114
В 2	Миоклонии	116
1	Эссенциальная миоклония	116
2	Ночная миоклония	116
3	Постаноксическая акционная миоклония (синдром Ланса—Адамса)	117
4	Сегментарная миоклония	117
В 3	Синдром беспокойных ног	118
В 4	Тремор	120
1	Эссенциальный и сенильный тремор	120
2	Ортостатический тремор	122
3	Интенционный тремор	122
В 5	Болезнь Паркинсона	123
В 6	Синдром паркинсонизма при других заболеваниях	136
1	Мультисистемная атрофия (МСА)	136
2	Прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП)	137
3	Кортикобазальная дегенерация (КБД)	138
4	Деменция с тельцами Леви	138
5	Подкорковая артериосклеротическая энцефалопатия	139
6	Гепатолентикулярная дегенерация	139
7	Болезнь Гентингтона	140
В 7	Дискинезии	141
1	Хорея	141
2	Дистония	148
3	Лекарственные дискинезии	154
В 8	Тики	160
В 9	Атаксии	163
1	Общие сведения	163
2	Аномалии развития	164
3	Инфекции	165
4	Неопластические заболевания	165
5	Сосудистые заболевания	166
6	Метаболические нарушения	166
7	Нарушения питания и алкоголизм	166
8	Инттоксикации	167
9	Дегенеративные заболевания	167
Г Дегенеративные заболевания ЦНС и деменция		
1	Общие сведения	171
2	Нейродегенеративные заболевания	174
3	Сосудистая деменция	177
4	Нормотензивная гидроцефалия	177
5	Воспалительные заболевания головного мозга	178
6	Спонгиозные энцефалопатии	178

7	Посттравматические энцефалопатии	179
8	Внутричерепные объемные процессы	179
9	Гиповитаминозы	180

Д Воспалительные заболевания ЦНС

Д 1	Инфекционные заболевания ЦНС	181
1	Бактериальные инфекции	181
2	Спирохетозы	198
3	Вирусные инфекции	203
4	Грибковые заболевания	213
5	Паразитарные заболевания	215
Д 2	Неинфекционные воспалительные заболевания ЦНС	221
1	Рассеянный склероз	221
2	Саркоидоз	238
Д 3	Неинфекционные церебральные васкулиты	240
1	Общие сведения и классификация	240
2	Первичные васкулиты	242
3	Вторичные васкулиты	246

Е Припадки у подростков и взрослых

Е 1	Эпилептические припадки и эпилепсия	248
1	Общие сведения	248
2	Фармакотерапия	251
3	Хирургическое лечение	261
4	Стимуляция блуждающего нерва	262
5	Социально-психологические аспекты	262
Е 2	Нарколепсия и катаплексия	265
Е 3	Факоматозы	268
1	Нейрофиброматоз Реклингхаузена	268
2	Туберозный склероз (болезнь Бурневилля–Прингла)	269
3	Энцефалотригеминальный ангиоматоз (синдром Стерджа–Вебера)	269
4	Синдром Гиппеля–Линдау	270

Ж Травма нервной системы

Ж 1	Черепно-мозговая травма	271
1	Ушиб мягких тканей головы	271
2	Легкая черепно-мозговая травма	271
3	Черепно-мозговая травма средней и тяжелой степени	273
4	Эпидуральная гематома	275
5	Субдуральная гематома	276
6	Посттравматические эпилептические припадки	277
Ж 2	Травма спинного мозга	279
1	Сотрясение спинного мозга	279
2	Ушиб спинного мозга	279

3	Хлыстовая травма шеи	281
Ж 3	Травмы периферических нервов	283

З Нервно-мышечные заболевания

З 1	Болезни двигательных нейронов	287
1	Общие сведения	287
2	Симптоматическая терапия	289
З 2	Заболевания нервно-мышечной передачи	297
1	Миастения	297
2	Миастенические синдромы	304
З 3	Миопатии	310
1	Мышечные дистрофии	310
2	Миотонии, периодический паралич и злокачественная гипертермия	314
3	Воспалительные миопатии	319
4	Врожденные миопатии со структурными аномалиями	323
5	Метаболические миопатии	324
6	Эндокринные миопатии	328
7	Крампи	328
З 4	Заболевания периферических нервов	330
1	Полиневропатии	330
2	Компрессионные невропатии	350
3	Идиопатическая невропатия лицевого нерва	352

И Опухоли и другие объемные образования ЦНС

1	Классификация	356
2	Общие сведения о методах лечения	361
3	Лечение отдельных видов опухолей головного мозга	369

К Сосудистые заболевания ЦНС

К 1	Инфаркт головного мозга	393
1	Патогенез	393
2	Острый период инфаркта мозга	394
3	Профилактика рецидивов	405
К 2	Другие сосудистые заболевания ЦНС	413
1	Внутричерепные кровоизлияния	413
2	Субарахноидальное кровоизлияние	417
3	Тромбоз мозговых вен и синусов	422
4	Инфаркт спинного мозга и кровоизлияния в спинной мозг	426

Л Заболевания опорно-двигательного аппарата

Л 1	Боли в спине	431
1	Патогенез	431
2	Острая боль в спине (люмбаго и люмбоишиалгия)	431

3	Хроническая боль в спине	433
4	Стеноз позвоночного канала	435
5	Поясничный спондилолистез	436
Л 2	Боль в шее (цервикалгия)	437
1	Острая цервикалгия	437
2	Хроническая цервикалгия	438
3	Шейная миелопатия	439

М Головокружение

1	Общие сведения	441
2	Головокружение при периферических вестибулопатиях	443
3	Головокружение при центральных вестибулопатиях	446
4	Другие виды головокружения	449

Н Лечение боли

Н 1	Основные принципы лечения боли	452
1	Острая и хроническая боль	453
2	Боль при заболеваниях опорно-двигательного аппарата	453
3	Боль при поражении периферической нервной системы	455
4	Боль в культе и фантомная боль	455
5	Боль при поражении периферических нервов и рефлекторная симпатическая дистрофия	457
6	Постгерпетическая невралгия	458
7	Хроническая компрессия спинномозговых корешков	459
8	Центральные болевые синдромы	460
Н 2	Боль при онкологических заболеваниях и другие хронические интенсивные боли	462
1	Опиоидная терапия	462
2	Эпидуральное и интратекальное введение опиатов	464
3	Хирургическое лечение боли	465
4	Выписка рецептов на наркотические вещества	466
Н 3	Головная и лицевая боли	467
1	Мигрень	467
2	Кластерная головная боль	471
3	Хроническая пароксизмальная гемикрания	473
4	Головная боль напряжения	474
5	Посттравматическая головная боль	475
6	Головная боль вследствие воздействия лекарственных и иных веществ или их отмены	476
7	Постпункционная головная боль	478
8	Невралгия тройничного нерва и другие краниальные невралгии	479
9	Атипичная лицевая боль	482

О Расстройства сна

- 1 Инсомнии 484
- 2 Парасомнии 485
- 3 Гиперсомнии 486

П Метаболические и токсические поражения нервной системы

- 1 Гипо- и гипervитаминозы 488
- 2 Дегенеративные заболевания 490
- 3 Неврологические осложнения алкоголизма 493
- 4 Центральный понтинный миелинолиз 494
- 5 Печеночная энцефалопатия 494
- 6 Уремическая энцефалопатия 495

Р Молекулярная генетика и медико-генетическое консультирование

- 1 Введение 497
- 2 Рекомендации по подготовке к молекулярно-генетическому обследованию 498
- 3 Неврологические заболевания с установленным молекулярно-генетическим дефектом 499

Алфавитный указатель 516

А Неотложные состояния

А1 Неотложные состояния в неврологии

*J.Schwarz**

1.	Дифференциальная диагностика неотложных состояний в неврологии	18
1.1.	Диагностика остро возникшей головной боли	18
1.2.	Диагностика остро возникшего головокружения	20
1.3.	Расстройства сознания	22
1.4.	Дифференциальный диагноз при остро развившемся пара- или тетрапарезе	28
2.	Лечение важнейших неотложных состояний в неврологии	31
2.1.	Лечение внутримозгового кровоизлияния	31
2.2.	Лечение субарахноидального кровоизлияния	33
2.3.	Лечение эпидуральной гематомы	34
2.4.	Лечение субдуральной гематомы	35
2.5.	Неотложная помощь при эпилептических припадках	35
2.6.	Тромбоз мозговых вен и синусов	36
2.6.1.	Асептический венозный тромбоз	36
2.6.2.	Септический венозный тромбоз	37
2.7.	Ишемический инсульт	37
2.8.	Неотложная терапия при важнейших метаболических заболеваниях	41
2.8.1.	Печеночная энцефалопатия	41
2.8.2.	Уремическая энцефалопатия	41
2.8.3.	Диабетическая кома	41
2.9.	Неотложная терапия при воспалительных заболеваниях головного мозга	41
2.9.1.	Бактериальные менингиты	41
2.9.2.	Вирусные менингиты и энцефалиты	42
2.10.	Лечение остро развившегося пара- или тетрапареза	43
2.10.1.	Синдром Гийена—Барре	43
2.10.2.	Миастенический криз	43
2.10.3.	Холинергический криз	44
2.10.4.	Эпидуральный абсцесс	44
2.10.5.	Дискалиемические периодические параличи	45
2.10.6.	Полиневропатия критических состояний	45
2.10.7.	Столбняк	45
2.10.8.	Акинетический криз при болезни Паркинсона	46

* Авторы раздела во 2-м издании: F.Lehmann-Horn, J.Klingelhöfer. Благодарим также J.Planck.

Данный раздел призван помочь врачам в экстренной диагностике и лечении пациентов, страдающих описанными ниже заболеваниями и требующих неотложной помощи.

1. Дифференциальная диагностика неотложных состояний в неврологии

1.1. Диагностика остро возникшей головной боли

Острая интенсивная головная боль, которую пациент не испытывал ранее, представляет собой неотложное состояние и требует экстренной диагностики. Дифференциальный диагноз представлен в таблице А1-1.

Неотложное состояние, сопровождаемое остро развившейся головной болью, как правило, служит показанием для компьютерной томографии.

Исключение: пациенты с головной болью, лихорадкой, менингеальными симптомами и подозрением на менингит. Подобным пациентам

Таблица А1-1

Дифференциальная диагностика остро возникшей головной боли

Течение	Описание боли	Симптомы	Примечания	Диагноз
Острое, внезапное начало	Сильнейшая головная боль, преимущественно затылочной локализации	Тошнота, рвота, менингеальные симптомы, расстройство сознания, очаговая неврологическая симптоматика, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма	Осложнения в виде вазоспазма, гидроцефалии, вклинения и т.д.	Субарахноидальное кровоизлияние
Острое, внезапное начало	Часто в одной половине головы	Тошнота, рвота, расстройство сознания, эпилептические припадки, очаговая неврологическая симптоматика, изменения ЭКГ		Внутричерепное (паренхиматозное) кровоизлияние
Подострое начало	Диффузная боль	Менингеальные симптомы, тошнота, рвота, светобоязнь, лихорадка	Срочное назначение антибиотиков!	Менингит или энцефалит
Острое или подострое начало	Диффузная, с акцентом в области лба, флюктуирующая	Тошнота, рвота, расстройство сознания, застойные соски зрительных нервов, эпилептические припадки, очаговая неврологическая симптоматика	Факторы риска цереброваскулярного заболевания, рекомендуется срочное проведение ангиографии (МР-ангиографии)	Тромбоз венозного синуса или вены

Таблица A1-1 (продолжение)

Течение	Описание боли	Симптомы	Примечания	Диагноз
Подострое или постепенное начало	Преимущественно диффузная, тупая, распирающая, зависит от локализации процесса	Тошнота, рвота, расстройство сознания, эпилептические припадки, очаговая неврологическая симптоматика		Внутричерепной объемный процесс
Чаше возникает по утрам, длится часы или дни	Пульсирующая боль, чаще односторонняя или с односторонним началом	Тошнота, рвота, светобоязнь, вегетативные симптомы, мерцающая скотома, очаговая неврологическая симптоматика	Чаше страдают женщины, семейный анамнез	Мигрень
Чаше возникает ночью, длится 30–120 мин, перемежающееся (кластерное) течение	Острейшая мучительная, строго односторонняя периорбитальная боль	Слезотечение, покраснение глаза, лба, щеки, заложенность носа	Страдают преимущественно молодые мужчины	Кластерная головная боль (синдром Бинга–Хортона)
Острое начало, рецидивирующее течение	Лобная локализация, часто односторонняя	Тошнота, рвота, инъекция конъюнктивы, расширение зрачка и отсутствие реакции на свет	Пожилые пациенты, рекомендуется измерение внутриглазного давления!	Приступ глаукомы
Стойкая боль	Часто височной локализации, тупая	Уплотнение височной артерии, снижение или исчезновение ее пульсации	Возраст старше 50 лет, увеличение СОЭ	Височный артериит

там прежде всего проводят общее и бактериологическое исследование ЦСЖ и крови и как можно быстрее назначают антибиотик широкого спектра действия (например, цефтриаксон, 2 г внутривенно).

Таблица A1-2 отражает этапы диагностического поиска при острой возникшей головной боли.

При наличии показаний к ангиографии в настоящее время, как правило, проводится рентгеноконтрастная ангиография. Если имеются противопоказания к стандартной ангиографии (вазоспазм, аллергия на контрастное вещество и т.п.), возможно проведение МР-ангиографии. Подозрение на тромбоз возможного синуса (но не мозговых вен) является показанием к МР-ангиографии.

Таблица А1-2

**Диагностический поиск у пациентов
с остро возникшей головной болью**

Компьютерная томография	Другие диагностические процедуры	Результаты	Предположительный диагноз
Патологии не выявляется	ЛП	Плеоцитоз/увеличение уровня белка Примесь крови Без патологических изменений	Менингит/энцефалит Субарахноидальное кровоизлияние Диагноз неясен, рекомендуется дальнейшее обследование
Отек мозга и/или гиподенсивные изменения	ЛП или ангиография	Плеоцитоз/повышение уровня белка Закупорка мозговой вены (повышение уровня белка в ЦСЖ) Без патологических изменений	Менингит/энцефалит/септический очаговый церебрит Тромбоз венозного синуса или вены Метаболическая энцефалопатия
Объемное образование	ЛП	Плеоцитоз Без патологических изменений	Абсцесс мозга Опухоль
Субарахноидальное кровоизлияние	Ангиография	Аневризма	Субарахноидальное кровоизлияние
Внутричерепное кровоизлияние	ЛП	Плеоцитоз/повышение уровня белка Без патологических изменений	Абсцесс, энцефалит, септический очаговый церебрит Тромбоз венозного синуса или вены
	Ангиография	Закупорка мозговой вены Дополнительная сосудистая сеть Артериовенозное шунтирование	Опухоль Артериовенозная мальформация
Субдуральная гематома	При необходимости ангиография	Закупорка мозговой вены Без патологических изменений	Застойное кровоизлияние при тромбозе венозного синуса или вены Травматическая или спонтанная субдуральная гематома

1.2. Диагностика остро возникшего головокружения

Головокружение часто встречается при неотложных состояниях в неврологии и нередко служит поводом для экстренной госпитализации пациента. Таблица А1-3 содержит клинические характеристики важнейших заболеваний, сопровождающихся острым головокружением.

Таблица А1-3

**Характеристика основных заболеваний,
сопровождающихся головокружением**

Начало/течение	Другие симптомы	Особенности	Диагноз
Острое начало, стойкое головокружение в течение нескольких дней или недель	Ротаторный спонтанный нистагм в здоровую сторону, склонность к падениям в сторону поражения, тошнота, рвота	Недостаточная возбудимость пораженного полукружного канала при калорической пробе	Вестибулярный нейронит
Остро возникающее рецидивирующее головокружение, длящееся несколько минут или часов	Шум в ушах, снижение слуха, тошнота, рвота, ротаторный горизонтальный нистагм	Начало на 4-6-м десятилетии жизни	Болезнь Меньера
Короткие повторяющиеся приступы головокружения при перемене положения тела	Тошнота, ротаторный нистагм в положении лежа в направлении нижележащего уха		Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение
Короткие повторяющиеся приступы головокружения и неустойчивости, длящиеся от нескольких секунд до нескольких минут, чаще при определенном положении головы	Снижение слуха, шум в ушах во время приступа	Состояние подобно невралгии тройничного нерва (вызвано компрессией сосулом корешка VIII нерва)	Вестибулярная пароксизмия
Острые приступы головокружения и неустойчивости	Изменения зрения обоих глаз, дизартрофония, шум в ушах, снижение слуха, двоение, атаксия, билатеральные парестезии, двусторонние парезы, расстройство сознания (наличие двух и более из перечисленных симптомов, включая головокружение, позволяют установить диагноз мигрени в соответствии с критериями Международного общества головной боли)	Приступы головокружения у 1/3 пациентов не сопровождаются головной болью, у 2/3 пациентов с вестибулярными или глазо-двигательными симптомами приступы бывают моносимптомными; у половины пациентов сочетается с другими формами мигрени, в межприступном периоде часто возникают эпизоды глазо-двигательных расстройств	Базиллярная мигрень
Остро развившееся стойкое головокружение	Тошнота, рвота, иногда глазо-двигательные нарушения и другие очаговые неврологические симптомы		Поражение срединных структур мозга в области мозгового ствола, например, тромбоз базилярной артерии

A

В том случае, если после сбора анамнеза и клинического осмотра не удастся поставить точный диагноз, рекомендуется предпринять следующие диагностические меры:

- компьютерная томография для исключения внутричерепного кровоизлияния;
- при выявлении неопределенной картины или гиподенсивного очага в субтенториальной области рекомендуется гепаринизация под контролем частичного тромбопластинового времени вплоть до установления диагноза;
- калорическая вестибулярная проба, электронистагмография;
- МРТ (при необходимости в диффузионно-перфузионном режиме).

Тромбоз базилярной артерии – состояние, угрожающее жизни, но на начальном этапе его дифференциальная диагностика с другими заболеваниями, сопровождающимися головокружением, бывает трудной.

1.3. Расстройства сознания

Расстройство сознания, сопровождается ли оно очаговой неврологической симптоматикой или нет, как правило, является, отражением диффузного нарушения функции нейронов головного мозга. Возможные причины расстройства сознания представлены в таблицах с А1-4 по А1-9.

Диагностические мероприятия при расстройстве сознания неясного происхождения включают:

- поддержание жизненно важных функций (при необходимости – проведение искусственной вентиляции легких, стабилизация кровообращения);
- лабораторные исследования (определение электролитов, осмолярности, уровня глюкозы, исследование функции печени, почек и т.д.);
- компьютерная томография (КТ) головы (исключение кровоизлияния, ишемии, объемного образования, вклинения и т.д.);
- если КТ не выявляет изменений и возникает подозрение на цереброваскулярное заболевание (наличие глазодвигательных нарушений, гемипареза, дизартрии и т.д.), показано срочное проведение ангиографии;
- если КТ не выявляет причины расстройства сознания и нет оснований подозревать цереброваскулярное заболевание, рекомендуется срочное проведение ЭЭГ и люмбальной пункции.

(Алгоритм действий при подозрении на бактериальный менингит см. 1.1.)

Таблица A1-4

**Цереброваскулярные заболевания как причина
расстройства сознания**



Начало/течение	Дополнительные клинические признаки	Методы диагностики	Причины
Острое расстройство сознания, сопровождающееся головной болью		КТ/МРТ (люмбальная пункция)	Субарахноидальное или внутримозговое кровоизлияние (см. 1.1)
Острое расстройство сознания в виде оглушения с последующей комой	Очаговая неврологическая симптоматика, особенно часто — глазодвигательные нарушения, дизартрия, гемипарез или гемигипестезия, кардиальный источник эмболии	КТ, ангиография, транскраниальная доплерография	Острая окклюзия базилярной артерии
Острое развитие комы, широкие зрачки, нереагирующие на свет, опсоклонус в течение нескольких часов или дней, миоклонии, рефлексорные синергии	Заболевания сердца, дыхательная недостаточность	На КТ и МРТ: отек мозга, размытость границ белого и серого вещества, очаги некроза в корковом веществе, патологические изменения зрительных вызванных потенциалов	Острая глобальная церебральная ишемия
Острое развитие оглушения с последующей комой, иногда длительная гиперсомния, нарушение вертикальных движений глазных яблок	Кардиальный источник эмболии	КТ/МРТ	Двусторонний парамедианный инфаркт таламуса
Подостро развивающееся оглушение или спутанность сознания с последующей комой, головная боль	Почечная недостаточность, артериальная гипертензия, отеки	Систолическое АД >160 мм рт.ст, изменения дисков зрительных нервов, характерные для артериальной гипертензии	Острая гипертоническая энцефалопатия (эк лампсия)
Внезапно развивающееся оглушение с последующей комой, флюктуирующее течение, очаговые неврологические симптомы, судорожные припадки	Выпадение катетера из центральной вены, дефект инфузионной помпы, возникновение во время кардио- или нейрохирургической операции	Изредка признаки воздушной эмболии при КТ	Воздушная эмболия

Таблица А1-5

Инфекционные заболевания как причина расстройства сознания

Начало/течение	Дополнительные клинические признаки	Методы диагностики	Причины
Подострое развитие оглушения с последующей комой	Головная боль, менингеальные симптомы, лихорадка	В ЦСЖ нейтрофильный плеоцитоз, окрашивание по Граму, идентификация бактериальных антигенов, бактериологическое исследование	Острый гнойный менингит (см. 1.1)
Умеренное оглушение	Головная боль, менингеальные симптомы, патология черепных нервов	В ЦСЖ лимфоцитарный плеоцитоз, значительное повышение уровня белка, снижение уровня глюкозы, ПЦР, окрашивание по Цилю–Нильсену, выявление первичного очага туберкулезной инфекции	Туберкулезный менингит
Подострое развитие оглушения или спутанности сознания с последующей комой	Очаговая неврологическая симптоматика, флюктуирующее течение, лихорадка, увеличение СОЭ, узелки Ослера, шум в сердце	КТ/МРТ: множественные очаги, частично накапливающие контраст, в ЦСЖ плеоцитоз, значительное повышение уровня белка эхокардиография, посев крови	Септический очаговый церебрит
Подострое развитие оглушения или спутанности сознания с последующей комой, эпилептические припадки	Очаговая неврологическая симптоматика, лихорадка, рвота	КТ и МРТ: очаги в височных, реже лобных долях, ЭЭГ: фокальные изменения в височных и лобных отведениях, в ЦСЖ плеоцитоз и значительное повышение уровня белка, эритроциты, положительная ПЦР, IgM-антитела	Герпетический энцефалит
Подострое расстройство сознания, судорожные припадки	Очаговая неврологическая симптоматика, лихорадка, контакт с клещом	В ЦСЖ лимфоцитарный плеоцитоз, повышение уровня белка, нормальный уровень глюкозы, ПЦР на нейротропные вирусы	Другие вирусные энцефалиты

Таблица А1-13
Вторичная профилактика ишемического инсульта в зависимости от его причины

	Атеросклероз			Другие	
	Кардиогенная эмболия	Микротромбоз интракраниальных артерий	Гемодинамически значимый стеноз экстракраниальных артерий		Артерио-артериальная эмболия
Частота, %	15–30	30	15	15–20	5
Вероятность рецидива	12% в первые 2 недели	5–10% в первый год	10% в первый месяц	10% в первый год	
Клиническая картина	Внезапное начало, чаще без нарастания симптомов, признаки заболевания сердца, нередко свежий инфаркт миокарда	В анамнезе ТИА, пожилой возраст пациента, иногда прогрессирование симптомов в начальной фазе	Симптомы появляются при падении АД; чаще отмечаются у мужчин, в анамнезе артериальная гипертензия, сахарный диабет	Лакунарный синдром, пожилые пациенты, в анамнезе – артериальная гипертензия, сахарный диабет	Нарушения свертывания, оперативные вмешательства, артерииты, мигрень, злоупотребление наркотическими средствами и т.п.
ЭКГ, ЭхоКГ	Мерцательная аритмия, митральный стеноз, тромб в полости сердца, кардиомиопатия			Патология дуги аорты	
Данные КТ	Корковий или субкортикальный терриоториальный инфаркт, свежие инфаркты в зоне не кровоснабжения нескольких сосудов	Территориальный инфаркт	Инфаркт в зоне кровоснабжения конечных сосудов и ветрообразных зонах	Мелкие корковые инфаркты	Лакуны <2 см в таламусе, мосте, базальных ганглиях, белом веществе, белом веществе полушарий
УЗДГ/дуплексное сканирование, транскраниальная УЗДГ		Стеноз/закупорка	Стеноз внутренней сонной артерии >70%	Атерома внутренней сонной артерий	
Профилактика	Гепарин в/в (ЧТВ 60–70 с)	Аспирин 100–300 мг/день (тиклопидин 500 мг/день, клопидогрель 75 мг/день)	Оперативное вмешательство на сонных артериях	Гепарин в/в, затем оперативное вмешательство	Специфическое лечение

A2. Неотложные состояния в психиатрии

H. Walter*

A

1.	Общие представления	47
2.	Неотложные состояния	50
2.1.	Психомоторное возбуждение	50
2.2.	Попытка самоубийства	52
2.3.	Делирий (включая состояние спутанности сознания)	54
2.4.	Нарушения сознания	57
2.5.	Кататонический синдром и ступор	58
2.6.	Неотложные состояния, связанные с лечением психотропными средствами	59
2.7.	Неотложные состояния, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами	61
3.	Правовые аспекты	62

1. Общие представления

Только 5% пациентов с психическими расстройствами, требующими неотложной помощи, попадает в психиатрическую клинику. Подавляющее большинство из них обращается к врачам других специальностей, которые часто встречаются с такими пациентами на приеме в поликлинике, при работе на «скорой помощи», во время ночного дежурства в стационаре.

Неотложные психиатрические состояния требуют срочного эффективного лечения, так как представляют серьезную угрозу для жизни и здоровья пациента и окружающих его лиц.

Таким образом, родственники и врачи также оказываются заинтересованными в разрешении ситуации. Спокойное и доброжелательное обращение с пациентом способствует доверительным отношениям и уменьшает возбуждение. Прежде всего необходимо составить общее представление о ситуации:

- Спросить у пациента: «Что случилось?»
- Определить опасность, которая может угрожать пациенту и окружающим, оценить состояние сознания и ориентации пациента.
- Решить, какая помощь может быть оказана.

Только после этого можно приступить к последующим диагностическим и лечебным мероприятиям.

* Автор раздела в 1-м и 2-м изданиях J.Bäumli.

- Основой любого психиатрического лечения является **врачебная беседа**, дополненная лекарственной терапией. По возможности врач должен говорить с пациентом с глазу на глаз (разумеется, это недопустимо при сильном возбуждении или агрессии со стороны пациента!). Необходимо представиться, разъяснить пациенту свои обязанности и цель беседы. Ключевые вопросы: «Что с Вами случилось? Чем я могу Вам помочь?» Все заботы и опасения пациента следует воспринимать серьезно, и подробно, без всяких ограничений, обсудить их. Реальность содержания бреда и галлюцинаций нельзя подвергать сомнению!
- **Необходимо выяснить** (у самого пациента или его родственников), проводилось ли ранее лечение у психиатра, предпринимались ли попытки самоубийства, страдает ли больной алкоголизмом или наркоманией, отмечались ли психические заболевания у родственников, какова жизненная ситуация у пациента на данный момент времени.

Причиной любого психического расстройства может оказаться органическое заболевание.

Поэтому всегда следует обращать внимание на наличие повреждений кожи, следов от уколов, очаговых неврологических симптомов, сердечной и дыхательной недостаточности, вегетативные реакции. Важную информацию можно дать обстановка, окружающая больного: множество пустых бутылок, оборудование для приготовления наркотиков, инсулиновые шприцы, пустые упаковки от лекарственных препаратов. По возможности следует провести тщательный общий и неврологический осмотры.

- Суть необходимых **лечебных мероприятий** нужно в доступной форме разъяснять пациенту, не оставляя попыток добиться его согласия на лечение. Если это не удастся, то при сохранении угрозы для пациента и окружающих, связанной с психическим расстройством, возможно «лечение без согласия», обоснование которого необходимо сформулировать в карте или истории болезни в соответствии с законодательством (табл. А2-3).
- О предстоящих **ограничительных мерах** (принудительное введение лекарственного препарата, фиксация, принудительная госпитализация) также следует по возможности предупредить пациента. Больной не должен чувствовать себя «захваченным врасплох» или обманутым. Подобные травмирующие его мероприятия отрицательно влияют на последующие отношения с врачом в процессе лечения. Следует избегать безапелляционных высказываний и высокомерного тона в разговоре с пациентом и его родственниками, не заставляя их чувствовать себя униженными. В то же время необходимые мероприятия должны проводиться быстро и решительно (например, нельзя допу-

Таблица Б1-1

Классификация нейрогенных расстройств мочеиспускания по Bors и Comarr (1971) в модификации Burgdörfner (1988)

		Тип поражения	Тип недержания	Нарушение функции детрузора	Нарушение функции сфинктера	Объем остаточной мочи
Супрануклеарное	Неполное	Висцеромоторное	Недержание с императивными позывами	++	+	0
		Висцеромоторное, соматомоторное	Недержание с императивными позывами	+++	++	+
	Полное	Висцеромоторное, соматомоторное, висцеросенсорное	Рефлекторное недержание	+++	++	+
Инфрануклеарное	Неполное	Висцеросенсорное	Постоянное недержание	0	+	++
		Висцеромоторное	Постоянное недержание	0	+	++
		Соматомоторное	«Стрессовое» недержание	+	0	0
	Полное	Висцеромоторное, соматомоторное, висцеросенсорное	Постоянное недержание, «стрессовое» недержание	0	0	++
Смешанное		Супрануклеарный уровень: висцеромоторное; инфрануклеарный уровень: соматомоторное, висцеросенсорное	Рефлекторное недержание, «стрессовое» недержание	++	0	0/(+)
		Инфрануклеарный уровень: висцеромоторное; супрануклеарный уровень: соматомоторное	Недержание отсутствует (иногда постоянное недержание)	0	++	++

пузыря ведущий симптом – недержание мочи – может приводить к существенным социальным проблемам. Поэтому при недержании мочи лечение необходимо назначать даже в тех случаях, когда причина расстройства остается неясной или ее невозможно устранить (4, 7).

Таблица Б1-2

Наиболее частые причины нейрогенной дисфункции мочевого пузыря

Поражение центральной нервной системы (ЦНС) при:

- внутримозговом кровоизлиянии;
- рассеянном склерозе;
- нормотензивной гидроцефалии;
- опухолях лобной доли;
- травмах головного и спинного мозга;
- болезни Паркинсона;
- стенозе позвоночного канала;
- мальформациях спинного мозга;
- нейрометаболических нарушениях:
 - врожденных;
 - ятрогенных

Б

1.1. Функция мочевого пузыря и вегетативная нервная система

Регуляцию нижних отделов мочевыводящих путей осуществляют симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы (рис. Б1-1) (8).

1.1.1. Симпатическая нервная система

Тела симпатических нейронов, регулирующих функцию нижних отделов мочевыводящих путей, локализируются в грудных и поясничных сегментах спинного мозга (от Th10 до L2). Симпатические волокна, иннервирующие мочевыводящие пути, являются составной частью

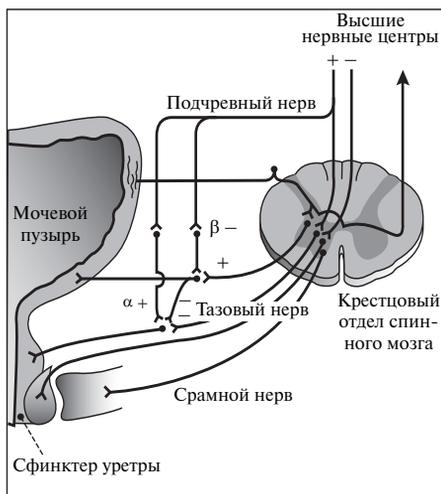


Рис. Б1-1. Вегетативная регуляция нижних отделов мочевыводящих путей (Togtens, 1984).

ветвей подчревного нерва. В их составе присутствуют как α -, так и β -адренергические волокна.

Оба вида волокон иннервируют область мочевого пузыря и уретры. Большая часть β -адренорецепторов расположена в детрузоре, тогда как в сфинктере уретры их очень мало. α -адренорецепторы локализируются главным образом в мочеиспускательном канале. Они обеспечивают сокращение мышц шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала и расслабление детрузора, в то время как β -адренорецепторы опосредуют расслабление мышц детрузора и мочеиспускательного канала.

Кроме того, симпатическая нервная система влияет на прохождение нервных импульсов в парасимпатических ганглиях, что придает взаимодействию между обеими системами при иннервации органа-мишени сложный характер.

1.1.2. Парасимпатическая нервная система

Тела парасимпатических нейронов локализируются в так называемом крестцовом центре мочеиспускания (S2–S4), их волокна идут в составе тазового нерва. Они обеспечивают сокращение детрузора и препятствуют сокращению гладкомышечного сфинктера уретры.

1.1.3. Гиперрефлексия и гипорефлексия мочевого пузыря

В зависимости от уровня поражения могут возникать два основных типа дисфункции мочевого пузыря:

- **арефлекторный мочевой пузырь;**
- **гиперрефлекторный мочевой пузырь (6, 7).**

При неполном или смешанном расстройстве мочеиспускания их отнесение к той или иной группе может быть затруднено (см. классификацию Vogt и Comagg), но в большинстве случаев значительных трудностей в дифференциации этих типов не возникает.

• **Арефлекторный мочевой пузырь**

При поражении центра мочеиспускания в спинном мозге или нервных волокон, следующих от этого центра непосредственно к мочевому пузырю, развивается **гипо-** или **арефлексия** детрузора.

Сократительная способность мочевого пузыря уменьшается настолько, что сокращение не приводит к достаточному открытию шейки мочевого пузыря и его опорожнению. Это вызывает увеличение объема остаточной мочи и перерастяжение стенок мочевого пузыря. В результате снижается или утрачивается чувствительность стенок мочевого пузыря и может развиваться **недержание от переполнения мочевого пузыря**. Постоянно высокое внутрипузырное давление, вызванное переполнением пузыря, приводит к структурным изменениям стенок детрузора, рефлюксу мочи с поражением вышележащих отделов мочевыводящих путей и нарушением функции почек.

Причинами арефлексии мочевого пузыря могут быть опухоли каудальных отделов спинного мозга, стеноз позвоночного канала, гры-

В2. Миоклонии

*J.Schwarz**

1.	Эссенциальная миоклония	116
2.	Ночная миоклония	116
3.	Постаноксическая акционная миоклония (синдром Ланса–Адамса)	117
4.	Сегментарная миоклония	117

Определение. Миоклонии – внезапные, кратковременные непроизвольные движения, которые могут быть вызваны как активным мышечным сокращением (позитивные миоклонии), так и торможением мышечного сокращения (негативные миоклонии).

Спектр различных патологических состояний, которые следует учитывать при дифференциальной диагностике миоклонических синдромов, шире, чем при любом другом расстройстве движений. Причиной миоклоний могут быть митохондриальные энцефалопатии, эпилепсия, энцефалиты, метаболические, токсические и травматические энцефалопатии, а также фокальные поражения центральной нервной системы.

1. Эссенциальная миоклония

Этиология. Различают спорадические и наследственные (обычно с передачей по аутосомно-доминантному типу) формы заболевания. Причина этих заболеваний остается неизвестной. Симптомы усиливаются при движениях и уменьшаются после приема алкоголя. В некоторых семьях описано сочетание миоклонии с эссенциальным тремором. В этих случаях проявления обоих состояний уменьшаются при приеме алкоголя.

Лечение. Наиболее эффективен клоназепам (0,5–12 мг/сут.), но при его применении нужно помнить об опасности угнетения дыхания! Иногда эффективны антихолинергические средства. Препараты вальпроевой кислоты при данной форме миоклонии малоэффективны.

2. Ночная миоклония

К ночной миоклонии относят миоклонию засыпания (гипническую миоклонию) и периодические движения ногами во сне. Первая не представляет опасности и часто встречается у здоровых лиц. Лечение не требуется.

* Авторы разделов В2, В3, В4, В7, В8 во 2-м издании A.Weindel, A.Cebalos-Baumann, M.Jahnke.

Периодические движения ногами во сне могут быть причиной частых пробуждений и, соответственно, приводят к нарушению сна. Они встречаются в основном у пациентов с синдромом беспокойных ног. Лечение периодических движений ногами во сне аналогично лечению синдрома беспокойных ног (см. В3).

3. Постаноксическая акционная миоклония (синдром Ланса—Адамса)

Этиология. Акционные и рефлекторные миоклонии (позитивные и негативные) — нередкое проявление гипоксического повреждения головного мозга. Причиной, вероятно, является недостаточная активность серотонинергических систем.

Лечение. Наиболее эффективны серотонинергические препараты (L-5-гидрокситриптофан, 5-гидрокситриптамиин, ингибиторы MAO-B, ингибиторы обратного захвата серотонина). Некоторый эффект могут оказать и другие препараты, в том числе вальпроевая кислота, клоназепам и пираретам.

4. Сегментарная миоклония

Сегментарная миоклония характеризуется повторяющимся сокращением мышц, иннервируемых одним или несколькими прилегающими сегментами спинного мозга или мозгового ствола (например, спинальная миоклония, миоклония мягкого неба).

Эффективными лекарственными средствами являются клоназепам, тетрабеназин, карбамазепин.

Литература

Lang A. E.: Parkinson syndrome. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD (Hrsg) Neurology in Clinical Practice, 2. Aufl, Butterworth-Heinemann Newton MA, S. 314–316 (1996).