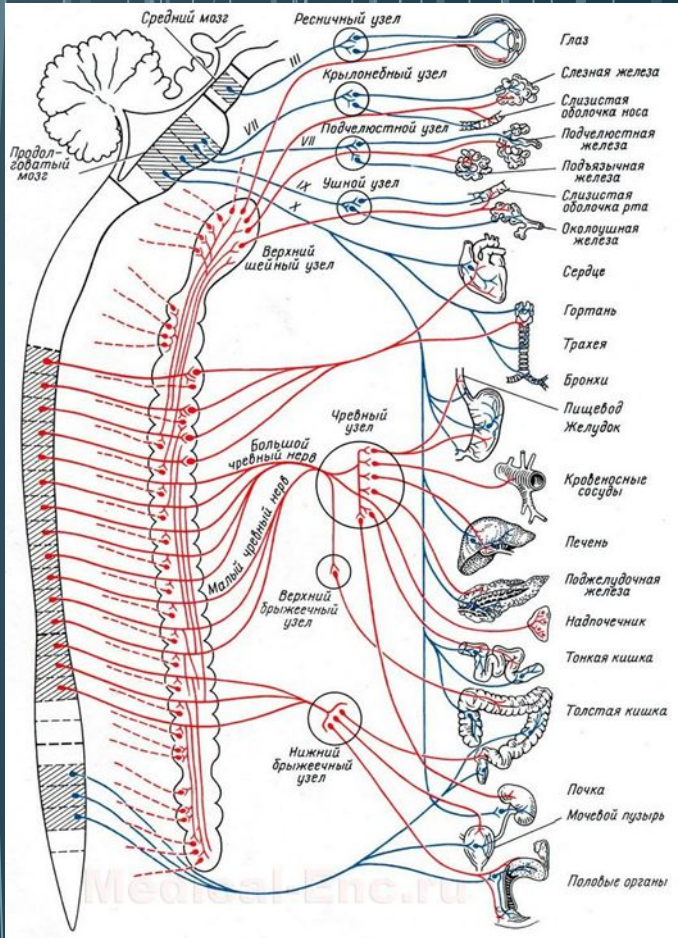
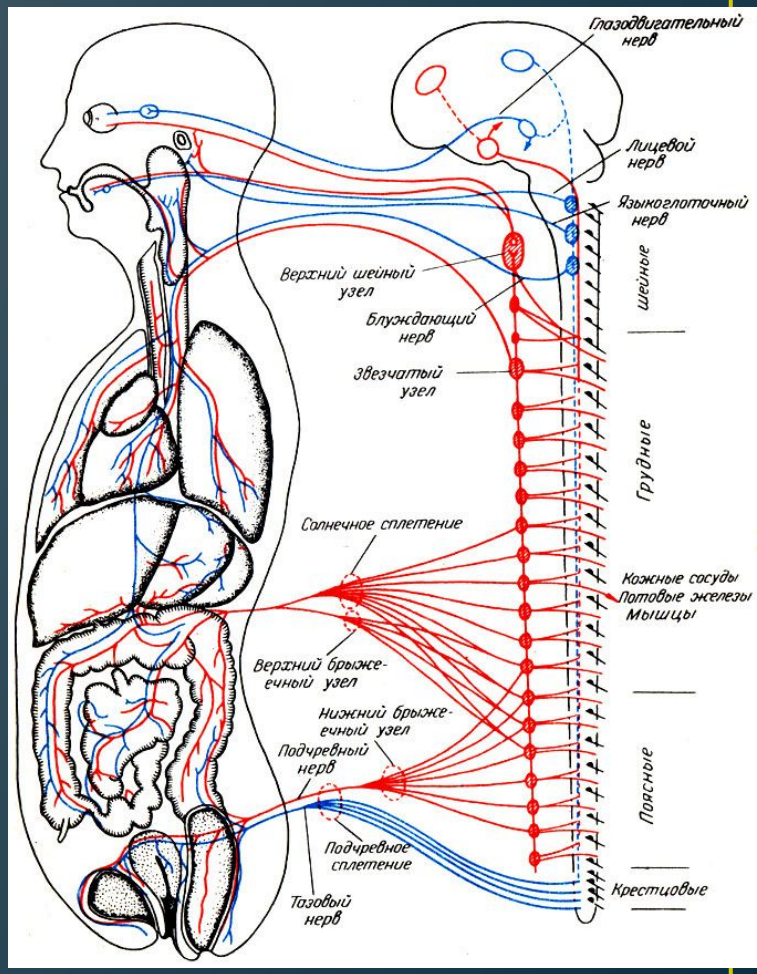
Сестринский уход при заболевания нервной системы



К ст. **Вегетативная нервная система.** Схема строения и связей вегетативной нервной системы (красный цвет — симпатические нервные клетки и волокна, синий — парасимпатические).

Выполнил: студент
Группы МС-142
Панов Роман

- Нарушения функций вегетативной нервной системы обычно имеются в клинике каждого заболевания нервной системы. Однако существуют заболевания, при которых вегетативные расстройства оказываются ведущими. Они обусловлены преимуще ственным поражением вегетативных образований нервной системы. Выделяют формы заболеваний в зависимости от уровня поражения вегетативной нервной системы.



Гипоталамический (диэнцефальный) синдром.

- Это общее название различных сочетаний вегетативных, эндокринных, обменных и трофических расстройств, обусловленных поражением гипоталамуса.
- Причинами могут быть острая и хроническая нейроинфекция, черепно-мозговая травма, острая и хроническая интоксикация, опухоли мозга, недостаточность мозгового кровообращения и хроническая психическая травма, эндокринные заболевания и длительные болезни внутренних органов.

Клиника

- Клинически диэнцефальный синдром проявляется вегетативно-сосудистыми и нейроэндокринными расстройствами, нарушениями терморегуляции, водного, минерального, жирового и белкового обмена, расстройствами сна и бодрствования.

Вегетативно-сосудистая форма

- отмечается общая слабость, повышенная утомляемость, физическая и психическая истощаемость, плохая переносимость смены метеорологических факторов, боли в области сердца, сердцебиения, чувство нехватки воздуха, неустойчивый стул. При обследовании обнаружи ваются оживление сухожильных рефлексов, колебания артериального давления с наклонностью к повышению, обычно тахикардия, лабильность пульса, повышенная потливость, выраженные изменения дермографизма, тремор век и пальцев рук, склонность к аллергическим реакциям. Наблюдаются эмоциональные расстройства (тревога, страх), нарушения сна.

- Приступы возникают чаще всего во второй половине дня или ночью, появляются без предвестников. Иногда им может предшествовать головная боль, неприятные ощущения в области сердца, состояние разбитости, вялости. Продолжительность приступа от 15-20 минут до 2-3 часов и более.

В зависимости от доминирования вегетативных расстройств кризы могут быть:

симпатико-адреналовыми

- проявляющимися головной болью, неприятными ощущениями в области сердца, сердцебиением, ознобом, онемением и похолоданием конечностей. Артериальное давление повышается до 150/90-180/110 мм. рт. ст., пульс учащается до 110-140 в минуту, температура повышается до 38-39° С;

вагоинсулярными

проявляющимися ощущением жара в голове и лице, удушья, тяжестью в голове, тошнотой, замиранием сердца, общей слабостью, потливостью, голо вокружением. При обследовании отмечается урежение пульса до 45-50 в минуту, снижение артериального дав ления до 80/50-90/60 мм. рт. ст. Возможны аллергические проявления в виде крапивницы или отека Квинке;

смешанные

характеризующиеся сочетанием симптомов, типичных для симпатико-адреналового и вагоинсулярного криза, либо поочередным их проявлением.

- При нейроэндокринно-обменной форме возникают нарушения жирового, углеводного, белкового, водно-солевого обмена, аппетита в форме булимии или анорексии, жажда, сексуальны расстройства.

- Нейродистрофической форме свойственны трофические расстройства кожи (сухость, зуд, нейродермит, язвы, пролежни), мышц, костей, распространенные изъязвления в слизистой оболочки желудка, нижней части пищевода, острые перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки.

- При диэнцефальном синдроме нарушается терморегуляция. Она характеризуется длительной субфебрильной температурой тела с периодическим ее повышением в форме гипертермических кризов до 38-40° С. Особенностью их является то, что тем пература тела обычно повышается утром и снижается к вечеру. Также возможна длительная гипотермия, сопровождающаяся непереносимостью холода, зябкостью, похолоданием конечностей, общим ознобом.

- Нарушение сна заключается в стойкой бессоннице или сонливости, изменении формулы сна, нарколепсии (приступ безудержной сонливости).

- Всем формам гипоталамических расстройств свойственны эмоциональные нарушения и астеноневротические явления (пониженное настроение, тревожность, утомляемость, снижение работоспособности и ухудшение памяти).

Лечение

- Проводится с учетом этиологии заболевания. При меняются противовоспалительные средства, антибиотики, гормоны. Показаны препараты, улучшающие мозговое кровообращение, вегетотропные средства, транквилизаторы или тонизирующая терапия.

Мигрень

Особый вид головной боли, которая является са мостоятельной нозологической формой.

- Одним из основных факторов мигрени является конституциональное предрасположение к ней, которое часто бывает наследственным, однако окончательно причина заболевания не выяснена. В основе приступа лежат ангионевротические рас стройства.

Можно условно выделить четыре стадии механизма развития мигренозного приступа.

Продромальная стадия.

- Под влиянием ряда причин: эндокринных сдвигов (менструация), перегревания на солнце, гипоксии, нарушений сна, перераздражения отдельных анализа торов (шум, яркий свет), нервно-психического напряжения и др.- возникает ангиоспазм сосудов.
- Особенно часто при этом страдают артерии: задняя мозговая, сетчатки и височная.
  Появляется ряд симптомов как следствие ангиоспазма: выпадение полей зрения, фотопсии, онемение одной конечности.

- Затем наступает вторая стадия: выраженная дилатация артерий, артериол, вен и венул, особенно в ветвях наружной сонной артерии (височная, затылочная и средняя оболочечная). Амплитуда колебаний стенок расширенных сосудов резко возрастает, что ведет к раздражению заложенных в стенках сосудов рецепторов, и появляется сильная локальная головная боль. Повышается проницаемость и наступает отек стенок сосудов. Обычно в это время возникает контрактура мышц го ловы и шеи, что приводит к значительному усилению притока крови к мозгу.

Третья стадия мигрени

- Под влиянием серотонина и гистамина увеличивается проницаемость капилляров. Вследствие выделения серотонина почками содержание его в крови резко падает. В результате уменьшается тонус артерий при одновременном сужении капилляров, что способствует пассивному расширению артерий и это вновь приводит к цефалгии.

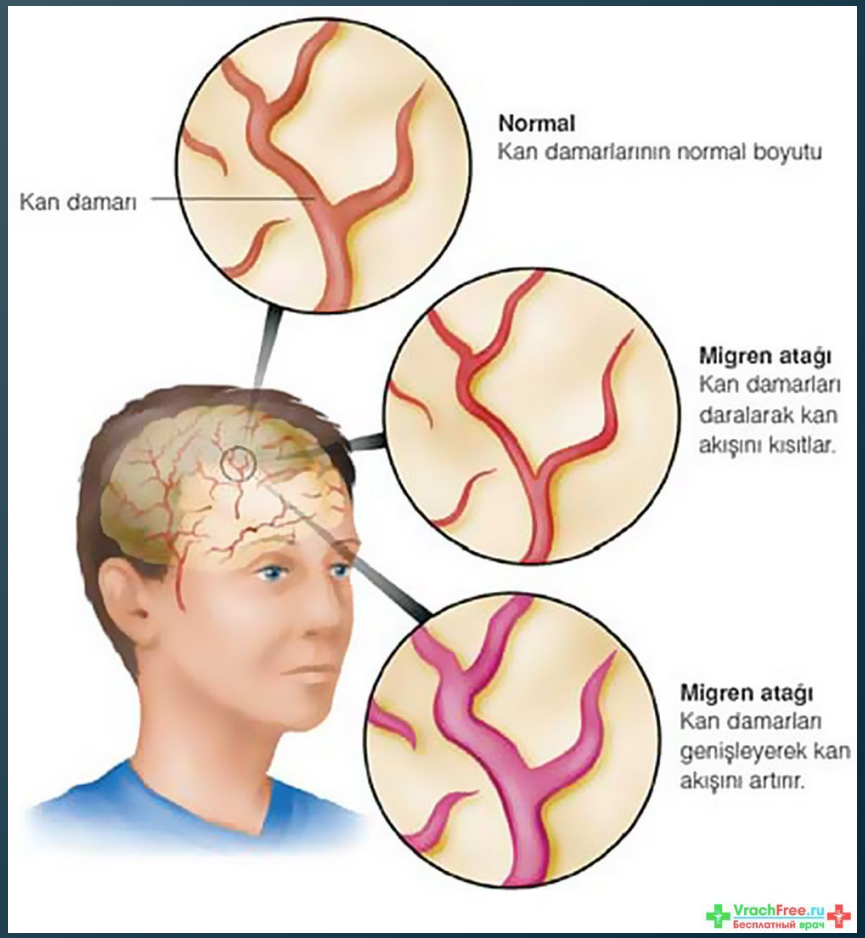
Постмигренозный синдром является четвертой стадией заболевания. В патогенезе его определенная роль принадлежит аллергическим механизмам.

- Происходят сложные биохимические изменения: из тромбоцитов выделяются серотонин, гистамин и протеолитические ферменты. В дальнейшем могут развиться явления, указывающие на вовлечение в процесс гипоталамуса: озноб, учащение мочеиспускания, снижение артериального давления, повышение температуры до субфебрильных цифр. Если приступ заканчивается наступлением сна, то больной просыпается без головной боли, хотя могут отмечаться общая слабость и недомогание.

Клиника

Выделяют три основных вида мигрени:

- • классическую (10%);
- • атипичную (85%);
- • ассоциированную (5%).



Классическая форма мигрени (офтальмическая)

- обычно начинается с предвестников. Возникают преходящая гемианопсия, фотопсии в виде блестящих точек или блестящей ломаной линии. Иногда нарушается мышление, затрудняется концентрация внимания и др. Аура длится от нескольких минут до получаса, иногда до 1-2 дней, после чего возникают головная боль, тошнота, рвота. Как правило, боль появляется в одной половине головы, но может быть и двусторонней. Головная боль достигает максимума в период от получаса до 1 ч и продолжается не более 6 ч. Обычно боль имеет пульсирующий характер, реже она непрерывная и острая. Часто боль локализуется в лобно-височной области с иррадиацией в глаз и верхнюю челюсть. При этом отмечаются побледнение, а затем покраснение лица, слезотечение, покраснение глазных яблок в основном на стороне боли, повы шенная саливация, тошнота, рвота. Длительность головной боли от нескольких часов до 1-2 суток. На высоте приступа чаще отмечаются расширение и напряженность височной артерии.

Атипичная, или обыкновенная форма мигрени

- стадия предвестников проявляется состоянием эйфории или депрессии, иногда чувством голода, зевотой. Обычно выпадения полей зрения не бывает. Боль локализуется вокруг орбиты, распространяется на лоб, висок и затылочно-шейную область. При этом появляются заложенность носа, тошнота, рвота, повышение тем пературы тела до субфебрильных цифр. Возникают сужение глазной щели, инъекция конъюнктивы, отек вокруг орбиты. Особенностью этой формы является то, что головная боль часто появляется во время сна или вскоре после пробуждения. Боль может продолжаться долго (в среднем 16-18 ч.). При обыкновенной мигрени нередко развивается мигренозный статус, который может длиться несколько суток. Во время беременности приступы обыкновенной мигрени прекращаются.

Ассоциированная форма мигрени

- Цефалгический синдром сочетается с преходящими или относительно стойкими неврологическими дефектами в виде гемипарезов, парезов отдельных наружных мышц глаза, мимических мышц, мозжечковых нарушений или с выраженными психическими расстройствами.

Лечение

- Различают лечение приступа мигрени и лечение са мого заболевания. Лекарственная терапия особенно эффективна в период предвестников. Назначают транквилизаторы, антидепрессанты или их комбинации, сосудорасширяющие, дегидратирующие средства, анальгетики. Приступ мигрени в начальных стадиях может купировать иглорефлексотерапия.

Сестринский процесс

- К проблемам можно отнести риск возникновения приступа мигрени.
- Для предупреждения приступа необходимо избегать перегревания на солнце, пребывания в душном помещении, недосыпания, влияния шума, нервно-психического напряжения.
- Прогноз. В отношении жизни благоприятный. В тех случаях, когда заболевание начинается в детском или юношеском возрасте, со временем приступы становятся все более редкими и в инволюционном периоде обычно прекращаются.

Нейроциркулярная(или вегето-сосудистая) дистония

- обозначение разнообразных по происхождению и проявлениям, но функциональных схожих в своей основе вегетативных расстройств, обусловленных нарушением неирогуморальнои регуляции вегетативных функций. Эти расстройства наиболее часто наблюдаются при неврозах, гиподинамии, при эндокринной дисгармонии в пубертатном и климактерическом периодах, а также при неврозоподобных состояниях, связанных с нервно-психическим или физическим переутомлением, инфекциями, отравлениями, синдромом отмены у токсикоманов и другой природы.

Клиническая картина

- Больных беспокоят слабость, утомляемость, расстройства сна, раздражительность. В зависимости от реакции сердечно-сосудистой системы выделяют 3 типа ВСД:

- • кардиальный;

- • гипотензивный;

- • гипертензивный.

Кардиальный тип

- жалобы на сердцебиение, перебои в области сердца, иногда ощущение нехватки воздуха, могут отмечаться изменения сердечного ритма (синусовая тахикардия, выраженная дыхательная аритмия, наджелудочковая экстрасистолия). На электрокардиограмме изменений нет или же иногда отмечаются изменения зубца Т.

Гипотензивный тип

- утомляемость, мышечная слабость, головная боль (нередко провоцируется голодом), зябкость кистей и стоп, склонность к обморочным состояниям. Кожа обычно бледная, кисти рук холодные, ладони влажные, отмечается снижение систолического АД ниже 100 мм рт.ст.

Гипертензивный тип

- характерно преходящее повышение артериального давления, которое почти у половины больных не сочетается с изменением самочувствия и впервые обнаруживается во время медицинского осмотра. На глазном дне в отличие от гипертонической болезни изменений нет. В некоторых случаях возможны жалобы на головную боль, сердцебиение, утомляемость.

Лечение

- направлено, прежде всего, на основное заболевание (невроз, патологический климакс и т. д.), включает также патогенетическую терапию (седативные средства, при необходимости, холинолитики, блокаторы адренорецепторов) и применение симптоматических средств - гипотензивных, антиаритмических и др. Во всех случаях показаны нормализация режима труда и отдыха, обеспечение полноценного сна, занятия физкультурой, закаливание. Так как, причин и вариантов нейроциркуляторной дистонии достаточно много, а также много заболеваний, прячущихся под маской НЦЦ, то выбирать тактику лечения и проводить его лучше всего под наблюдением семейного врача.

Ангионевротический отек (Квинке)

- В развитии заболевания имеет значение функциональное состояние гипоталамической области, причем недостаточность ее может быть конституционально обусловленной или возникает в результате воздействия экзо- и эндогенных факторов, а также склонность к аллергическим реакциям. В результате повышается проницаемость мелких сосудов, особенно капилляров. Провоцирующими факторами могут быть инфекции (экзо- и эндогенные), интоксикации, пищевые аллергены, лекарственные средства (антибиотики), некоторые зубопротезные материалы.

Клиника

- Первым, а иногда и единственным симптомом за болевания является ограниченный отек кожи и подкожного жирового слоя в области губы, века и тыла кисти. Реже наблюдаются другие локализации отека: слизистые оболочки дыхательных путей, полости рта, желудочно-кишечного тракта; мышцы, сухожилия, подкожный жировой слой, глазницы. Встречаются отеки, захватывающие все лицо или конечность. Отек развивается быстро и без предвестников. Вначале возникает ограниченная припухлость, как после укуса комара. В течение нескольких часов отек нарастает, затем некоторое время держится на одном уровне, после чего бесследно исчезает.

Лечение

- Отек кожи является безобидным симптомом и может исчезнуть без лечения. Отек слизистых оболочек, особенно полости рта, гортани и надгортанника, - грозный симптом, требующий принятия неотложных мер. При первых признаках отека слизистых оболочек назначают антигистаминные препараты, одновременно вводят в/в раствор кальция хлорида или эфедрина гидрохлорида (медленно!), а также подкожно 0,5-1 мл 0,1% раствора атропина. В случае нарастания явлений асфиксии показа ны инъекции глюкокортикостероидов и адреномиметиков (адреналин, эфедрин). Показаны мочегонные и дегидратирующие средства. При отсутствии эффекта и нарастании дыхательных расстройств необходима срочная трахеостомия.

Спасибо за внимание!