

«Орталық жүйке жүйесінің өмірге қауіпті зақымдануларын анықтау және жедел көмек көрсету алгоритмі»



дайындаған: доцент м.а., м.ғ.к. Ажиметова Г.Н.

Дәрістің мақсаты:

- Орталық жүйке жүйесі зақымдалғанда өмірге қауіпті жағдайлар кезінде студенттерге оның диагностикасын және бірінші дәрігерлік көмек көрсету (жүйелі бригада дәрігері) және науқастың жағдайына байланысты арнайы мамандандырылған медициналық көмек көрсету (жансақтау бригадасы, интенсивті терапия бригадасы) алгоритмін үйрету.

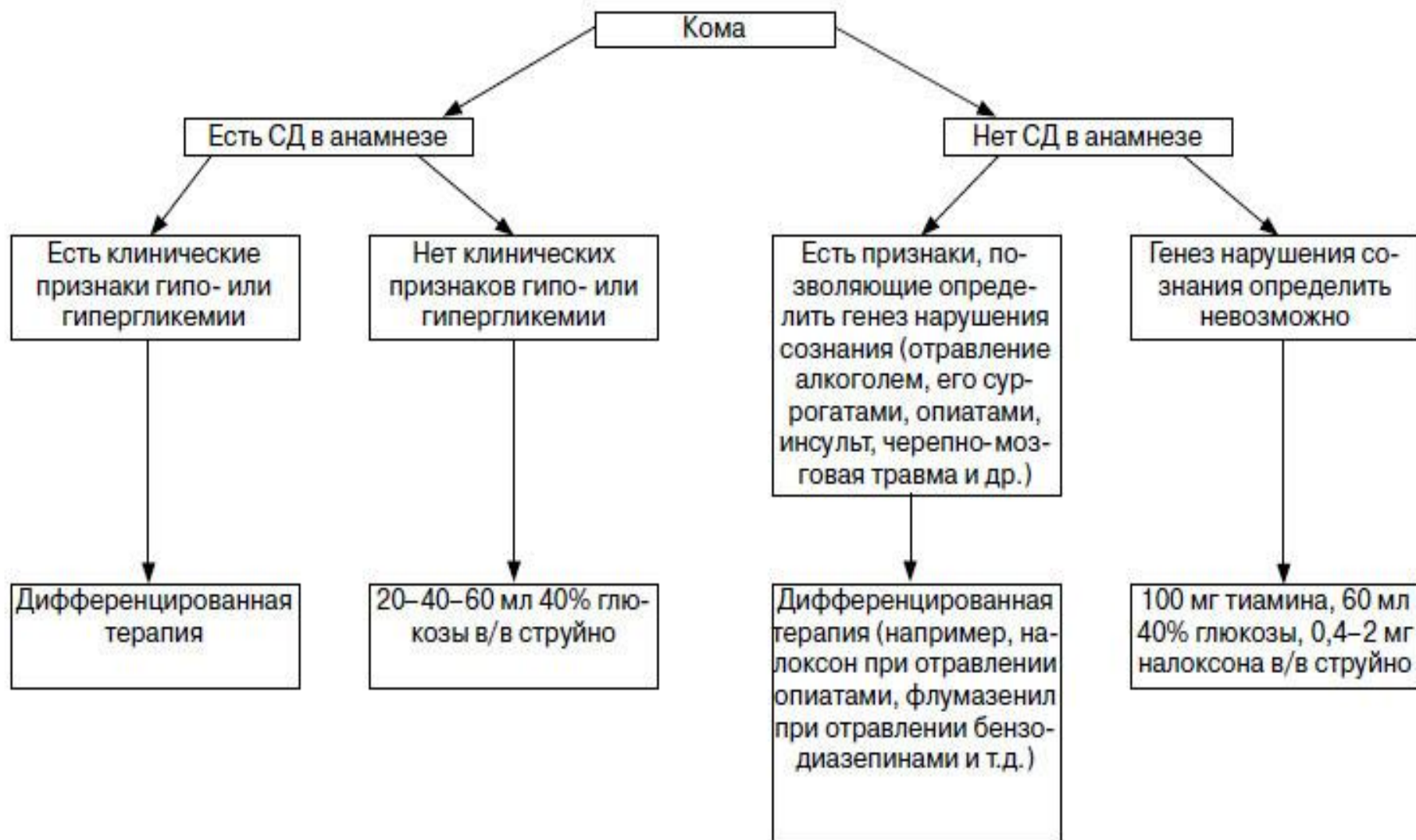
Кома

- **Кома** – сыртқы тітіркендіргіштерге жауаптың болмауымен сипатталатын жағдай. Бас милық кома кезіндегі зақымдалу кез келген кезде қайтымсыз болуы мүмкін, сондықтан зерттеудің аяқталуына қарамастан емді дереу бастау керек.

Себептері

- Үлкен жартышар қыртысының (мысалы метаболиттік энцефалопатия), ми бағанының (мысалы артқы бассүйек шұңқырындағы көлемді түзілісте) жайылмалы зақымдалулары
- Қыртыстың біржақты зақымдалуы: инсульт немесе ісіктер – ми бағанының немесе қарама-қарсы жақтағы жарты шардың басылуын тудырса

Комалық жағдайдағы науқастарды ауруханаға дейінгі кезеңде жүргізу тактикасы



Алгоритм 8. Ведение пациентов в коме на догоспитальном этапе

Диагностика және емі

- Мүмкіндігінше тез арада және айқын реттілікпен жүргізіледі.
- Негізгі мақсаты – команың себебін және нейрохирургиялық килігулер қажеттігін анықтау.
- **А. Өмірге маңызды қызметтерді тұрақтандыру.**
- Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қамтамасыз ету, оттегі беру, қажет жағдайда өкпенің жасанды вентилиациясын бастау
- ЖЖЖ, АҚ, дене температурасы, ЭКГ және O_2 сатурациясын бақылау.
- **Б. Омыртқаның иммобилизациясы.** Егер жарақат жоққа шығарылмаса, онда омыртқа рентгенографиясына дейін толық қозғалмауды қамтамасыз ету керек, мойынға жағалы шина салынады.



- **В. Көк тамыр пункциясы.** Көк тамырға катетер орнатады, қан (жалпы анализ, артериялық қанның газдық құрамы, егу, глюкоза, электролиттер, мочеви́на, аммиак, бауыр ферменттері, қан тобы, Rh-фактор, токсикологиялық зерттеулер) және зәр (жалпы анализ, токсикологиялық зерттеулер) сынамалары алынады.
- **Г. Дәрмектер енгізу.**
- **1. Тиамин**, 100 мг.
- **2. Глюкоза**, 1 г/кг (50% глюкозаның 1 амп. 25 г глюкоза бар).
- **3. Налоксон** (наркотикалық анальгетиктердің антагонисті), 0,01 мг/кг мөлшерде, 0,04% - 1 мл ерітінді.
- **4. Флумазенил** (бензодиазепин рецепторларының блокаторы), 0,2 мг. Препаратты қайталап 1 мин аралықпен енгізуге болады, бірақ жалпы мөлшері 1 мг аспау керек (кейде тырысуларды тудырады)

- **Д. Жалпы зерттеулер.**
- **1. Анамнез.** Жарақаттарға, эпилепсиялық талмаларға, дәрілік заттарды қабылдауына, алкогольге, қантты диабетке және басқа да ауруларға назар аудару керек
- **2. Жалпы қарау диагноз қоюға көмектеседі:** мысалы СБЖ бар науқастарда артериовеналық шунт, менингококкты инфекцияға тән бөртпелер немесе басми жарақатының белгілері (жаралар, көз айналасындағы және емізікшелі өсіндінің аймағындағы гематома, дағаралық кеңістікте қанның жиналуы) болуы мүмкін.
- **3. Неврологиялық зерттеу.** Негізгі назарды ошақты симптоматикаға және қадалу белгісіне аударады. Жағдайдың нашарлауын өткізіп алмау үшін зерттеулерді үнемі қайталап отыру керек

- Е. Мидың қадалуы тез арада ҚІҚ төмендетуді талап етеді, сонымен қатар хирургиялық ем тағайындауды шешу үшін нейрохирургтің консультациясын жүргізу қажет.
- **1. Гипервентиляция тәртібіндегі ЖӨВ.** $p_a\text{CO}_2$ 25—30 мм рт. ст. төмендеуі ми тамырлардың тарылуына және бірнеше мин. ішінде ҚІҚ төмендеуіне әкеледі. $p_a\text{CO}_2$ әрі қарай төмендету дұрыс емес, бұл ми қан айналымының айқын азаюына алып келуі мүмкін.
- **2. Маннитол** (15% - 200 мл ерітінді, 1-2 г/кг мөлшерде, т/і 10-20 мин ішінде) — осмостық зат, ми ісінуінің азаюына алып келеді. Максимальды әсері 90 мин. кейін дамиды.
- **3. Дексаметазон** (0,4% - 1 мл ерітінді, 8-10 мг т/і, кейін әрбір 6 сағ 4 мг-нан т/і) ісік және абсцесс кезінде перифокальды ісінуді азайтады.

- **Неврологиялық зерттеулер**

- **А. Команың Глазго шкаласы:** ауырлық жағдайын анықтауға және оның динамикасын бақылауға көмектеседі. Шкала 3 бөлімнен тұрады. Әрбір бөлім б/ша бағаларды қосады, жалпы баға 3 тен (терминалды жағдай) 15 баллды (қалыпты жағдай) құрайды.

- **Б. Тыныс ырғағы**

- **1. Чейн-Стокс тынысы** (тахипноэдан апоноэға дейінгі толқын тәрізді тыныс жиілігінің ауытқуы) метаболиттік энцефалопатия, супратенториалды зақымдалу, сонымен қатар жүрек және өкпе жеткіліксіздері кезінде байқалады
- **2. Тахипноэ** әдетте метаболиттік ацидозда, гипоксемияда, өкпе зақымдалуында байқалады (мысалы, пневмонияда) байқалады. Сонымен қатар, ми бағаны жоғарғы бөліктерінің зақымдалуымен туындалуы мүмкін.
- **3. Агональды тыныс** (сирек, терең тыныс алу, жиі тыныс алу қозғалыстарының сериялары, апноэ кезеңдерімен кезектесетін ретсіз тыныс қозғалыстары) ми бағананың зақымдалуын сипаттайды және тыныстың тоқтауымен аяқталады.

- **В. Қарашық**

- **1. Жарыққа тітіркенбейтін кең қарашық** — қарашық кеңейген жақтағы самай тенториалды қадалудың белгісі (осыған ұқсас көріністер мидриатиктер м/ы скополамин ж/е атропин беруі мүмкін).
- **Жарыққа тітіркенбейтін тарылған қарашықтар** наркотикалық анальгетиктерді шамадан тыс қолданғанда , метаболиттік энцефалопатия, көпір мен таламустың зақымдалуында байқалады.
- **3. Жарыққа тітіркенбейтін орташа көлемдегі қарашықтар** — ортаңғы мидың зақымдалу белгісі.
- **4. . Жарыққа тітіркенбейтін кең қарашықтар** — ауыр гипоксиялық энцефалопатия н/е скополамин, атропин, глутетимид, метанолмен уланғанда пайда болады.
- **Г.Көздердің орналасуы.** Көздер үлкен жарты шардың зақымдалған жаққа қарайды, яғни гемипарезге қарама қарсы. Егер гемипарез болмаса, көпір мен қыртыс зақымдалса көздің горизонтальды қозғалмалы шектелуі б/ша ажыратады.

- Д. Көздің қозғалысын кома кезінде вестибулоокулярлы рефлекс б/ша бағалайды. Егер мойын омыртқасының жарақаты жоққа шығарылса, науқастың басын жоғары төмен, жан-жаққа бұру арқылы рефлекс шақырады (қуыршақтық көз сынағы). Вестибулоокулярлы рефлекс сақталғанда көздер бас қозғалысы кезінде қарама қарсы жаққа ауысады. Егер мойын омыртқасының жарақаты жоққа шығарылмаса немесе қуыршақтық көз сынағымен рефлекс шақырылмаса суықтық сынама қолданылады. Төсектің бас жағын 30° көтеріп құлаққа 10-50 мл мұздай су құяды, осы кезде көздер стимуляция жакка ауытқу керек. Көздің вертикальды қозғалысын тудыру үшін суды 1 мезгілде 2 құлаққа құяды.
- 1. Қос көздің қозғалмауы көпірдің 2 жақты зақымдалуында н/е барбитураттармен, фенитоинмен және трициклдық антидепрессанттармен улану кезінде байқалады.

- **2. 1 көздің қозғалмауы** – ми бағанының 1 жақты зақымдалуының белгісі.
- **3. Горизонталь б/ша көз қозғалысының шектелуі** көпір мен мишықтың 1 жақты зақымдалуын ажыратуға мүмкіндік береді. Егер көздер ортаңғы сызықты өтіп бұрылса, бұл қыртыстың зақымдалуы, ал егер ортаңғы сызыққа дейін жетсе көпірдің зақымдалғанын көрсетеді. Егер де гемипарезді анықтау мүмкін болса, онда ажыратпа диагностика жеңілдейді, гемипарез жаққа көздің ауытқуы көпірдің зақымдалуын, ал қарама-қарсы жаққа ауытқуы қыртыстың зақымдалуын көрсетеді
- **4. Вертикаль б/ша көз қозғалысының шектелуі** ортаңғы мидың зақымдалуы, орталық қадалу ж/е жедел гидроцефалияда дамиды.

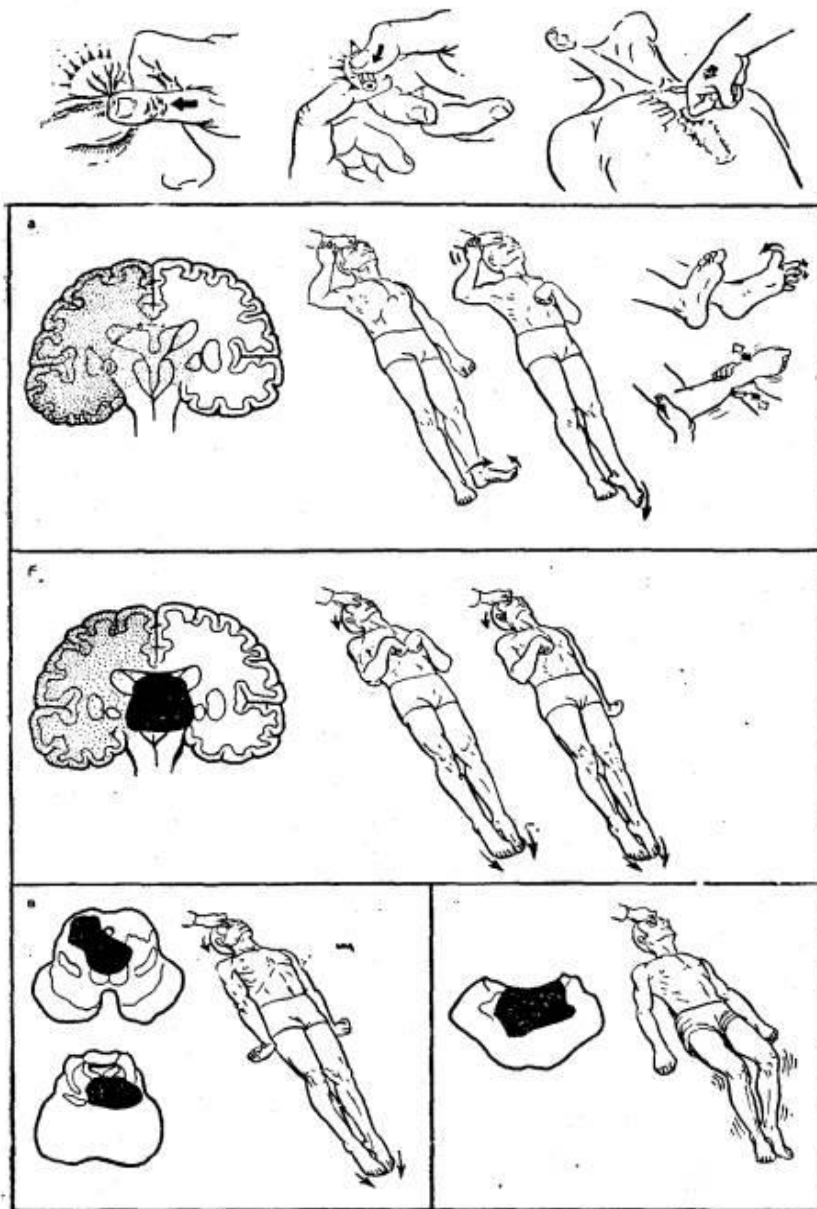


Рис. 13. Двигательные реакции на болевые раздражения у больных с острым нарушением функций мозга. Как показано сверху, болевые раздражения с минимальной травматизацией можно наносить на супраорбитальный край, лопаточное ложе и грудь. Уровень соответствующих нарушений функций мозга схематично указан слева. Детали описаны в тексте.

- **Е. Аяқ-қолдың қозғалысы.**
Симметриялығын, қозғалыстың дұрыс бағытталуын бағалайды (ауырсынуға жауап ретінде, спонтанды)
- **1. Қозғалыстың асимметриясы — гемипарез белгісі.**
- **2. Декортикалдық ж/е децеребралдық ригидтілік —** қозғалыс ассиметриялығына қарағанда ошақты зақымдалуды көрсетпейді, ол жиі метаболиттік комада болуы мүмкін.
- **3. Аяқтың сыртқы ротациясы** гемипарез, санның сынықтарында ж/е шығып кетуінде болуы мүмкін

- **Қадалу** көлемді түзілімдермен миға қысым түскен кезінде дамиды. Бұл өмірге қауіпті жағдай шұғыл нейрохирургиялық шараларды қажет етеді. Операция куткен кезінде ҚІҚ төмендетуді жүргізеді .
- **А ҚІҚ жоғарылау белгілері** қадалудың барлық түрлерінде байқалады: бас ауыру, жүрек айну, құсу, АГ, брадикардия, көз нерві дискісінің ісінуі, әкетуші нервінің зақымдалуы, көрудің нашарлауы, есінен тану.
- **Б. Самай-тенториальды қадалу** мишық үсті аймақтың 1 жақты қысымының жоғарылауы кезінде болады. Парагиппокамптық иірім ж/е самай бөліктері мишық үсті аймаққа ығысып, ортаңғы миды басады. Симптоматикасы тез көрініс береді. 1-ші симптом — зақымдалған жақта қарашықтың кеңеюі, кейін сол зақымдалған жақта гемипарез, тетрапарез және кома дамуы мүмкін.

- **В. Орталық қадалу** мищық үсті аймақтың екіжақты қысымның жоғарлауынан пайда болады. Бұған үдемелі естің күңгірттенуі, децеребралдық ж/е декортикалдық ригидтілік тән; басында қалыпты н/е Чейн—Стокс тынысы болуы мүмкін, кейін тахипноэ дамиды; қарашықтары орташа көлемді, жарыққа әсер етпейді.
- **Г. Мишықтық қадалу** мищық асты аймақтың қысымы жоғарылаған кезінде болады. Мишық бадамшалары сопақша миды ығыстырып үлкен тесікке қадалады. Бұған естің күңгірттенуі, тыныс ырғағының бұзылуы, апноэ тән.

Естің шатасуы

- Естің шатасуы дезориентациямен, естің, зейіннің, сөйлеудің бұзылуымен, галлюцинациямен, қозумен сипатталады.
- Себептері әр түрлі болуы мүмкін — алкоголь, алкогольды абстиненция, дәрілер ж/е наркотиктер, авитаминоз В₁, сепсис, ОЖЖ инфекциясы, бауыр-бүйрек жеткіліксіздігі, гипоксия, гипогликемия, электролитті бұзылыстар, жедел, өтпелі порфирия, ЖҚЖ, мигрендік аура. Естің шатасуы жиі эпилепсиялық талмадан кейін болады ж/е ОЖЖ-ң органикалық зақымдалулары кезінде де болады (субарахноидальды қан құйылу, субдуральды гематома, инсульт). Қарттарда естің шатасуы жеңіл ауруларда да кездесуі мүмкін.



Диагностикасы ж/е емі

- **А. Анамнез.** Жарақаттар, эпилепсиялық тырысулар, дәрілік препараттар, алкоголь, қант диабеті және т.б. себептерге назар аударады.
- **Б. Зерттеу.** Соматикалық (пневмония) және неврологиялық (шүйде бұлшықеттерінің ригидтілігі, паралич) аурулар естің шатасуының себептері болуы мүмкін.
- **В. Тыныс жолдарының өтімділігі, тыныс алу ж/е қан айналымды** 1-ші кезекте қамтамасыз етіп алу қажет. Сонымен қоса параллельды веналық катетер орнатады, қан (артериялық қанның газдық құрамы, глюкоза, электролиттер, азотты мочеви́на, кальций, магний, аммиак, ТТГ, егу ж/е токсикологиялық зерттеу) және зәр (жалпы анализ токсикологиялық зерттеу) сынамалары алынады.
- **Г. Жалпы шаралар.** тиамин (100 мг к/т), глюкоза (50 мл 50% еріт.к/т). Транквилизаторларды бермейді, кейде ғана брузепам (1 мг ішке) және хлордиазепоксид (25 мг ішке). Науқас таза , жарық бөлмеде , мұқият бақылауда болу қажет.

Алкогольды абстинентті синдром

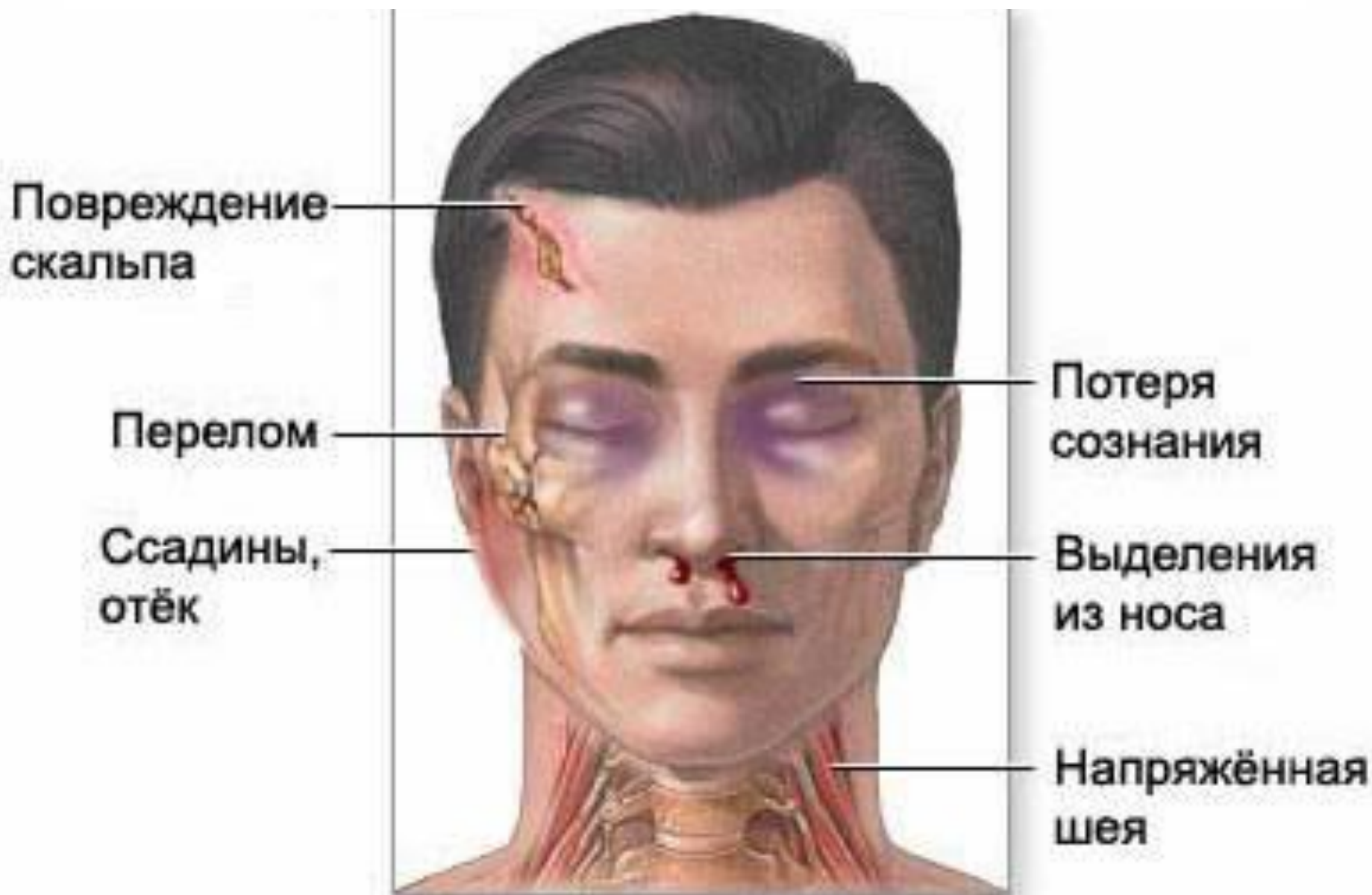
- алкогольды қабылдауды тоқтатқанда, жиі ауруханаға жатқан кезінде дамиды
- **Жеңіл абстинентті синдром** кезінде тремор, қозғыштық, тәбетінің болмауы және жүрек айнумен көрініс береді. Симтомдар жиі алкогольды қабылдамағаннан бірнеше сағаттан кейін пайда болып, 2 куннен кейін кетеді.
- **Емі:** жақсы жарықтанған тыныш бөлме, транквилизаторлар және дәрумендер. Хлордиазепоксид (25-100 мг ішке әрбір 6 с) н/е диазепам (5-20 мг ішке әрбір 6), тиамин (100 мг б/е, кейін 100 мг/тәул ішке) және поливитамины, фолий қышқылы.

- **Абстинентті эпилепсиялық тырысулар** – жиі қысқа, кейде жайылған, 1 реттік н/е қайталамалы, алкоголь қабылдамағалы 12-48 сағ кейін дамиды. Тырысуға қарсы препараттар көрсетілмеген. Ауыр кезінде тырысулардың басқа себептерін (ми жарақатын, миішілік гематома, менингит, метаболиттік бұзылыстар) жоққа шығару керек, олардың барлығы абстиненция кезінде кездеседі.
- **Алкогольді делирий** (шатасу) абстинентті синдромның 5-10% жағдайында дамиды. Клиникалық көрінісі - тремор, галлюцинациялар, қозғыштық, сананың шатасуы, дезориентация және вегетативті бұзылыстар (қызба, тахикардия, тершендік). Делирий алкогольді қолдануды тоқтатқасын 3—4 тәул кейін дамиды және 3-5 тәул созылады. Летальділік 15%-ға жетеді. Сананың басқа да шатасу себептерін жоққа шығару керек.
- **Емдік шаралар:** Сусызданумен және электролитті бұзылыстармен күресу (инфузиялық терапия), құрысуға қарсы ем

Бас-ми жарақаты



Бас-ми жарақатының белгілері



Бас-ми жарақаты

- Шұғыл шаралар.
- А. Тыныс алу жолдарының өткізгіштігі, тыныс алуы және қан айналым бірінші кезекте бағаланады. Ауыр бас-ми жарақатында, көбінесе бассүйек іші қысымының жоғарылауына әкелетін гиповентиляция дамиды, ал артериальді гипотония бас миы ишемиясының дамуына әкеледі. Бет сүйегінің сынуында назотрахеальді интубация қолданылмайды. Үнемі ЖЖЖ, АҚ, ЭКГ және пульсоксиметрияны тіркеп отыру қажет.
- Б. Омыртқаның мойын бөлігінің иммобилизациясы жағалық шинамен жасалады.





В. Анамнез. Барлық симптомдардың пайда болу уақытын анықтайды, әсіресе сананың жоғалуын, жалған жақсарудың болғандығын (үдемелі гематома белгісі) және амнезиялар болмағандығын (ауыр соққы белгісі).



Г. Қарау. Енген жарақаттарға және басқа да зақымдалуларға көңіл аудару қажет.

Д. Неврологиялық зерттеу. Алдымен жарақат ауырлығын Глазко шкаласы бойынша бағалау, ошақты симптоматиканы және белгілерін іздеу керек. Жағдайдың нашарлауын өткізіп алмау үшін зерттеулерді кезеңді өткізіп тұру қажет.



Емі

- **А. Жеңіл жарақат.** Науқас санасы анық, ошақты неврологиялық симптоматикалар жоқ, анамнезінде — қысқа уақытқа сананың шатасуы немесе жоғалуы, қозғыштық және амнезия. Алғашқы тәулікте неврологиялық зерттеуді сағат сайын жүргізеді. Кейде бақылауды үйдегі туыстарға жүктеуге болады; оларға қандай жағдайда ауруханаға жеткізу керектігін нақты түсіндіру қажет. (ауруханалық кезеңде бассуейктің және омыртқаның мойын бөлігінің рентгенографиясы жасалады).
- **Б. Орташа ауырлықтағы жарақат** әйтпесе ошақты неврологиялық симптоматика. Омыртқаның мойын бөлігінің рентгенографиясын және бастың КТсын жасайды. Алғашқы тәулікте неврологиялық зерттеуді сағат сайын қайталайды. Бассуейек ішілік гематомада, бассуейек және омыртқаның мойын бөлігінің сынуында нейрохирург консультациясы тағайындалады.

- **В. Ауыр жарақат.** Шұғыл нейрохирург консультациясы қажет. Кеңірдекті интубациялайды, ЖӨВ бастайды, веналық катетер орнатылады. Бір мезгілде операция алды лабораторлық зерттеулерді жүргізеді, басқа мүшелердің жарақаттарын анықтайды және емдейді. Омыртқаның мойын бөлігінің және бастың КТсы мен рентгенографиясын жасаудан бұрын аз мөлшерде гипервентиляция ($p_a\text{CO}_2$ около 35 мм рт. ст.) және сұйықтықты шектеу (гипоосмолярлы ерітінділерді енгізбеу қажет) қажет. Бас 30° көтерілген болуы және ортаңғы сызықта орнығу керек. Кортикостероидтар қолданылмайды.
- **Г. Енген бассүйек-милық жарақат,** тіпті ошақтық неврологиялық симптоматикалар болмаған кезде де, КТ жасауды және нейрохирург консультациясын қажет етеді. Жарақаттан бөгде денені алуға болмайды (мысалы, пышақ).
- **Д. Неврологиялық симптоматикалардың үдеуі** жарақат ауырлығына байланыссыз гематоманы жоққа шығару үшін шұғыл бастың КТ талап етеді.

Бассүйекішілік гематомалар.

- **1. Эпидуральді гематома**, менингеальді артерияның зақымдалуымен бассүйек сынуында пайда болады. Жалған жақсару уақыты, соңынан жағдайының нашарлауы және самай-тенноториальді вклиненияның классикалық көрінісі дамуы (ұйқышылдық, сосын кома, зақымдалған жақтағы қарашықтың кеңеюі және қарама қарсы жақтың гемипарезі) тән. Өмірді сақтап қалу үшін шұғыл гематоманы жою қажет.
- **2. Жедел субдуральді гематома** клиникалық көрінісі бойынша эпидуральдіге ұқсас. Летальділік 20—50% құрайды. Шұғыл хирургиялық емді қажет етеді.

- **3. Созылмалы субдуральді гематома** негізінен қарт жастағы және әлсіз адамдарда алкоголизмде және антикоагулянттарды қолданғасын аздаған жарақатта кездеседі. Клиникалық көрінісі — бас ауру, сананың шатасуы, ұйқышылдық. Хирургиялық ем ауыр неврологиялық симптоматикада және үлкен көлемді гематомаларда көрсеткіш болып табылады.
- **4. Миішілік гематомалар** жарақат кезінде немесе біраз уақыт өткесін пайда болуы мүмкін. Операция қажеттілігі жағдайдың ауырлығына, гематоманың көлеміне және орналасқан орнына байланысты шешіледі.

Бассүйектің сынуы

- Эпидуральді гематоманың және инфекцияның түсуіне себепші болады. Бассүйек сынуына мұрыннан немесе құлақтан жұлын сұйықтығының ағуы, барабанды қуыста қанның жиналуы, көзілдірік симптомы, емізік тәрізді өсінді аймағындағы гематома дәлел болады. Диагноз КТмен негізделеді. Нейрохирург консультациясы қажет.

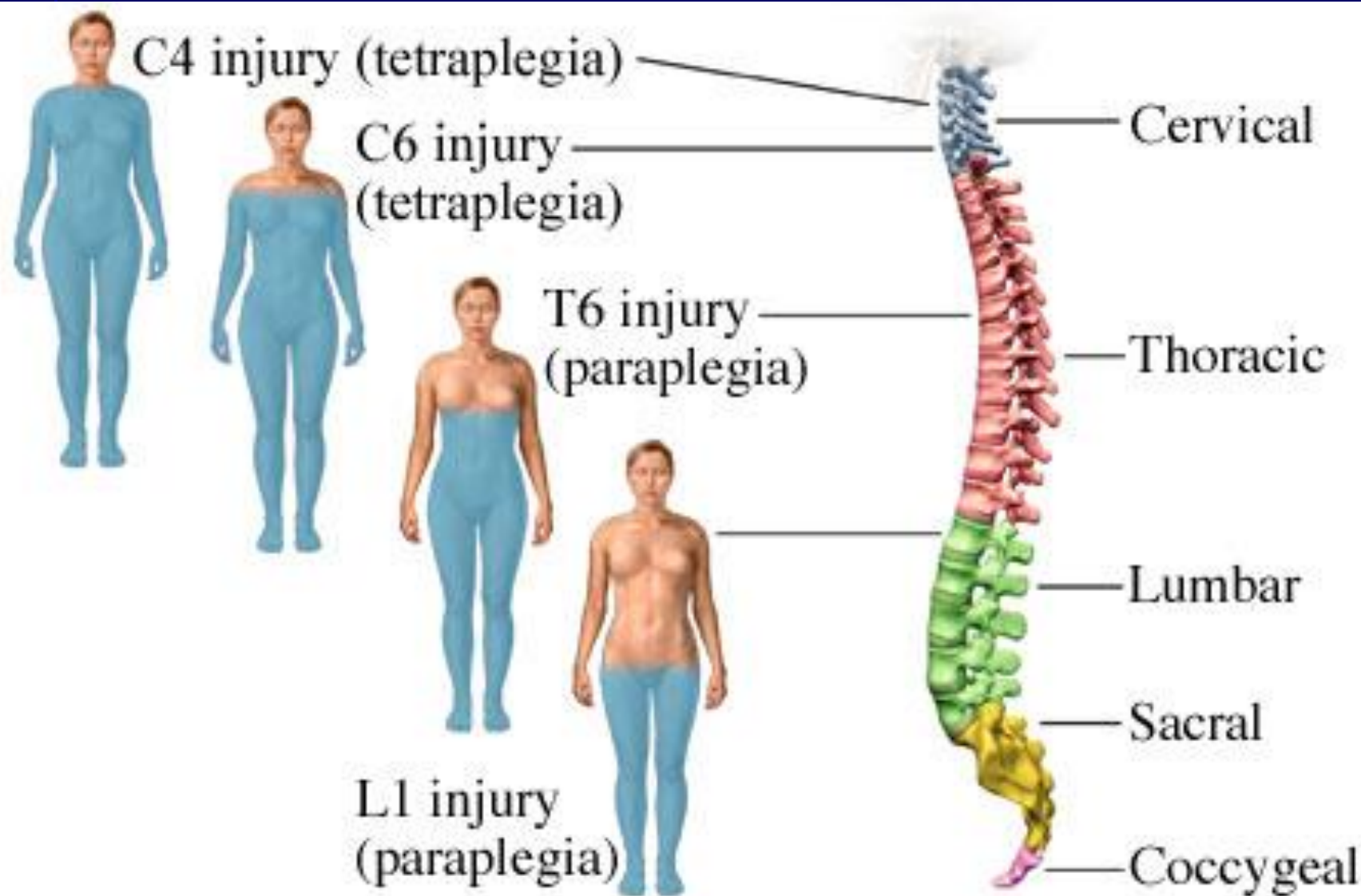
Жұлынның жедел зақымдануы

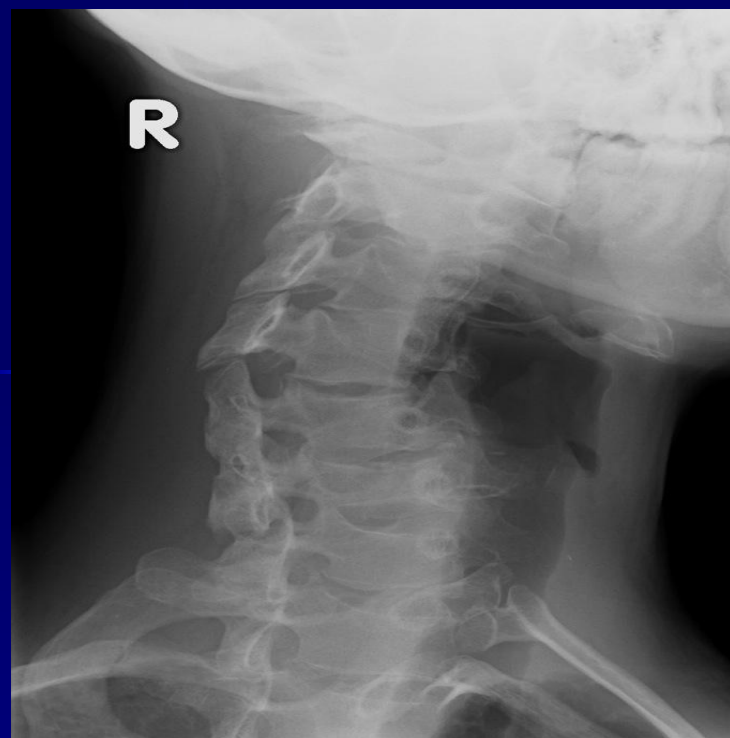
- Жұлынның жалпы зақымдану белгілері — деңгейіне байланысты, төменгі бөлім болса қызметі бұзылған, ал жоғары бөлімде қызмет сақталады.
- **Жұлынның басылуы** аяқтардағы үдемелі әлсіздікпен, сезімталдылықтың төмендеуімен, зәрдің жүрмей қалуымен, ауыспалы парадоксальді ишуриямен, және кейде арқаның ауырсынуымен көрінеді. Басылудың себебі біріншілік және метастатикалық ісіктер, омыртқа аралық дисктің жарықтары, эпидуральді абсцесс, гематомалар және тамырлық мальформация болуы мүмкін. Ұқсас көріністі көлденең миелит және көлденең миелопатия береді. **Көлденең миелиттің** себептері — энтеровирустар, вирус varicella-zoster, туберкулез және басқада гранулематоздар, сифилис, ЖҚЖ. **Көлденең миелопатия** жұлын инфарктінде және жайылған склерозда дамиды.

Жұлынның зақымдалуын бағалау

- **А. Қарау**, барысында зақымдалу деңгейін анықтауға мүмкіндік береді (олардың бірнеше екендігін ескеру қажет). Тесіп ауырсыну, парестезия, ұю, парез, бұлшықет тонусының және түбір иннервациясы аймағында рефлексдердің төмендеуі оның қабынуын немесе басылуын білдіреді. Жұлынның көлденең зақымдануына зақымдалған деңгейде аймақтық сегментарлы сезімталдылықтың бұзылысы, төменгі аймақта екі жақты өтпелі сезімталдылықтың төмендеуі және салдануы тән. Жедел зақымдалуда салдану әлсіз (бұлшықет тонусының және рефлексдердің әлсіруі); аурудың біртіндеп дамуында — спастикалық (бұлшықет тонусының жоғарылауы, рефлексдердің күшеюі, Бабинский рефлексі). Жұлынның басылуы жиі зәрдің тоқтауымен жүреді. Жұлынның жартылай көлденең зақымдалуында Броун-Секар синдромы дамиды: парез және зақымдалған жақтың проприоцептивті және вибрационды сезімталдығының төмендеуі, қарама қарсы жақтағы ауырсыну және температура сезімталдығының төмендеуі. Төменгі бел және сегізкөз түбірлерінің басылуында аяқтарда және аралықта сезімталдықтың төмендеуін, әлсіз аяқ салдануын, зәр мен нәжісті ұстай алмауды тудырады.

Жұлынның зақымдалу деңгейлері



R

Б. Омыртқа рентгенографиясы.

Омыртқа рентгенографиясы метастаздарды, остеомиелитті, омыртқа аралық дисктің зақымдалуын, омыртқалардың сынуын және шығуын анықтауға мүмкіндік береді. Зақымдалудың көлемін және орналасуын анықтау үшін МРТ немесе КТмен қосарланған миелография жасалады, омыртқаның барлық бөлімдерін зерттейді. Жұлынның басылуында миелография шұғыл декомпрессионды ламинэктомия қажет ететін жедел жағдайының нашарлауын тудыруы мүмкін, сондықтан нейрохирург консультациясын зерттеуге дейін жүргізу қажет.

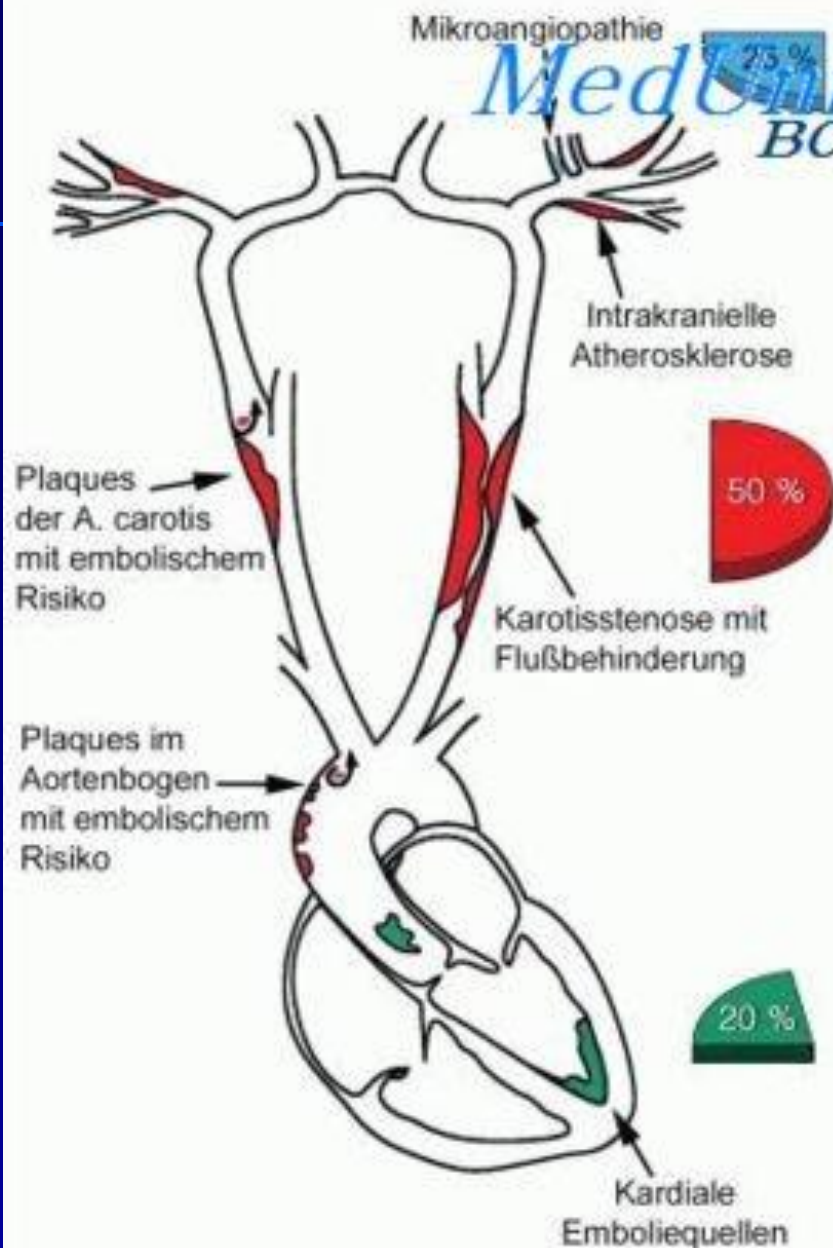
В. Емі. Тыныс алуды және қан айналымды сүйемелдейді. Бір мезгілде операция алды зерттеулер жүргізіледі.

- **1. Инфекцияларды** антибиотиктермен және вирусқа қарсы препараттармен емдейді.
- **2. Дексаметазон** (10 мг в/і, сосын 4 мг в/і әр 6 сағ сайын) жиі жұлын басылуында және кейде көлденең миелитті және жұлын инфарктінде тағайындайды.
- **3. Нейрохирург консультациясы** барынша ерте жасалуы қажет.
- **4. Шұғыл сәулелік терапия** кортикостероидтармен қосарласқанда жұлынның қатерлі ісіктермен басылуында тағайындалады. Ісіктің диагнозы морфологиялық дәлелденуі керек.
- **5. Күтім** жедел кезеңінде де және сонында да маңызды рөл ойнайды. Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін бақылайды, тыныс жолдарының өткізгіштігін бақылау, өкпелік ж/е зәр жолдарының инфекциясын анықтайды, контрактуралардың және ойылуларды алдын-алу. Қуық пен ішектердің босатылуын қамтамасыз ету қажет. Өйткені, зәрдің тұрып қалып қалуы вегетативті өзгерістерге алып келеді-бас ауырсынуы, тахикардия, тершендік, АГ. Ондай кезде қуықты шұғыл катетеризациялау қажет.

- **Жұлынның жарақаты** қарау ж/е анамнез кезінде жеңіл диагностикаланады, бірақ та егер науқас ессіз және мас күйінде болса жарақатты өткізіп алуға болады. Өтпелі жарақаттар, сынулар, гематома, омыртқалардың ығысуы кезінде хирургиялық ем көрсетілген. Ми шайқалуы бірнеше сағат немесе күннен кейін қалпына келеді.
- **А. Шұғыл көмек.** Рентгенологиялық зерттеулер жүргізер алдында омыртқаның, әсіресе мойын бөлімінің толық иммобилизациясын қамтамасыз ету қажет. Нейрохирургпен консультация жүргізеді. ЖСЖ, АҚҚ, гипоксия көріністерін анықтайды. Вегетативті жүйенің тұрақсыздығынан АҚҚ, ЖСЖ тез өзгеруі мүмкін. Айқын вегетативті артериальды гипотония кезінде дофамин (5—15 мкг/кг/мин) немесе добутамин (3—20 мкг/кг/мин) енгізеді.. Альфа-адреностимуляторларды қолданбаған жөн, өйткені олар вазоконстрикцины шақырады, ал ол өз алдында жұлынның ишемиясына әкеледі. Инфузионды терапия өкпе ісінуіне әкелуі мүмкін. ЖӨВ омыртқаның мойын бөлімінің жарақаты кезінде қолданады. Маскалық вентиляция, назотрахеальды интубация немесе трахеостомия жасайды.

- **Б. Қарау** кезінде локальды ауырсынуды, түбіршектік аурсынуларды, сезімталдықтың бұзылуын, бұлшықет тонусының төмендеуі, рефлексстердің төмендеуі, зәрдің жүрмей қалуы және басқа ағзалардың бұзылуларын шақыруы мүмкін. Зақымдалу аумағын анықтау үшін және дәлелдеу үшін КТ және МРТ қолданады..
- **В. метилпреднизолонды** енгізу алғашқы 8 сағжарақаттан кейін (30 мг/кг к/т ағызып, кейін инфузия 5,4 мг/кг/с жылдамдықпен 23сағ) (N Engl J Med 322:1405, 1990).

Бас ми қан айналымының бұзылысы



Lakunärer Infarkt/
Leukenzephalopathie



Territorialinfarkte

Острые нарушения мозгового кровообращения

Преходящие нарушения
мозгового кровообращения

Транзиторная
ишемическая атака

Острая
гипертоническая
энцефалопатия

Комбинированный
(смешанный)

Инсульты

Ишемический
инсульт

Геморрагический
инсульт

Внутри-
мозговые
кровоизлияния

Сочетанные
кровоизлияния

Субарахноидальные
кровоизлияния

Субдуральные и
эпидуральные
гематомы

■ Бас ми қан айналымының бұзылысы

- **Ишемиялық** инсульт ошақты неврологиялық симптоматиканың жедел дамуымен сипатталады. Инсульттің орнығуы неврологиялық тексеріс, КТ және МРТ кезінде анықталады. Инсульт кезіндегі ми зақымы қайтымсыз, бірақ жоғалған функциялар қалпына келуі мүмкін. Бұл қалпына келу ми ишемиясы (транзиторлы ишемиялық шабуыл) кезінде 24 сағат ішінде, ал кіші инсульт кезінде 1 аптада болады. Ишемиялық инсульттің соңын жақсарту мүмкіндігіне ие препарат – рекомбинантты алтеплаза. Алайда, Алтеплаза да қауіпті болып саналады, оны Америкалық неврология академиясының және Америкалық кардиологиялық ассоциациясының (Neurology 47:835, 1996) нұсқаулықтарына сәйкес қатаң түрде қолданылады.

- **А. Анамнез.** Симптомдардың пайда болу уақытын нақтылайды, өршіту факторларын анықтайды (бас сүйек-ми жарақаты, эпилептикалық талмалар). Болатын ми ишемиясы (қысқа мерзімді афазия, дизартрия, бір көзде көрудің нашарлауы, парездер немесе сезімталдықтың бұзылыстары) — ишемиялық инсульттің жиі себебіне жататын атеросклероз белгісі. Жарақат, аз болса да ұйқы және омыртқа артериясының қатпарлануына алып келуі мүмкін. Инсульттің басқа себептері — жыбыр аритмиясы, жүрек ақаулары, колагеноздар, орақ тәрізді жасушалы анемия. Артериялық гипертонияны, қантты диабетті, темекі шегуді, жақында болған босануларды, наркоманияны және дәрілік заттар қатарын, мысалы ішілетін контрацептивтерді инсультке болжайды. Классикалық бас сақинасы — ишемиялық инсульттің қауіп факторы және кейде сонымен шатастыратын ауру. Болатын паралич парциальді эпилептикалық талмалардан кейін болады (Тоддтың постиктальді паралич).

Частота пульса в положении
приседа 70 уд./мин.



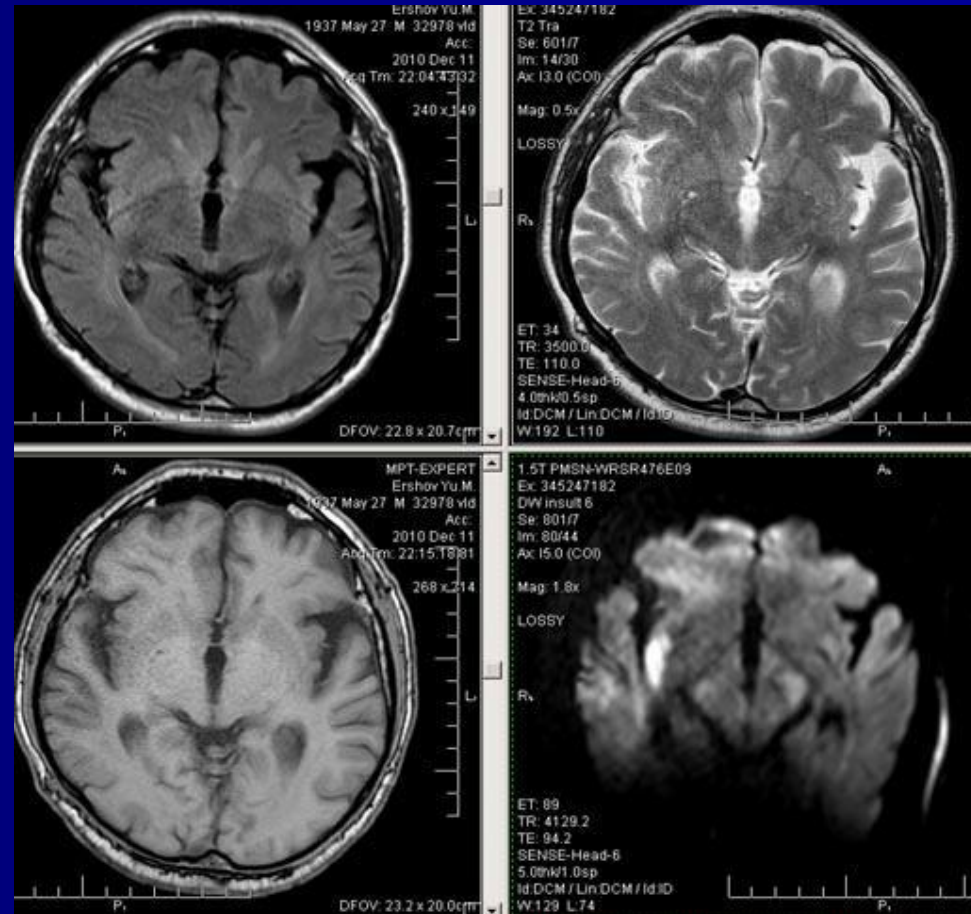
Частота пульса
после встав-
ния из поло-
жения приседа
90 уд./мин.



**Рис. 1. Способ диагностики начальных проявления нарушения
мозгового кровообращения**

- **Б. Физикалды зерттеу** инсульттің себебін анықтауға көмектеседі. Оның 20% жағдайы кардиогенді эмболия. Қолқа және митралды стеноздың, көз түбі артериясының эмболиясын, конъюнктивиттің, алақан мен саусақтар терісінің, бүйректің белгілерін іздестіреді. Қызба инфекциялық эндокардитті көрсетуі мүмкін, бұл жағдайда инсульт септикалық эмболиядан болған. Тексеру кезінде инсульттен асқындалатын нейрофиброматоз және туберозды склероз сияқты аурулар анықталуы мүмкін. Қарау кезінде инсульттің басқа да себептері анықталды, олар васкулиттер және ЖҚЖ.
- **В. Неврологиялық зерттеу** инсульттің орнын анықтауға мүмкіндік береді. Инсульттер үшін ішкі ұйқы артериясына және оның тармақтарына афазия, контралатеральді гемипарез и гемианестезия тән. Инсульт базилярлы және омыртқа артериясында ми бағанының зақымдалу және бас сүйек жүйкесінің паралич симптомдарының қосарлануымен бір немесе екі жақты қозғалмалы және сезімтал бұзылыстарды тудырады. Горнер синдромы қарама-қарсы жақта гемиопарезбен — ұйқы безінің қабаттану белгісі.

- **Г. Диагностикалау және емдеу принциптері**
- **1. Демеуші терапия.** Үнемі пульс-оксиметрияны салу, ЖЖЖ, АҚ мониторингісі және ЭКГ (жыбыр аритмиясы жоқ па, соған назар аударыңыз). Оттек береді, көктамырлы катетер орнатады, қанда глюкоза деңгейін анықтайды. Басқа зертханалық зерттеулер: лейкоцитарлы формуланы және тромбоциттер санын, ПВ, АЧТВ, электролиттер мен креатининді қосқанда жалпы қан анализі. Кеду клеткасының рентгенографиясын жүргізеді.
- **2. КТ науқастың жағдайы болғанда жүргізеді, мүмкін болса қабылдау бөліміндегі тексеруден кейін жүргізілген дұрыс.** Бұл зерттеу бастапқы кезеңдегі және ми бағанында орналасқан ұсақ инсульттерді есептемегенде, барлық геморрагиялық және ишемиялық инсульттерді анықтайды. Сонымен қатар, КТ бас миында көлемді құрылымдарды анықтауға және люмбальді пункцияға қарсы көрсеткіштерді бағалауға мүмкіндік береді.



- **3. Альтеплаза.** Егер геморрагиялық инсульт, менингит және энцефалит жоққа шығарылса, онда рекомбинатты альтеплазаны енгізеді. Бұл ем ишемиялық ошаққа қатерлі қан құйылуымен асқынуы мүмкін, сондықтан препаратты қолдану бойынша нұсқауды қатаң түрде сақтау керек. Альтеплазаға қарсы көрсеткіштерінің ішінде – жақында 3 сағаттан асқан инсульт, жақындағы операция, бас сүйек-ми жарақаты, асқазан-ішектен қан кету, гематурия, инсульт басындағы құрысулар, қан ұюының бұзылысы, ПВ және АЧТВ ұзаруы, ауыр артериялық гипертония (систоликалық АҚ > 185 мм сб., диастолалық АҚ > 120 мм. сб.). Препараттың мөлшері 0,9 мг/кг (бірақ 90 мг аспауы керек); 10% мөлшерін (9 мг аспайтын) т/і 1 минут ішінде енгізеді, ал қалғанын – бір сағат ішінде инфузионды насоспен енгізеді. Инсульт басталған бір тәулікте аспирин, гепарин және варфарин тағайындамайды. Альтеплаза енгізгеннен кейін артериялық гипертония ишемиялық ошаққа қан құйылуына алып келуі мүмкін.

■ Д. Қосымша зерттеулер

■ 1. МРТ КТ-ға қарағанда бас миының зақымдалу сипатын нақтылай алады. Оны ірі ми тамырларын зерттеу үшін қолдану болады

■ 2. Доплерлік зерттеу — ұйқы артериясының тарылуын диагностикалаудың инвазивті емес әдісі. Ми ангиографиясы ми тамырларында аневризманы, васкулиттерді, каротидті эндартерэктомия алдын анықтауға арналған.

■ 3. ЭхоКГ жүрек ішілік тромбтарды және қақпақшалардың өзгерістерін (вегетация, тарылу немесе жеткілісіздік) анықтауға мүмкіндік береді; өңеш арқылы ЭхоКГ сол жақ жүрекше тромбын жақсы анықтайды. Жүрекше аралық қалқа ақауы мен ашық сопақша ойықты (парадоксальді эмболияның себептері) жүректің оң жақ бөліктеріне контраст жасаумен ЭхоКГ кезінде анықтайды.



- **4. Люмбальді пункция** цитологиялық, микробиологиялық және серологиялық зерттеулерді жүргізуге және қатерлі ісіктер мен инфекцияларды диагностикалауға мүмкіндік жасайды.
- **5. Зертханалық зерттеулер.** Болжайтын диагнозға байланысты ЭТЖ, кардиолипінге антиденелерді, антинуклеарлы антиденелерді, липидті саланы анықтайды, гемоглобин электрофорезін және басқа да зерттеулерді жүргізеді.

- **Е. Атеросклероз кезінде ишемиялық инсультті емдеу**
- **1. Аспирин** (1300 мг/тәу). Аспирин нәтижесіз болғанда немесе оны көтере алмаған жағдайда оны тәулігіне 2 рет 250 мг-нан тиклопидинмен ауыстыруға болады (N Engl J Med 321:501, 1989).
- **2. Антикоагулянттар** инсультті және оның қайталануын болдыртпауға қабілетті, бірақ бір мезгілде геморрагиялық асқыныстар қаупін жоғарылатады. Антикоагулянттарды тағайындау сұрақтары әрбір жағдайдың ерекшеліктеріне қарай шешіледі.

- **Ж. Кардиогенді эмболияның алдын-алу.** Антикоагулянттар көрсетілген; алдымен гепариннен бастайды, содан кейін варфаринге көшеді. Артериялық гипертония — антикоагулянттарды қолдану үшін қарсы көрсеткіш болып табылады (геморрагиялық инсульт болуы мүмкін).
- **3. Қауіп факторларын жою.** АҚ қалпына келтіру, қантты диабет компенсациясы, темекі шегу мен есірткіден бас тарту, дене салмағын азайту инсульттің қаупін төмендетеді. Әйелдерге ішілетін контрацептивтердің қолдануын тоқтатқан пайдалы.

- **Геморрагиялық инсульт**
- **А. Ми ішіне қан құйылу.** Ошақтың өлшемі мен орналасуына байланысты болатын ошақты неврологиялық симптоматиканың дамуы тән. Көлемді қан құйылу кезінде БІҚ көтерілуінің белгілері пайда болады – бас ауруы, құсу және естің бұзылысы. Мидың сыналануы және өлім болуы мүмкін. Ишемиялық инсультпен ажыратпалы диагностика үшін КТ жүргізеді.
- **1. Этиологиясы.** Ең жиі себебі – артериялық гипертония; қан құйылу ми қабығында және таламуста жиі болады (70% жағдайда), ал кейде – көпірде (10%), мишықта (10%), жартышардың ақ затында (10%). Басқа да себептері –бас сүйек-ми жарақаты, антикоагулянттар, қапшық тәрізді аневризмалар, артериовеналық мальформацияда, ісіктер, қан үю бұзылысы, амилоидты ангиопатия және васкулиттер.

- **2. Емдеу.** Өмір сүру үшін маңызды функцияларды қолдау негізгі рөлді атқарады.
- **а. АҚ төмендетуді жай және ақырын жүргізеді.** Артериялық гипертония кезінде тамыр тонусының реттелуі бұзылған, ал АҚ кенеттен түсуі ми ишемиясына алып келуі мүмкін. Бірнеше күн бойы неврологиялық симптоматиканы бақылай отырып АҚ түсіреді: оның көтерілуі ишемияны куәландыра алады.
- **б. Нейрохирургтің кеңесі.** Мишыққа қан құйылған кезде шұғыл операция көрсетілген, өйткені ол ми бағанының қысылуына және өлімге алып келуі мүмкін. Қан басқа орынға құйылған кезде операция ми сыналану жағдайында ғана көрсетілген.

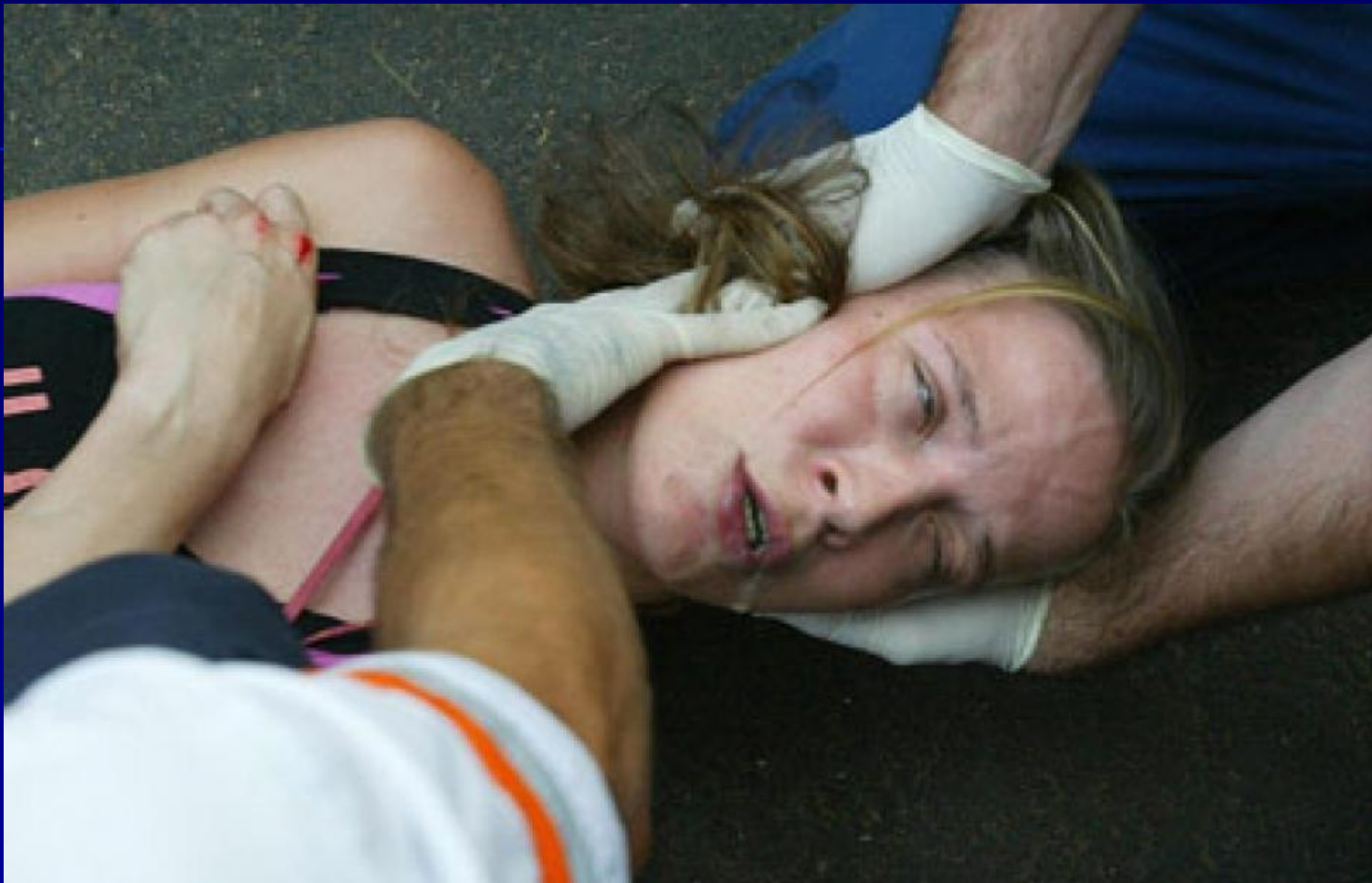


- **Б. Субарахноидалды қан құйылу** кенеттен бастың ауырғанынан басталады, оған естің бұзылысы, қызба және арқадағы ауырсыну қосылады. Қараған кезде ошақты неврологиялық симптоматика, желке бұлшықеттерінің сіресуі және торқабыққа қан құйылу анықталады. Ишемиялық инсульттің, гидроцефалияның, эпилептикалық талмалардың, гипонатриемияның қайтаналуы мен асқынуы болуы мүмкін.
- **1. Этиологиясы.** Ең жиі себебі — медия кемістігі және ірі артерия қабырғасының ішкі иілгіш жарғақшасы кезінде пайда болатын мүшек тәрізді аневризманың жарылуы. Басқа да аневризмалар жарылуы мүмкін — веретенотәрізді және септикалық (инфекциялық эндокардит кезінде). Басқа себептері: артериялық гипертония, артериотамырлы мальформация, қан аурулары, бас сүйек-ми жарақаты, ісіктер, кокаин мен амфетаминдерді қолдану.

- **2. Тексеру.** КТ 90% жағдайда субарахноидальді кеңістікте қанды анықтайды. Егер КТ диагнозды нақтыламаса, онда люмбальді пункция жүргізеді. Егер ЖМС –да қан анықталса, онла ол пункция кезінде сонда түскеніне сенімді болу керек. СМЖ-ны аз порцияда пробиркаларға жинайды: егер қан пробиркадан екінші пробиркаға азая берсе, онда қан кету көзі – тесу орны болып табылады. Жиналған ЖМС -ны центрифугалайды: субарахноидальді қан құйылу кезінде тұнбаған сұйықтық сары болады, ал тесу орнынан қан кету кезінде – сары болады. Аневризмалар және басқа тамыр ауытқуларын КТ контрастылаумен және МРТ кезінде анықтауға болады, бірақ диагнозды нақтылау үшін ангиография қажет - әсіресе, операция жоспарланған жағдайда.

- **3. Емдеуі.** Қапшық тәрізді аневризмалар кезінде хирургиялық ем көрсетілген. Егер операция мүмкін болмаса немесе кейінге шегерілсе, онда төсек режимін, тыныштандыратын дәрілік заттарды, анальгетиктер мен іш айдатқыны тағайындайды, бұл БІҚ жоғарылауын болдырмау үшін қажетті шаралар. Артериялық гипотонияны да болдырмаған жөн. Гипертензивті заттарды тек артериялық гипертония жоғарылағанда ғана қолдануға болады гипертонии (диастолалық АҚ > 130 мм. сб.); мұндай кезде нкврологиялық симптоматиканы бақылай отырып, АҚ жайлап және ақырын төмендетеді. Антагонист кальция нимодипин (3 апта ішінде әр 4 сағат сайын 60 мг ішке қабылдау) субарахноидальді қан құйылудың соңын жақсартады және ишемиялық инсульттің қаупін төмендетеді. Ми тамырларының спазмы кезінде инфузионды терапияны, АҚ көтеретін заттарды және баллонды ангиопластиканы қолданады.

Тырыспалы эпилепсиялық статус



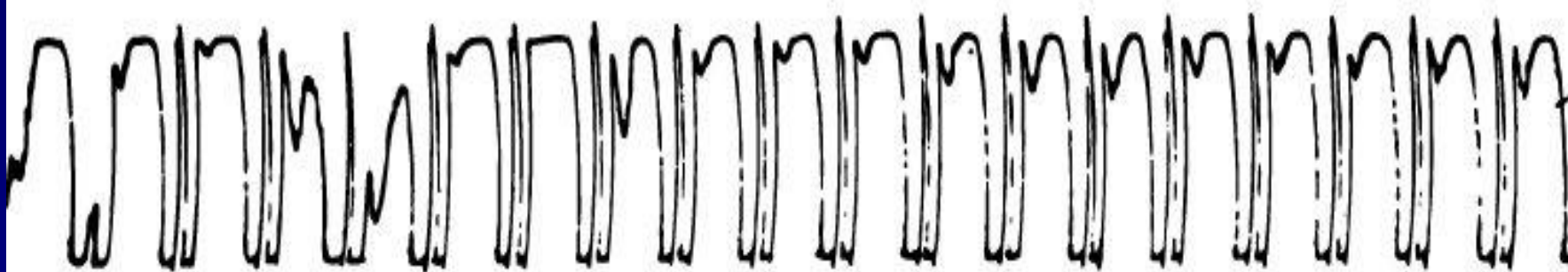
■ Тырыспалы эпилепсиялық статус

- **Анықтамасы.** Тырыспалы эпилептикалық статус ессіз жағдаймен және 30 минуттан көп болатын тырыспалармен сипатталады. Бұл жағдай өте қауіпті; тексеру біткенін күтпей-ақ, емдеуді бастайды. Анамнез жинау кезінде ауырған ауруларға, қабылдаған дәрілік заттарға және аллергияға назар аударған жөн.
- **А. Қолданатын шаралар.** Пульс-оксиметрия мен ЭКГ-ны қосқанда негізгі физиологиялық көрсеткіштердің үнемі бақылауын орнатады. Мұрынды немесе ауызды ауақұбырын орнатып, оттег береді. Егер жасанды өкпе вентиляциясы қажет болса, бірден қап немесе маска көмегінен бастаған жөн. Диаметрі үлкен екі веналық катетер орнатады: біреуі глюкоза үшін, ал екіншісі фенитоинді енгізу үшін физиологиялық ерітіндіге қажет. Тиамин, 100 мг т/і, одан кейін 50 мл 50% глюкозаны т/і енгізеді. Төсек бұрыштарын ақжаймамен жабылады. Жалпы және биохимиялық анализге қан алады (глюкоза деңгейін, калийді, натрийді, кальцийді, магнийді, АМК, креатининді және өажет болса тырыспаға қарсы препараттарды анықтайды), зәр анализін алады. Сонымен қатар, қан мен зәрдің токсикологиялық зерттеуі қажет болып қалуы мүмкін.

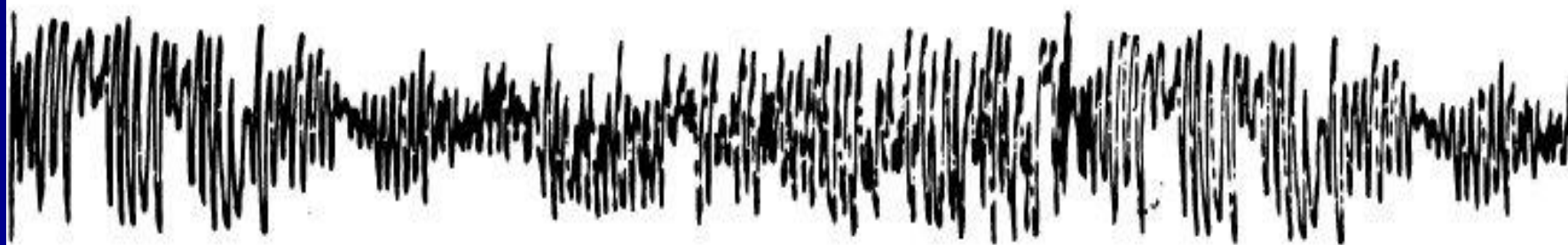
Электронцефалография



НОРМА



АБСАНС (МАЛЫЙ ПРИПАДОК)



БОЛЬШОЙ ПРИПАДОК

- Жалпы және биохимиялық анализге қан алады (глюкоза деңгейін, калийді, натрийді, кальцийді, магнийді, АМК, креатининді және өажет болса тырыспаға қарсы препараттарды анықтайды), зәр анализін алады. Сонымен қатар, қан мен зәрдің токсикологиялық зерттеуі қажет болып қалуы мүмкін.
- **Б. Емдеуі.** Эпилептикалық статус бойынша Америкалық жұмыс топтары ұсынған емдеу схемасы төменде көрсетілген (JAMA 270:854, 1993). Эпилептикалық статус кезінде барлық препараттар т/і енгізеді, науқас жағдайы дұрысталғанда қауіптілігі төмен препаратты ішке қабылдауға көшеді
- **1. Бензодиазепиндер** тырыспаның тез басылуына мүмкіндік береді және сондықтан басқа шаралар үшін уақыт ұтады. Лоразепамды (0,1 мг/кг т/і 2 мг/мин жылдамдықпен, максималды мөлшері — 4 мг) немесе диазепамды (0,2 мг/кг 5 мг/мин жылдамдықпен, максималды мөлшері — 10 мг) енгізеді. Бұл препараттардың нәтижесі ұзақ емес, сондықтан бір мезгілде фенитоин немесе әсері ұзақ басқа препараттарды енгізеді. Бензодиазепиндер тынысты тежейді: кеңірдек интубациясы және ЖӨВ қажет болуы мүмкін.

- **2. Фенитоин** (20 мг/кг, қажет болғанда —30 мг/кг дейін) — тырыспалы эпилептикалық статусты басу үшін жақсы дәрілік зат. Препаратты физиологиялық ерітіндісімен тамызғы арқылы шприцпен венаға жақын етіп енгізеді; ензігу жылдамдығы - 50 мг/мин аспау керек. АҚ мен ЭКГ үнемі тіркеу қажет: артериялық гипотония және АВ-блокада болуы мүмкін (енгізу жылдамдығы төмендеген кезде олар қайтады). АВ-блокадасы болған кезде фенитоинге қарсы көрсетілім. FDA —мен мақұлданған қарапайым және қауіпсіз жаңа препарат - **фосфенитоин**ді қолданған жөн. Ағзада оло фенитоиннің эквимольярлы санына айналады және фенитоинді бірліктерінде мөлшерленеді: 1 фенитоинді бірлік 1 мг **фенитоинге** сәйкес келеді (**фосфенитоиннің** негізгі мөлшері — 20 фенитоинді бірлік/кг). Фосфенитоинді фенитоинге қарағанда тезірек енгізуге болады (150 фенитоинді бірлікке/мин дейін), ол венаны аз тірікендіреді, сонымен қатар ол б/і енгізуге қолайлы.

- **3. Фенобарбитал**ды фенитоин нәтижесіз болған кезде қолданады. Препаратты 50 мг/мин жылдамдықтан аспайтын 5 мг/кг бойынша әр 20 мин сайын тырыспа қойғанға дейін енгізеді; әдетте оған 1 сағаттай уақыт кетеді; сонда препараттың сарысу деңгейі 20 мкг/мл құрайды. Бензодиазепиндермен шақырылған тыныстың тежелуін фенобарбитал одан сайын күшейтеді; көп жағдайда кеңірдек интубациясы мен ЖӨВ қажет. Фенитоинді қолдану кезіндегідей, бұған да АҚ пен ЭКГ-ны үнемі тіркеу қажет: фенобарбитал аритмия мен артериялық гипотонияны тудырады.
- **4. Бензодиазепиндердің ұзақ инфузиясы** кейде фенитоин мен фенобарбиталдың орнына қолданылады.
- **5. Барбитуратлы кома немесе миорелаксациямен жалпы анестезия** басқа шаралар нәтижесіз болғанда қолданылады; оны реанимация бөліміндегі дәрігерлер жүргізеді.
- **В. Тырыспаға қарсы препараттарды ішке қабылдауға ауысу.** Тырыспа қойғаннан кейін және ес жиналғаннан кейін науқас кәдімгі тырыспаға қарсы емге оралғанша қолдаушы терапия жүргізіледі. Оның схемасы мен ұзақтығын жеке анықтайды, негізінен т/і немесе ішке қабылдайтын фенитоин, 4—7 мг/кг/тәу. және фенобарбитал, 1—5 мг/кг/тәу. қолданады. Бензодиазепиндер қолданылмайды.

- **Қаралу** эпилептикалық статустың себептерін анықтауға бағытталған. Егер науқас ертеде эпилепсиямен ауырмаса, онда люмбальді пункция, КТ немесе бастың МРТ жүргізеді. ЭЭГ эпилепсияны диагностикалауда және ем таңдауда, сонымен қатар тырыспасыз эпилептикалық статуста белгілі бір рөлді атқарады, бірақ тырыспалы эпилептикалық статуста ЭЭГ қолданылмайды. Эпилептикалық статустың жиі себептеріне келесілер жатады.
- **А. Орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдалуы:** ісіктер (біріншілік және метастатикалық), инфекциялар (бактериалды менингит, герпетикалық энцефалит), ЖҚЖ, ишемиялық инсульт, гематома, бас сүйек-ми жарақаты.
- **Б. Метаболикалық бұзылыстар:** гипогликемия, электролитті бұзылыстар (гипонатриемия, гипокальциемия), уремия, гипоксия, дәрілік заттарды қабылдауды тоқтату (бензодиазепиндерді, барбитураттарды және тырыспаға қарсы басқа дәрілік заттар), теофиллиннің, кокаиннің мөлшерінің асып кетуі.
- **В. Тырыспаға қарсы препараттардың мөлшерін төмендету** — эпилепсиямен ауыратын науқастарда эпилептикалық статустың жиі себебі. Препараттарды қабылдауға жедел инфекциялық аурулар, дәріханада препараттың болмауы, ұмытшақтық кедергі бола алады. Тырыспаға қарсы дәрілік заттардың әсерін әлсірететін бір мезгілде препараттарды қабылдау - мөлшерді төмендетуге алып келеді.

Бас ауыру



Бастың ауырсынуы

- Бастың ауырсынуы — жиі шағымдардың бірі. Егер бас қатты ауырса немесе неврологиялық симптоматикамен бірге жүрсе, онда шұғыл тексерілу қажет.
- **Этиологиясы.** Бастың ауырсынуын біріншілік және екіншілік (симптоматикалық) деп бөледі. Біріншілікке бас сақинасы, психогенді және хортоновті бас ауырсынуы жатады. Егер ОЖЖ органикалық зақымдалуы анықталмаса, физикалық жүктемеден кейінгі, жарақаттан кейінгі, жөтелдік және суықтанған бастың ауырсынуы — біріншілік болып саналады. Біріншілік бастың ауырсыну себептері анықталмаған.

- **Диагностикасы**
- **А. Біріншілік бастың ауырсынуы**
- **1. Бас сақинасы.** Жүрек айнумен, құсумен, ашық жарық пен қатты дыбыстарды көтермейтін бір жақты солқылдаған бастың ауырсыну ұстамалары тән. Ұстаманың ұзақтығы — 4 сағаттан 72 сағатқа дейін; одан ұзақ ұстаманы бас сақинасының статусы деп атайды. Классикалық бас сақинасы кезінде ұстама алды немесе сонымен бірге аура пайда болады — қысқа мерзімді көру бұзылысы, қимылдық, сезімдік және психикалық қызметтердің бұзылысы. Ұстаманың пайда болуына психикалық және физикалық жүктеме, аштық, ұйқының азаюы немесе көбеюі, ашық жарық, алкоголь, етеккір, ішілетін контрацептивтер, жүктілік, кейбір тағамдар (ірімшік, шоколад) және тағамдық қоспалар (натрий глутаматы, нитраттар), нитроглицерин ықпал етеді. Бас сақинасымен 18% әйелдер және 6% еркектер ауырады; бұл ауру 30 жастан басталады.

- **2. Психогенді бастың ауырсынуы** негізінен ұзақ, екі жақты, қыспалы, тамыр соққысыз, мойын бұлшықетінің күш түсуімен бірге жүреді, күннің екінші жартысынан кейін, уайым мен үрейден кейін пайда болады. Клиникалық сурет бойынша психогенді бастың ауырсынуы бас сақинасын еске түсіруі мүмкін, кейде осы ауырсынулар қосарланады.
- **3. Хортоновті бас ауырсынуы** — өте күшті, бір жақты, көз, көз аймағында немесе самай аймағында орналасады, 30 минуттан басталып 2 сағатқа дейін созылатын вегетативті бұзылыстармен жүреді (жас ағу, птоз, миоз, мұрын бітелуі, конъюнктивит, инъекциясы). Ұстама алкогольмен және нитроглицеринмен шақырылуы мүмкін. Ұстама кезінде жарықты сөндіріп, ұйықтауға тырысатын бас сақинасымен ауыратын науқасқа қарағанда бұл аурудың науқасы ауырсынудан бөлме ішінде айналшықтайды. Еркектер әйелдерге қарағанда 6 есе ауырады. Ұстама жиіліктері тән — олар сол бір сағатта пайда болап, бірнеше күнге немесе апта бойы созылады және бірнеше айларға немесе жылдарға дейін қояды.

- **Б. Екіншілік бастың ауырсынуы.** Екіншілік бастың ауырсыну сипаты негізгі ауруға байланысты. Субарахноидальді қан құйылуға кенеттен пайда болған бастың ауырсынуы тән, бас ми ісігі кезінде ауырсыну аса қарқынды емес, үнемі, біртіндеп ұлғаяды, кейде дене күйімен байланысты. Диагностикада аурудың басталу жасы көмектесе алады; мысалы, гигантты жасушалы артериит негізінен 50 жастан кейін, ал бас сақинасы 30 жасқа дейін дамиды. Екіншілік бас ауырсынуының сипатты белгісі – ұстама арасындағы ошақты неврологиялық симптоматиканы сақтау (егер ол ұстамамен басталып, сонымен бір мезгілде немесе одан ерте қойса, онда ол бас сақинасы болуы мүмкін). Бастың ауырсынуы бастағы бас сүйектің ішкі және одан тыс зақымданулардан, жүйелі аурулардан және метаболикалық бұзылыстардан, сонымен қатар депрессиялардан пайда болуы мүмкін.

- **1. Бас сүйек ішіндегі зақымданулар:** қан құйылу (ми ішіне, субарахноидальді, субдуральді), артериовенозды мальформациялар, ми абсцессі, менингит, энцефалит, васкулиттер, обструктивті гидроцефалия, ишемиялық инсульт. Бастың ауырсынуы люмбальді пункциядан кейін жиі байқалады.
- **2. Бас сүйектен тыс зақымданулар:** синусит, самай – төменгі жақ сүйек буындарының синдромы, гигантты жасушалы артериит, глаукома, көру жүйкесінің қабынуы, тісжегі, омыртқа бағанасының мойын бөлігінің зақымдануы.
- **3. Жүйелік аурулар және метаболикалық бұзылыстар:** қызба, вирусты инфекциялар, гипоксия, гиперкапния, артериялық гипертензия, аллергия, анемия, кофеинді абстиненция, нитриттар, көміртек тотығуы.
- **4. Депрессия** — ұзақ, емдеуге келмейтін бас ауырсынуудың жиі себебі. Атипті депрессия кезінде бірінші жоспарда нәжістің, ұйқының және тәбеттің бұзылыстары алға шығатынын есепке алған жөн.

Емі

- **Наркотикалық емес анальгетиктер** бас сақинасы және психогенді бастың ауырсынуы кезінде қолданады.
Аспирин, парацетамол, кеторолакт, т.б.
- **Эрготамин** — бас сақинасы және хортоновті бастың ауырсынуы кезінде қолданылатын тамыр тарылтатын препарат.
- **Наркотикалық анальгетиктерді** кейде бастың қатты ауырсынуы кезінде тағайындауға мәжбүр болады.
- **Кофеин** — бас сақинасын емдеу үшін маңызды көмекші зат, ол таблетка түрінде шығарылады (шай мен кофе де жарамды) және қосарланған препараттар құрамына кіреді.
- **Жалпы шаралар.** Науқас тыныш қараңғы бөлмеде жатуы керек. Егер ұйықтай алса, бас сақинасының ұстамасы басылады.

Назарларыңызға
рахмет!