

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

Анарбаева А.А.

**Амбулаторлық деңгейде неврологиялық
науқастарды диспансерлеу**

Оқу құралы

Түркістан 2018ж

УДК 616.8

ББК 56.12

А51 Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ Сенатында (№4, 28.02.2018ж)
талқыланды және баспаға рұқсат берілді.

Рецензенттер:

Г.Н.Бимурзаев–Түркістан медицина колледжінің директоры, м.ғ.к.,
доцент.

Г.Б.Абасова – Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік
университеті, «Неврология, психиатрия, наркология» кафедрасының
меңгерушісі, м.ғ.к., доцент.

Анарбаева А.А.

**А51 Неврология пәнінен амбулаторлық деңгейде неврологиялық
науқастарды диспансерлеу жайлы оқу құралы /А.А.Анарбаева –
Түркістан, 2018.**

Амбулаторлық деңгейде неврологиялық науқастарды диспансерлеу. –
2018. – 119 б.

ISBN 978-601-243-899-4

Оқу құралы неврологиядағы амбулаторлық ауруларды
диспансерлеуге арналған. Оқу құралы «Жалпы медицина» мамандығының
5 курс студенттеріне жүйке жүйесімен сырқаттанған науқастарды
амбулаторлық деңгейде диспансерлеуге арналған қосымша әдебиет ретінде
ұсынылады.

Оқу құралы пәннің типтік бағдарламасындағы негізгі
тақырыптарына сәйкес дайындалған. Студент оқу құралындағы
тақырыптардың мазмұнымен толық танысып, амбулаторлық деңгейдегі
неврологиялық науқастарды диспансерлеуге тәжірибе жүзінде көмегін
береді. Амбулаторлық науқастарды диспансерлеу үшін кезеңімен маршрут
көрсетілген.

УДК 616.8

ББК 56.12

ISBN 978-601-243-899-4

© Анарбаева А.А., 2018

Кіріспе

Қазіргі таңда Қазақстанда отбасылық дәрігерлер мен жалпы тәжірибелік дәрігерлердің саны артуда. Бұл мамандардың клиникалық медицинаның барлық саласында алатын орны ерекше.

Бұл оқу құралында амбулаторлық жағдайда неврологиялық ауруларға ажыратпалы диагноз жүргізу және оларды диспансерлеуге қажетті анализдер, аспаптық зерттеулер тізімі көрсетілген.

Неврологиялық ауруларды диспансерлеуге дейінгі этапта әрбір ауруға жалпы анықтама, патогенездік механизмі, клиникалық көрінісі, диагностикасы, ажыратпалы диагностика және емдеу тәсілдері (медикаментоздық, физиотерапиялық ем, емдік дене шынықтыру, оңалту шаралары) толығымен айтылған.

М 54 Дорсалгия

Неврологиялық форма

М 54 Дорсалгия

М 54.0 Омыртқа және мойын бөлімін зақымдайтын панникулит

М 54.1 Радикулопатия

М 54.2 Цервикалгия

М 54.3 Ишиас

М 54.4 Ишиасы бар Люмбаго

М 54.5 Арқаның төмен жағы ауруын сезу

М 54.6 Омыртқаның кеуде бөлімінде ауруын сезу

М 54.8 Басқа дорсалгия

М 54.9 Белгіленбеген дорсалгия

Шеткі нерв жүйесі ауруларының жіктемесі ең алдымен анатомиялық принципке негізделген. Сондықтан оларды патологиялық үрдістің шеткі нерв жүйесінің жекелеген құрылымдарында басым орналасуына байланысты ажыратады. Олар:

- 1) радикулит — алдыңғы немесе артқы түбіршектердің зақымдануы;
- 2) ганглионит - омыртқааралық түйіндердің зақымдануы;
- 3) плексит - нерв өрімдерінің зақымдануы;
- 4) неврит — нерв бағанының зақымдануы;
- 5) нейромиозит - бұлшық еттердегі нерв ұштарының зақымдануы;
- 6) полиневрит - шеткі нервтердің дисталдық (ақырғы) бөліктерінің көптеп зақымдануы.

Клиникалық тәжірибеде шеткі нерв жүйесінің аурулары неврит және невралгия болып бөлінеді.

Невриттер — шеткі нервтердің қимылдатқыш, сезгіштік, рефлекстік және вегетативті-трофикалық функцияларының төмендеуі немесе жойылуы.

Невралгиялар — шеткі нервтердің басқа функциялары қалыпты жағдайдан өзгермегенімен, ауырсыну қозуларымен сипатталатын шеткі сезгіш нейронның тітіркену құбылысы.

Шеткі нерв жүйесінің аурулары өздерінің пайда болу тегіне байланысты екіге бөлінеді:

1) инфекциялар (тұмау, ревматизм, сүзек, нейротроптық вирустар), экзо-және эндотоксиндік факторлар, жарақаттар, үсіну, т.б. әсерінен болатын алғашқы (біріншілік) аурулар;

2) омыртқааралық дискілер мен омыртқа жотасын байланыстыратын тетіктердің зақымдануынан болатын екіншілік аурулар. Бұлар шеткі нерв ауруларының 77-ден 93 %-ға дейінін құрайды.

Шеткі нерв аурулары бойынша Бүкілодақтық комиссия ұсынған жіктеме (1982-1984):

1. Вертеброгендік зақымданулар.

1.1. Рефлекторлық синдромдар.

1.1.1. Цервикалгия.

1.1.2. Цервикокраниалгия (артқы мойын симпатикалық синдромы, т.б.).

1.1.3. Цервико-брахиалгия (бұлшық ет-тонуустық немесе вегетативті-тамырлық не нейродистрофиялық бұзылымдардың белгі беруі).

1.2. Түбіршектік синдромдар.

1.2.1. Түбіршектерде дискогендік (вертеброгендік) зақымданулары (радикулит). Олардың қайсысы зақымданғандығын көрсету керек.

1.3. Түбіршек қан тамырлық синдромдар (радикулоишемия).

2. Кеуделік деңгей.

2.1. Рефлекторлық синдромдар.

2.1.1. Бұлшық ет-тонуустық немесе вегетативті-висцералдық не нейротрофикалық бүліністер арқылы білінетін торокалгия.

2.2. Түбіршектік синдромдар.

2.2.1. Түбіршектердің дискогендік (вертеброгендік) зақымдануы (радикулит). Олардың қайсысы зақымданғанын көрсету керек.

3. Бел-сегізкөз деңгейі.

3.1. Рефлектолық синдромдар.

3.1.1. Люмбаго (шаншу, сырқырау).

3.1.2. Люмбалгия (белдің ауыруы).

3.1.3. Люмбоишиалгия (бұлшық ет-тонуустық немесе вегетативті-қан тамырлық не нейродистрофиялық бұзылыстар көрінісі).

3.2. Түбіршектік синдромдар.

3.2.1. Түбіршектердің дискогендік (вертеброгендік) зақымдануы. Түбіршектердің қайсысы ("ат құйрығын" есепке алғанда) зақымданғанын көрсету керек.

3.3. Түбіршек-қан тамырлық синдромдар (радикулоишемия).

II. Нерв түбіршектерінің, түйіндерінің және өрімдерінің зақымдануы.

1. Менингоррадикулиттер, радикулиттер (мойын, кеуде, бел-сегізкөздік).

2. Радикулоганглиониттер, ганглиониттер (жұлындық, симпатикалық), тунниттер.

3. Плекситтер.

4. Нерв өрімдерінің жарақаттануы.

4.1. Мойындық өрім зақымдануы.

4.2. Жоғарғы иық өрімінің зақымдануы (Эрб-Дюшенн салдануы).

4.3. Төменгі иық өрімінің зақымдануы (Дежерин-Клюмпке салдануы).

4.4. Иық өрімінің тұтас зақымдануы.

4.5. Бел-сегізкөз өрімі зақымдануы (жартылай немесе тұтас).

III. Түбіршектердің, нервтердің көптеп зақымдануы.

1. Инфекциялы-аллергиялық полирадикулоневриттер (Гийенн-Барре, т.б.).

2. Инфекциялық полиневриттер.

3. Полинейропатиялар.

3.1. Уыттану полинейропатиясы.

3.1.1. Созылмалы тұрмыстық және өндірістік уланулардан (алкогольдік, қорғасындық, хлорофостық, т.б.) болатын неврит.

3.1.2. Токсикоинфекциялардан (дизентерия, ботулизм) болатын неврит.

3.1.3. Медикаментоздық полинейропатия.

3.1.4. Бластоматоздық (өкпе, ұлтабар, т.б. қатерлі ісіктер) полинейропатия.

3.2. Аллергиялық (вакциналық, сарсулық, медикаментоздық, т.б.) полинейропатия.

3.3. Дисметаболизмдік (витаминдер жетіспеуі, эндокриндік аурулар, әсіресе қант диабеті, бауыр, бүйрек аурулары, т.б.) полинейропатия.

3.4. Дисциркуляторлық (түйінді периартерииттік ревматизм, васкулиттер) полинейропатия.

3.5. Идиопатиялық және тұқым қуалау түрлері.

IV. Жекелеген жұлын нервтерінің зақымдануы.

1.1. Жарақаттардан болатын невриттер.

1.1.1. Шынтақ кәрі жілік, ортаңғы, бұлшықеттері, т.б. невриттері.

1.2. Сан, шонданай, асықтыжілік, жіліншік, т.б. невриттері.

2. Компрессиялы-ишемиялық мононейропатиялар.

2.1. Қол нервтерінің зақымдануы.

2.1.1. Білезік каналы синдромы (қол ұшы аймағында ортаңғы нервтің зақымдануы).

2.1.2. Гийен каналы синдромы (қол ұшында шынтақ нерві зақымдануы).

2.1.3. Кубиталдық канал синдромы (шынтақ маңында шынтақ нерві зақымдануы).

2.1.4. Шынтақ маңында кәрі жілік немесе ортаңғы нервтердің, жауырын үсті, қолтық нервтерінің зақымдануы.

2.2. Тарзалдық канал, жіліншік, сан сыртындығы тері нервінің зақымдануы (купарт байламына қыстырыла қысылуы — Рот-Бернгардт парестетикалық мералгиясы).

3. Қабыну мононевриттері.

V. Бас сүйек-ми нервтерінің зақымдануы.

1. Үшкіл нерв және басқа да бас сүйек-ми нервтерінің невралгиясы.
2. Бет нерві невриттері мен нейропатиялары.
3. Басқа бас сүйек-ми нервтерінің невриттері.
4. Прозопалгиялар.
 - 4.1. Қанат-тандай, кірпік, құлақ, төменгі жақ асты және басқа түйіндердің ганглиониттері (ганглионевриттері).
 - 4.2. Прозопалгияның біріккен және басқа түрлері.
5. Стomalгия, глоссалгия.

Шеткі нерв ауруларын анықтау кезінде этиология мен патологиялық үрдістің орналасуынан басқа да ескеретін жәйттар бар. Олар:

- 1) аурудың басталуы мен даму сипаты (шұғыл, созылыңқы немесе созылмалы), ал созылмалы жағдайда — үдемелі (прогрессиентті) тұрақты (ұзақ), жиі қайталана (рецидивтік), сирегірек түрде (регредиенттік) өтуі;
- 2) асқыну (әдетте қайталама), басылу, уақытша сауығу (толық, жартылай) кезеңдері;
- 3) функциялық бұзылыстар сипаты мен ауырлық деңгейі -ауырсыну синдромының білінуі (аса білінбеу, орташа біліну, айқын, өте айқын біліну) қимыл бұзылыстарының орналасуы мен қарқыны, сезімталдық, вегетативтік немесе трофикалық бүліністердің біліну деңгейі, пароксизмдер (ұстамалар) жиілігі мен қарқыны.

Патоморфологиялық өзгерістер

Шеткі нерв ауруларында болатын патоморфологиялық өзгерістер ұлпада да (біліктік цилиндр, жұмсақ қабық), стромада да (әрбір нерв талшықтарын орайтын дәнекер-тканьдік қабықтар, шоғыр және нерв бағаны) байқалады. Зақымдану қарқынына байланысты олар қабықтарда (периаксиалдық үрдіс) немесе білікті цилиндрде (валлерлік қайта өзгеру) басым болуы мүмкін.

Периаксиалдық үрдіске зақымданудың салыстырмалы жеңіл деңгейі сәйкес келеді, өйткені нерв функциялары негізінен сақталған. Валлерлік қайта өзгеру жағдайында, яғни нерв талшықтарында некробиоз болса, зақымданған нерв функциясы толығымен жойылады.

Патологиялық өзгерістер нерв талшықтарының ұлпасы мен стромасында қабыну құбылысы мен күптену түрінде білінеді. Регенерация (қалпына келу) үрдісі аурудың алғашқы кезеңдерінде басталады. Біртіндеп дәнекер-тканьдік және миелиндік қабықшалар, сонымен қатар зардап шеккен нерв талшықтары бүтіндігі қалпына келе бастайды. Білікті цилиндрдің нерв клеткасымен байланысты сақталған проксималдық (жоғарғы) бөлігінен нерв талшықтарының үздіксіз (тәулігіне 0,5—1 мм шамасында) өсуі пайда болады. Олар жойылған, яғни білікті цилиндрде қаңқасының ыдырауынан кейін 1—2 жыл сақталған "швандық қаптама" бойында орналасады.

Валлерлік қайта өзгеру көбінесе полиневрит, бет, шонданай, сан, ортаңғы, шынтақ, кәрі жілік, т.б. невриттерінде байқалады. Периаксиалдық

үрдіс радикулиттер (бел-сегізкөз және мойын-иықтық) мен невралгияларға (қабырғааралық және үшкіл нерв невралгиялары) тән.

Омыртқа остеохондрозының неврологиялық көріністері

Түбіршіктік синдромдар патогенезіндегі омыртқа остеохондрозының рөлі.

Шеткі нерв жүйесі зақымдануының этиологиялық факторлары (ықпалдары) ішінде аномалиялар (*spina bifida*, сақрализация, люмбализация, қосалқы қабырғалар, Клиппель-Фейль мойын омыртқалары аплазиясы, платибазия), деформациялайтын спондилоз, остеохондроз, жарақаттар және инфекциялар әсерінен омыртқа жотасында болатын өзгерістерге ерекше мән беріледі.

Омыртқа жотасындағы омыртқааралық дискілер патологиялық өзгерістерге аса бейім. Оларда регенерациялық қабілет болмайды, қанайналысы аса дамымаған. Сол себепті 30—40 жаста әр түрлі зиянды факторлар әсерінен (ауыр жұмыс, жұмыс орнындағы температураның жиі өзгеруі, желдің өті, ырықсыз дене кейпі, т.б.) дискінің тығыздалуы, құрғауы, тіпті некроздануы, фиброздық сақина мен гиалиндік пластинкада дистрофиялық өзгерістер және омыртқа денесіне қоймалжынданған ядроның енуі (Шморль жарықшалары) байқалады. Дискінің шеткі бөліктерінде деструктивтік өзгерістер пайда болып, олар спондилезге — омыртқа денелерінің қырларында сүйек өсінділері (артқы остеофиттер) түзілуіне себепші болады. Артқы остеофиттер омыртқааралық тесіктерге кіріп, нерв түбіршіктерін қысып қалуы мүмкін. Остеохондроз омыртқааралық дискілердің өзінде - пульпоздық ядроға, дискілердің фиброздық сақинасында және гиалин пластинкасында болатын өрескел өзгерістермен қабаттасады. Кейде патологиялық өзгерістер бір бағытта басым дамып, рентгенологиялық тексерістер нәтижесінде остеохондроздарға тән айқын белгілер байқалмаса да, артқы остеофиттерден пайда болатын спондилез анықталады (немесе керісінше де болуы мүмкін).

Ауыр дене қимылдары әсерінен қоймалжынданған ядроның жан-жаққа таралуы мен жарықшалар пайда болуынан дискінің фиброздық сақинасының керілуі немесе жарылуы мүмкін. Сары байлам кедергі жасайтындықтан, дискінің томпаюы көбінесе нерв түбіршіктерін қысатын артқы бүйірлік бағытта байқалады. Дискінің шығып қалған бөлігі әдетте өзінен жоғары түбіршікті қысады.

Көбінесе соңғы екі мойын және екі бел дискілері зақымданады. Ол тігінен тұрғанда дененің ауыртпалығын көтеретін осы сегменттерге басым күш түсуіне байланысты. Мұндайда әсіресе төменгі екі бел дискісі (B₄—Ц пен B₅~8,) жиі зақымданады. Өйткені оларға барынша көп динамикалық және статикалық күш түседі. Омыртқа жотасының бел бөлігі дискілерінде болатын жарықшалар 30—40 жастағы еркектерде, әсіресе жұмыс жағдайында үнемі еңкейіп-жазылуына байланысты басым байқалады. Орнынан ауытқып кеткен диск артқы бойлық байламды

тітіркендіреді де, тиісті деңгейдегі бұлшық еттердің рефлекстік ширығуына ықпал жасайды (*бірінші кезең*). Ауытқып кеткен дискінің артқы бойлық байламаны қысуы уақыт өте оның тесілуіне және шеміршек тканінің эпидуралдық кеңістікке кіруіне әкеліп соғады. Көбінесе мұндай құбылыс байламның ең жұқа бүйір жағында білінеді. Мұндайда орнынан ауытқыған диск омыртқааралық тесікке жақындай түсіп, артқы түбіршік пен жұлын нервін тітіркендіреді, Сол себепті олар таралатын бұлшық еттерде рефлекстік ширығу пайда болады (*екінші түбірлік кезең*). Бұл кезеңде түбіршіктік синдромның дамуына механикалық тітіркеністермен қатар, асептикалық аутоиммундық (қабыну) үрдіс белгілі әсерін тигізеді. Аутоиммундық үрдіс — омыртқааралық шеміршектің эпидуралдық кеңістікке кіріп, антигендік сипат алуына байланысты. Бұл жағдай радикулиттің асқынуы мен қайталануын түсіндіруге мүмкіндік береді. Түбіршіктердің үздіксіз қысылуы нерв талшықтарының өткізгіштігін төмендетуі мүмкін. Сол себепті оларда функция әлсіреуінің ошақтық симптомдары байқалады. Оған түбіршік артериясы гемодинамикасының бұзылуы елеулі әсерін тигізеді. Гемодинамикалық бұзылу біртіндеп үдейді, бірақ ол кейбір жағдайларда түбіршік артериясының ауытқып кеткен омыртқа дискісінің тканімен қысылуынан бірден пайда болуы мүмкін (*үшінші кезең*). Осындай келеңсіздік жұлын нервісі қызметінің кенеттен жойылуына (мәселен, салдандыратын ишиас) ықпал жасауы мүмкін. Омыртқа остеохондрозына байланысты неврологиялық өзгерістердің жоғарыда келтірілген кезеңдері жекелеген дискілердің жарақатты зақымдауынан да болуы мүмкін (мысалы, жастар ауыр жүк көтергенде, омыртқа желісін шамадан тыс шалқайтқанда және жарақаттанғанда).

Остеохондроздың пайда болуында омыртқааралық дискілердегі метаболизмдік үрдіс ерекшеліктері де маңызды роль атқарады. Олар генетикалық бейімділіктен де болуы ықтимал. Дискапатия құбылыстары бар сырқаттарда неврологиялық симптомдардың пайда болуы мен кезекті асқынуына тіпті аздаған салмақ пен жекелеген қимылдар да себеп болуы мүмкін. Сонымен қатар суық тигенде зақымданған сегмент аймағында аутоиммундық қабынуды асқындыратын тұрақты вазомоторлық бұзылыстар да аурудың асқынуы мен қайталануына өзіндік әсерін тигізеді. Омыртқа жотасы байламдарының біртіндеп қатайып сүйектенуіне байланысты спондилез белгілері байқалады да, ол өз-өзінен қозғалмай қалады. Сол себепті неврологиялық көріністер білінбейді. Радикулиті қайталана берген 60 жастан асқан қарттарда неврологиялық асқыну белгілерінің білінбеуін осымен түсіндіруге болады.

Клиникасы: Остеохондроздың неврологиялық көріністері көбінесе төменгі белдік деңгейде білінеді де, нерв жүйесі зақымдануынан болатын уақытша еңбекке жарамсыздықтың 70 %-ға жуығын құрайды.

Бел-сегізкөз остеохондрозының неврологиялық көріністері:

Рефлекторлық синдромдар. Аурудың басталуы шұғыл, кейде баяу болуы да мүмкін. Әдетте бел тұсында ауыру (люмбаго, люмбалгия), көбінесе екі жақтан бірдей болғанымен бір жағында басым білінеді, ал кейінгі асқынуларында шонданай нерві бойымен таралуы ықтимал (люмбоишиалгия). Ауырсыну жөтелгенде, түшкіргенде, күшенгенде, белсенді қимылдар жасауға әрекеттенгенде, аласа орындыққа отырғанда, ұзақ уақыт түрегеп тұрғанда, суық және ылғалды бөлмелерде болғанда күшейеді. Көбінесе омыртқа маңындағы бұлшық еттердің рефлексті ширығуы байқалады да, оның өзі ауырсынуының пайда болуына ықпал жасауымен қатар, омыртқа желісінің керіле жазылуына кедергі келтіреді. Люмбалгиямен зардап шеккендердің омыртқа жотасы қозғалмай қалатындықтан, төсек тартып жатуға мәжбүр болады, ал люмбоишиалгиямен сырқаттанғандар аяғының, жамбас-сан және тізе буындарының жартылай бүгілуі мен сирақ-табан буынының жазылу кейпінде болуын қалайды. Л. С. Минордың (1901ж) суреттеуінде люмбалгиямен ауырып жатқан сырқат орнынан тұруға әрекеттенгенде, әуелі тізерлеп, соңынан қолдарын санына тіреп жайымен көтеріледі де, белін қимылдатпауға тырысады. Люмбоишиалгиямен зардап шеккендер әуелі қолдарымен сау аяғын еденге тіреп тұрады, мұндайда ауыратын аяғы басқа жағына жылжытылады да, үнемі жартылай бүгілген кейпін сақтайды. Ауру орнынан тұрған кезде де ауыратын аяқ таяныш бола алмайды, табаны жерге толығымен емес, тек алдыңғы іш жағымен ғана жанасады. Зақымданған жағындағы бөксе бүкпесі жазылып, төмен қарай салбырайды.

Түрегеп тұрғанда омыртқа жүйесінің кескіні өзгереді. Люмбалгиямен ауыратындарда шаншу қадалуы мен бұлшық ет ширығуы бел лордозының тіктенуімен қабаттасып, әдетте екі жақтан бірдей білінеді (тақта симптомы), ал люмбоишиалгиямен науқастанғандарда ауыратын жаққа бағытталған дөңестікті қорғаныс-рефлексті (шаншуға қарсы) сколиоз жиі байқалады. Мұндайда сырқат сколиоз бағытын өзгерткенімен, омыртқа жотасын тіктей алмайды. Ауырсынуға қарсы қорғану кейпі отырғанда да өзгермейді. Сырқат омыртқа жотасына түсетін салмақты азайту үшін орындық шетіне, екі қолын оның арқасына таяу тіреп отырады (көпір симптомы). Люмбоишиалгия бір жақты болған жағдайда науқас орындық шетіне ауырған жағындағы бөксесін тигізбей отырады. Ауыратын аяқ тізе буынынан бүгіліп, сырты мен артына қарай жылжытылады. Науқастың жүрісі әр түрлі вариантта өзгеруі ықтимал, бірақ белі қозғалмай қалады, оның қадамы қысқа, люмбоишиалгия жағындағы аяқ аздап бір жағына ауытқиды. Кейде науқасқа сатымен жоғары шығу тегіс жермен жүргеннен гөрі жеңілдеу болады. Бармақпен батыра басқанда паравертебралдық нүктелер мен қылқанды өсінділерде (Гар ауырсыну нүктелері) және маңдай нерві (Валле нүктесі) бойында ауырсыну білінеді. Түбіршіктер мен нерв бағандарын қатты кергенде, тітіркеніске ұшыраған аймақта ауырсыну қарқыны күшейеді. Көру симптомдарын анықтау тәсілдері осыған

негізделген, Люмбоишиалгиямен ауырғандардан көбінесе тұрақты түрде Ласег симптомы, кейде Сикар симптомы анықталады. Вассерман мен Мацкевич симптомдары санның алдыңғы жағында сан нервінің бойында байқалады. Люмбаго мен люмбалгиялар бел деңгейінде белгілі бір омыртқа сегментіндегі патологиялық өзгерістер әсерінен синовертебралдық нерв рецепторларының тітіркенуіне, ал люмбоишиалгия патологиялық үрдіс түбіршіктік синдром пайда болуына әсер ететін жұлын түбіршіктері мен арқаншаларды қамтуына байланысты. Патологиялық үрдіс симпатикалық талшықтарды қамтуына байланысты ауырсыну қарқыны жүргенде біршама азаятын, айқын локализациясы белгісіз симпаталгиялық реңге (дуылдайтын, күйдіретін, қышытатын, қысатын) ие болады.

Люмбалгиялар мен люмбоишиалгиялар ұзаққа созылған жағдайларда рентгенологиялық тексеріс жүргізу керек. Спондилография көмегімен омыртқадағы ісік метаздары мен туберкулездік спондилитті жоққа шығарып, жарақаттану мен деформациялайтын спондилез белгілерін анықтауға болады.

Аса айқын білінетін остеохондрозға байланысты пайда болатын *түбіршіктік синдромдар* омыртқа өзегіне бағытталған омыртқааралық дискінің жарықшақтанып томпаюымен қосарланады. Мұндайда ауырсыну синдромы тұрақты болады. Клиникалық көрінісі негізінен сезімділік, рефлекссті-қимыл және вегетативті-трофикалық бұзылыстар арқылы қалыптасады. Бірақ барлық жағдайларда ауырсыну синдромы зақымданған түбіршіктер нервтендіретін аймақтарға таралу басымдығымен білінеді.

Бірінші бел түбіршігінің қысылуы шап аймағында ауырсыну мен сезімділік білінбеуі, кремастерлік рефлексстің көмескіленуі немесе жойылуы, ал *екінші бел түбіршігінің қысылуы* санның алдыңғы жоғарғы үштен бірі мен іш жағында сезімділік білінбеуі, тізе рефлексстің төмендеуі немесе жойылуы және алға қарай еңкею мүмкіндігінің қиындауы арқылы сипатталады.

Үшінші бел түбіршігі қысылғанда санның алдыңғы сырт жағына таралатын омыртқа жотасының бел тұсында ауырсыну, осы аймақ пен сирақтың іш жағының жоғарғы үштен бірінде гипестезия, тізе рефлексстің көмескіленуі және еңкею қиындығы пайда болады.

Төртінші бел түбіршігі қысылғанда бел аймағынан санның алдыңғы сырт жағына, сирақтың алдыңғы ішкі жиегіне және аяқ ұшының ішкі жағына дейін таралатын ауырсыну синдромы, осы аймақта үстірт сезімділік білінбеуі, саңды бұру қиындығы, тізе рефлексстің төмендеуі, сан бұлшық еттерінің семе бастауы мен әлсізденуі білінеді.

Бесінші бел түбіршігі қысылғанда бөксеңің жоғарғы бөлігінде, санның сыртында, сирақтың алдыңғы сыртында, аяқ ұшының үстінде, ал кейде I немесе I—IV бақайлар маңында сезімділік білінбейді, үлкен бақай жазылмайды.

Бірінші сегізкөз түбіршігі қысылғанда ауырсыну аяқтың барлық бойында басым білінеді, ал табанда, сирақтың артында сезімділік

білінбейді. Сонымен қатар өкше рефлексінің жойылуы мен аяқ ұшының салбырап қалуы (тырпылдата жүру) байқалады.

Екінші сегізкөз түбіршегінің қысылуына байланысты сан мен аяқтың артқы ішкі жағында ауырсыну айқын білінеді, санның артқы жағында сезімділік білінбейді және аяқ қиын жазылып-бүгіледі. Сирек болса да омыртқа өзегінің тарылуы мен ортаңғы жарықшақтық дөңестің пайда болуына байланысты *ат құйрығының қысылуы* байқалады. Мұндайда аяқ парпарезі мен жамбас қуысы ағзалары функциясы бұзылады. Кейде ат құйрығының өткінші қысылуына байланысты жүргенде аяқтың ауыруынан сырқат "жасырына" сылтып басады. Ол нерв бағанындағы ишемияға байланысты болуы да мүмкін.

Кейінгі жылдары компьютерлік томографияның кеңінен қолданылуына байланысты диск жарықшасы мен омыртқа өзегінің тарылуын миелографиясыз анықтауға қол жетті. Магнитті-резонанстық томография (МРТ) жұлын мен ат құйрығы қысылуын анықтауда аса құнды мәліметтер береді, бірақ оның құндылығы түбіршік компрессиясын анықтауда, компьютерлік томографияға қарағанда, әлдеқайда төмен.

Мойын остеохондрозының неврологиялық көріністері:

Мойын остеохондрозының алғашқы кезеңдеріндегі клиникалық көріністері төменде баяндалатын рефлекссті-тонустық синдромдармен сипатталады.

1.Цервикалгия — басты шұғыл қимылдатқанда, жөтелгенде, түшкіргенде міндетті түрде мойын мен иық бұлшық еттерінің ширығуымен қарбалас мойын тұсында білінетін тұрақты ауырсыну. Ауырсыну әсерінен басты қимылдату шектелген, ол әдетте ауыратын жағына бұрылады. Киіну мен қолды көтеру қиындайды.

2.Алдыңғы сатылық бұлшық ет синдромы (скаленус синдромы) — алдыңғы және ортаңғы сатылық бұлшық еттердің рефлексстік ширығуы. Мұндайда аталмыш бұлшық еттер арасынан қолға өтетін қан тамыр шоғыры қысылғандықтан, пайда болатын ауырсыну иықтың, білектің ішкі бетінен және қол ұшынан IV—V саусақтарға дейін, кейде шүйдеге таралады. Вегетативті-қан тамырлық бөлінулерге аяқ-қолдың мұздауы, көгілдірленуі, ісінуі тән, кейде қолды көтеріп, еңкейткенде тамыр соғуы білінбейді. Сіңір рефлексстерінің төмендеуі мен гипотония, кейіннен бұлшықеттердің семе бастауы (әсіресе қол ұшында) түрінде білінетін парез белгілері болуы ықтимал.

3.Иық-жауырын периартриті (мұздаған иық синдромы) — иық бұлшық еттерінің рефлексстік нейротрофикалық бұзылыстары. Оған иық буынының ауырсынуы мен қимыл-әрекеттерінің шектелуі тән. Әдетте иық ішке қарай бұрылыққы кейіште, иықты жоғары көтеру мен қолды арқаға жеткізу қиындайды. Аталмыш симптомдардың қолдағы, әсіресе қол ұшындағы, вегетативтік бұзылыстармен (ісіну, көгілдірлену, трофикалық бұзылыстар) қосарлануы *иық-қол ұшы синдромына* (Стрейнброкер иық-қол ұшы синдромы) тән. Оның пайда болуы мен клиникасы екі кезеңнен тұрады:

1) алғашқы фазаларда ыңғайсызданудан басталып, соңынан сыздап сырқырайды. Бұл әсіресе түн ортасында иық үсті мен иық буыны аймағында білінеді (иықтық кезең);

2) қол ұшындағы және саусақпен батырып қысқанда оның тканьдеріне кең таралатын ауырсынумен білінетін қол ұшы кезеңі. Бұл кезеңде саусақ буындары ісінеді және деформацияланады. Сонымен қатар вегетативті-қан тамырлық өзгерістер (қол ұшының көгілдірленуі, терлегіштік немесе құрғап қалуы) байқалады. Терісі ісініп жалтырайды, жұқарады.

Мойын остеохондрозы қосымша рефлексі-қан тамырлық өзгерістерге байланысты қолдың түнгі дизестезиясы синдромы түрінде (Вартенберг брахиалгиясы) білінуі мүмкін. Қолдағы ауырсыну, парестезиялар және дизестезиялар қол ұшында айқынырақ көрініс береді, көбінесе ұйқыдан ояңғанда пайда болады, сырқат қолын біраз қимылдатып уқалағанда басылады.

Түбіршіктік синдром. Артқы бойлық байламның орта тұсы омыртқа жотасының мойын бөлігінде, бел бөлігіне қарағанда әлсіздеу. Сондықтан дискінің жарықшасы қырындай артқа қарай шығып кетуі мүмкін. Ол сіреспе парепарез бен терең сезімділік бұзылуы арқылы білінетін жұлын қысылуына себеп болуы ықтимал.

Түбіршіктік синдромның клиникалық көрінісінде омыртқа жанындағы бұлшық еттердің ширығуымен қабаттасып мойын аймағында азапты ауырсыну басым білінеді. Кейін (бүйірлік жарықша шығып кеткенде) ауырсыну зақымданған жақтағы қолға тарайды, қысылған түбіршік нерв қамтитын аймақта жансыздану мен шаншу пайда болады. Ауырсыну күшенгенде, жөтелгенде, түшкіргенде күшейеді,

III мойын түбіршігі қысылғанда ауырсыну синдромы мойын тұсында білінеді, тіл домбығып, ауыздағы тамақты жұту үшін қозғалту қиындайды, ал *IV мойын түбіршігінің қысылуына* байланысты ауырсыну иық аймағының жоғарғы жағында байқалады және мойынның артқы , бұлшықеттері семіп қалады. Жүрек маңының ауыруы, іш кебуі, ықылық тию пайда болады. *IV мойын түбіршігінің қысылуына* ауырсынуудың мойын аймағынан иық үсті мен иыққа таралуы, иық сыртындағы гипестезия, дельта тәрізді бұлшықеттің парезі мен семуі тән.

VI мойын түбіршігінің қысылуы иық үстінен иық пен білектің сыртымен I—II саусақтарға тарайтын ауырсыну және осы аймақтардағы гипестезия түрінде байқалады. C_V — C_{VI} Эрб үсті нүктелері мен дельта тәрізді бұлшықеттің бекитін жерін басқанда ауырсыну, екі басты бұлшықеттің семуі мен рефлексінің төмендегендігі анықталады.

Патологиялық үрдіс *VII мойын түбіршігін* қамтығанда ауырсыну мен гипестезия иық пен білектің сыртқы және артқы жақтары арқылы III саусаққа дейін тарайды. VI-VII Эрб үсті нүктелерін басқанда ауырсынуы, үш басты бұлшық еттің семуі және оның рефлексінің төмендегендігі анықталады.

C₇~T_h, дискінің жарықшақтанып ауытқуынан болатын VIII мойын түбіршігінің қысылуына байланысты ауырсыну иық, білек және қол ұшының ішкі жағында байқалып, IV және V саусаққа тарайды. Сонымен қатар осы аймақтарда гипестезия, Эрб нүктесін батыра басқанда ауырсыну, қол ұшы мен білезікті жазатын бұлшық еттердің парезі пайда болады.

Күнделікті дәрігерлік тәжірибеде көбінесе патологиялық үрдіс екі немесе одан да көп түбіршіктерді қамтитынын ескерген жөн.

Мойын остеохондрозында болатын түбіршіктік синдром көбінесе құлақ қалқанына, мойынға, бетке, жауырынға таралатын шүйде аймағының ұстамалы, қайтпайтын, дуылдап ауыратын шүйде нервінің невралгиясымен қосарланады. Ұстама ұйықтағанда ыңғайсыз жатудан, ауыр дене қимылдарынан, суық тигенде, басты шұғыл бұрғанда өршуі мүмкін. Сол себепті сырқаттың басы артқа және бір жағына еріксіз қисайып, қисық мойын кейпі қалыптасуы ықтимал. Шүйде нерві шығатын (емізیک тәрізді өсінді мен жоғары мойын омыртқасы қылқанды өсіндісі арасының ортасы, төс-бұғана-емізик тәрізді бұлшықеттің артқы жиегі) емізик тәрізді өсінді тұсы немесе самай аймағы, сонымен қатар I—IV мойын омыртқаларындағы паравертебралдық (омыртқа жиегі) нүктелерді саусақ ұшымен батыра сипағанда ауырсыну байқалады.

Омыртқа остеохондрозына байланысты түбіршіктік ауырсынулар мен шүйде нерві невралгиясының патологиясы омыртқа нервін де қамтып, *Барре-Льеу синдромның* дамуына ықпал жасайды. Бұл синдромның пайда болуы жұлдызша және жоғарғы мойын симпатикалық түйінінен қосымша импульстердің таралуына, сонымен қатар сыртқы және ішкі ұйқы артерияларындағы нерв өрімдерінің, лабиринттік, диафрагма және омыртқа нервтерінің тітіркенуіне байланысты. Омыртқа нерві мойын омыртқаларының тиісті бөлігін, мойын артындағы бұлшықеттер мен теріні, артқы бас сүйек шұңқырындағы қатты ми қабын, ми бағанын және мишықты қанмен қамтамасыз ететін омыртқа артериясын жан-жағынан орайтыны белгілі. Сондықтан омыртқа нервінің тітіркенуі мезенцефалдық және гипоталамус деңгейіндегі торлы формация құрылымдарында патологиялық импульс пайда болуына ықпал жасайды. Омыртқа нерві синдромына вестибулярлық бас айналу, есту бұзылыстары (есту қабілетінің төмендеуі, құлақтағы ызыңдар мен шу), көру қабілетінің төмендеуі, фотопсиялар, көру аясының тарылуы, жұтқыншағы түйілгендей болу, шаршағыштық тән. Сонымен қатар көбінесе кризге айналып кететін вегетативтік бұзылыстар да байқалады. Омыртқа остеохондрозына байланысты омыртқа артериясы өзегінің тарылуы мен оның атеросклероздық зақымдануы қабаттасса, көбінесе өткінші ишемиялық ұстамаға, кейде тіпті инсультке әкеліп соғатын вертебральды-базилярлық кемшілік пайда болуы жиі байқалып қалады.

Кеуде остеохондрозының неврологиялық көріністері

Невропатологтардың тәжірибесінде омыртқа жотасының кеуде бөлігі остеохондрозына байланысты шеткі нерв жүйесінің зақымдануы сирек

кездеседі. Зақымданған дискінің орналасуына байланысты кеуде остеохондрозының неврологиялық көріністері негізінен қабырғааралық, құрсақ немесе шап аймағы невралгиясы белгілерімен сипатталады. Олар кеуде-бел аймағы мен аяққа да таралуы мүмкін.

Ауыр жүк көтергенде немесе ұзақ уақыт бір қалыпта тұрып қалғанда омыртқа жотасының кеуде бөлігінде ауырсынумен белдеуленген сезім байқалады. Жауырын мен жауырын арасы тұсында жанға бататын сырқырау немесе сыздаумен білінетін симпаталгия өте жиі кездеседі. Науқастар кеудені, әсіресе түнде темір сауыт қысып тұрғандай сезінеді. Кеуде омыртқаларының қылқан өсінділерін саусақпен тықылдатқанда, ауырсыну білінеді. Кейде аса қарқынды ауырсынулар пайда болып, олар омыртқа жотасының басқа бөліктері мен ішкі ағзаларға дейін тарайды. Кейде тұлғаның еріксіз кейпі, еңкіштік пен кеуде кифозының ұлғаюы және омыртқа жотасындағы қимылдар шектелуі байқалады. Қысылған түбіршіктер деңгейінен төменгі аймақта кейде гиперестезия мен парестезия түрінде білінетін тітіркену симптомдарын байқауға болады, Олар соңынан гиперпатиялық реңкі бар гипестезияға айналады. Кеуде остеохондрозының мойын мен бел остеохондрозынан айырмашылығы — оған ішкі ағзалар зақымдануының жалған синдромдарымен байқалатын вегетативті-висцералдық симптомдар тән. Мұндайда диагностикалық қиындықтар жиі болып тұрады. Кеуде остеохондрозы вегетативті-виссералдық симптомдармен ғана білінген жағдайда аурудың шынайы сипатын анықтау өте қиын.

Кардиалгия синдромы өте жиі кездеседі. Мұндайда жүрек тұсы ауырсынуының, стенокардиядан өзгешелігі, ол кеуденің сол жағынан, мойын мен шүйде манында байқалатын ауырсынулармен қабаттасып байқалады, Кейде олардың кенеттен пайда болуымен күшеюіне басты қозғау, жөтелу және түшкіру, қылқанды өсінділерді саусақпен соққылау әсер етеді. Саусақ ұшымен сипап басқанда, омыртқа жанындағы нүктелер маңында ауырсыну айқындалады. Кеуде остеохондрозынан болатын кардиалгия синдромы "жартылай белдік" немесе "жарты кеудеше" түрінде білінетін үстірт сезімділік бұзылуымен қабаттасуы мүмкін. Н. М, Маджидов пен В.Д.Трошин (1995ж) кеуде остеохондрозына қатысты кардиалгия синдромын патологиялық үрдісті симпатикалық түйіндер мен олардың тармақтарын қамтуына байланысты периваскулярлық невралгияның көрінісі ретінде қарастырады.

Омыртқаның кеуде бөлімі жарықшалары барлық омыртқааралық дискілер жарықшаларының 1%-дан кем мөлшерін құрайды, төменгі кеуде омыртқалары деңгейінде (әсіресе Th1-Th12-де) өте жиі байқалады. Кеуде омыртқааралық дискілерінің жарықшаларына байланысты омыртқа жотасының басқа бөлімдеріне қарағанда жұлынның қысылуы жиірек білінеді. Бұл омыртқа өзегінің осы деңгейдегі тарлығы мен жарықшалардың көбінесе дискінің орта тұсында орналасуына байланысты. Кеуде остеохондрозының клиникалық көріністері кейде

шұғыл немесе созылыңқы жарақаттанудан кейін, бірақ көбінесе біртіндеп жарақатсыз пайда бола береді. Алдымен сырқаттың арқасында күшенгенде, жөтелгенде және түшкіргенде күшейе түсетін ауырсыну білінеді. Жұлындағы өткізгіштік бұзылыстар жұлынның немесе оны қанмен қамтамасыз ететін қан тамырларының қысылуына байланысты. Кеуде дискілерінің жарықшаланып ауытқуларының неврологиялық көріністеріне олардың орналасуы ерекше әсер етеді. Мысалы, дискіжарықшалары омыртқа өзегінің ішіне қарай ауытқыса, түбіршіктердің қысылу симптомдары байқалмайды да, өткізгіштік сезімділік бұзылыстарымен қабаттасатын симметриялы парапарез, ал іштен сыртқа қарай ауытқыса Броун-Секар синдромы элементтері бар спастикалық парапарез пайда болады. Соңғысы дискінің ауытқыған жағында айқынырақ және түбіршіктік ауырсынумен қарбалас білінеді. Сыртқа қарай ауытқыған диск жарықшалары оқшауланған түбіршіктік синдром пайда болуымен сипатталады.

Емдеу шаралары

Аурудың шұғыл кезеңінде кенеттен ауырсыну пайда болса барлық емдік шаралар ауырсыну синдромының қарқынын азайтуға немесе оны жоюға бағытталады. Зақымданған омыртқа бөлігінің қозғалысын шектеп, мүлде тыныштық қалпын сақтау керек. Кейін 3—4 күн өткенде мөлшерлі түрде қимылын белсендіруге болады. Бірақ бұл қимылдар ауырсынуды ушықтырмай, дәрігердің бақылауымен жүргізілуге тиіс. Вертеброгендік цервикалгиямен ауырғандарға омыртқаны бекіту мақсатында тері немесе гипстік жаға (Шанц жағасы) ұсынылады. Шұғыл ауырсыну синдромы басшысымен науқастарға жалпақ тері белдік (штангистер белдігі) немесе одан да қолайлы арнайы корсетті пайдаланған жөн.

Аналгетикалық әсерлі препараттардың арасында ең кең қолданылатындары — салицилаттар (аспирин), пиразолон туындылары (антипирин, анальгин, бутадиион), қабынуға қарсы стероидты емес препараттар (индометацин, вольтарен, бруфен), сонымен қатар пенталган, парацетамол, реопирин, баралгин.

Аурудың шұғыл кезеңінде тұрақты аса қарқынды ауырсыну синдромы болған жағдайда құрамында аналгезиялық препараттар, ганглиоблокаторлар, стероидтық гормондар, транквилизаторлар кіретін қоспаларды венаға тамшылатып жіберген жөн. Олар:

- 1) Антонов-Недзведь қоспасы (4 мл анальгиннің 50 % ерітіндісі, 1000 мкг В₂ витамині, 2 мл но-шпа);
- 2) 1 мл анальгиннің 50 % ерітіндісі, 40 % мл новокаинның 0,25 % ерітіндісі, 150 мл хлорлы натрийдің изотониялық ерітіндісі;
- 3) 10 мл эуфилиннің 2,4 % ерітіндісі, 2 мл лазикс, 2 мл гидрокортизон, хлорлы натрийдің изотониялық ерітіндісі;
- 4) 200-250 мл новокаиннің 0,25 % ерітіндісі, 25-30 мг аминазин немесе седуксен, немесе сибазон, 2—4 мл лазикс;

5) 10 мл эуфиллиннің 2,4 % ерітіндісі, 10 мл баралгин, 10 мл натрий оксибутираты, 2 мл гидрокортизон, 50 мл хлорлы натрийдің изотониялық ерітіндісі.

Осы қоспалардың әсерін ұзарту мақсатында жоғарыда аталған анальгезиялық препараттарды ішке қабылдаған жөн.

Аналгетиктердің әсері төмендеген жағдайда ауырсынуды психикалық-эмоционалдық реттеуге ықпалын тигізетін лимбия-ретикулярлық және қыртыстық құрылымдарға бағытталатын психотроптық препараттар тағайындау тиімді. Осы мақсатпен 25 г-нан тәулігіне 2—3 рет имипрамин, 0,5 мг-нан 1 мг-ға дейін тәулігіне 2—3 рет галаперидол тағайындалады. Аса қатты ауырсынуларда морфий мен промедолдың ерітінділері қолданылады.

Осы кезеңде көбінесе новокаиндық блокада (тежеу, бөгет) жасау қажеттігі пайда болады. Паравертебралдық (омыртқа жанына), бұлшық етке (көбінесе алмұрт тәрізді бұлшық етке) эпидуралдық және преганглионарлық блокадалар пайдалы. Аса қарқынды ауырсынатын нүктелерге 10—40 мл новокаинның 0,25 % ерітіндісі жіберіледі. Блокадалар әдетте 2-ден 5—7-ге дейін жасалады. Аса қатты ширғып ауырсынатын бұлшық еттерге де новокаиндық блокадалар қолдануға болады. Новокаиндық блокадалар жасағанда кейде оған анальгин, вольтарен, АТФ, гидрокортизон, В₁₂ витаминін қосуға болады.

Ұзаққа созылған бел-сегізкөз ауырсыну синдромын емдеу үшін қисындастырылған блокадаларды да пайдалануға болады. Мұндайда новокаин омыртқаның екі жағына, бұлшық етке және бел-сегізкөз маңайындағы тері астына жіберіледі.

Түбіршік қысылып қалған жағдайда және ол аутоиммунды қабыну үрдісіне іліккенде новокаинға гидрокортизонды қосып, омыртқаның екі жағына эпидуралдық блокадалар жасалады.

Сұйықсыздандыратын дәрі-дәрмектерді тағайындау ұсынылады. Әдетте ол үшін күніне 1 рет калий араласқан препараттармен бірге гипотиазид, диакарб, фуросемид шұғыл кезеңнің аяғына дейін пайдаланылады.

Айқын рефлексі-тоностық реакциялары бар науқастарға бұлшық етті жұмсартатын препараттарды (меликтин, мидокалм, скутамил Ц және т.б.) қолданған жөн. Ол үшін соңғы кездерде бүкіл шұғыл кезең бойы сирдалуд 6,0-дан 8,0 мг-ға дейін (10 күн бойы) қолданылып жүр. Сирдалудтың қан тамырларын кеңейтетін және ауырсынуды тоқтататын қасиеттері бар. Ол альфа- және гамма-мотонейрондар жүйесіндегі бұлшық еттер тонусын төмендетеді және бұлшық еттердің жиырылу қабілетін өзгертпейді.

Блокадалармен қатар анальгетикалық және қабынуға қарсы әсерлері бар димексид жапсыру (апликация) да пайдалы. Оны күніне 1—1,5 сағат бойы ауыратын тұсқа жапсырады.

Ауырсыну синдромын емдеуде физикалық факторлардың ішінде ең тиімділері — өрісті күлгін сәуле (3—5 биодоза 3—5 рет), диадинамикалық және синусоидалды өзгертілген токтар. Ауырсынуды айқын тыятын әсер импульстік тоқты биологиялық белсенділігі жоғары нүктелерге бағыттағанда байқалады. Айқын симпаталогиялық сипаты басым ауырсынуға ганглероэлектрфорез қолданған да тиімді.

Омыртқа остеохондрозынан пайда болатын ауырсыну синдромын емдеу кезінде мануалдық терапия мен керіп-созу әдістері аса маңызды роль атқарады. Омыртқа жотасын соза тарту дискі ішіндегі қысымды, артқы бойлық байламға түсетін салмақты және түбіршік қысылуын азайтады, түбіршік қан тамырының микроциркуляциясын жақсартады, ауытқыған омыртқалар мен жарықшаланған дискілерді орнына келтіруге ықпалын тигізеді. Соза тартудың бірнеше түрлері бар. Көлбеген жазықтықта, көлденең столда өз салмағымен керілу; су астында тігінен және көлденеңінен керілу; керілу жылдамдығын ауыстыра отырып созылу (тік, бұрыштап, анталгиялық кейіпте); тігінен дірілдете керілу.

Функционалдық блокты (кедергіні) жою мақсатында қолданылатын мануалдық емді (терапия) тек оны толық меңгерген мамандар ғана жүргізуі керек.

Аурудың шұғыл кезеңінде мануалдық терапия мен керіп-созу әдістерін пайдалануға бірнеше қолайсыз жағдайлар кедергі болатындығын ескерген жөн. Олар:

- 1) толық ажыратылмаған түбіршіктік синдром немесе радикулоишемиялар;
- 2) жас ұлғаюына байланысты спондилез, остеопороз;
- 3) спондилолистезі бар омыртқа-қозғалтқыш сегментінің тұрақсыздығы.

Емдеу тәжірибесінде кеңінен қолданылып жүрген және мануалдық терапияның пайдалы тәсілдерінің бірі — постизометриялық релаксация (ПИР). ПИР-ден кейін керіліп тұрған бұлшықет 2 сағат бойы аса тыныштық жағдайда болуы керек, ал оның алдында анестезиялық майды пайдаланып, ақырындап жылжыта уқалау, димексид жанастыруды қолданған жөн.

Ауырсыну синдромын емдеу үшін акупунктура мен оның баламалары - күйдіру, электропунктура, лазеропунктура кеңінен қолданылады. Барлық сырқаттанғандарда денеге жағатын әр түрлі дәрі-дәрмектер (финалгон, жыланның немесе араның уы, бұрыштанған бұласыр, т.б.), сонымен қатар В тобындағы витаминдер тағайындалады.

Аурудың созылыңқы кезеңінде ауырсыну синдромы басылғанда жылытатын емдік шаралар (диатермия, парафин немесе озекерит жапсыру), әр түрлі анальгезиялайтын дәрілермен (новокаин, анальгин, амидопирин) электрофорез жасау ұсынылады.

Жеткілікті дәрежедегі белсенді консервативтік емдеу шаралары нәтиже бермесе, әсіресе оған қоса ишемия құбылыстары, шұғыл қан тамырлық бұзылу немесе оны асқындыратын миелопатия пайда болған жағдайларда, хирургиялық ем қолдану жөнінде мәселе көтеріледі. Ол үшін

жұлын түбіршіктерінің немесе жұлынның өзінің қысылуына себеп болған өзгерістерді анықтайтын компьютерлік томография немесе магнитті-резонанстық томография пайдаланылады. Содан кейін түбіршікті қысып қалған дискіні алып тастайды. Мойындық миелопатияны емдеу үшін декомпрессивтік ламинэктомия жасалады. Оны жұлын зақымдануының алғашқы кезеңінде іске асырған жөн.

Омыртқа остеохондрозының ауырсыну синдромы қайталана беретін созылмалы түрінде родондық, сульфидтік және скипидарлық ванналар, су ішінде дірілдете уқалау және емдік саз-балшық тағайындауға болады. Ванналарды гидрокортизон немесе басқа да дәрі-дәрмектер электрофорезімен кезек-кезек қолдануға болады. Бұл шаралар реабилитациялық бөлімшелерде немесе санаторлық-курорттық сауықтыруда қолданылады.

Омыртқа остеохондрозынан болатын неврологиялық өзгерістер созылмалы қайталай беретін науқастарға ауырсыну синдромы басталғаннан кейін арнайы емдік гимнастика мен емдік уқалауды пайдалануды ұсынған жөн.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЭКГ, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі - жылына 2 рет (3 күн аралығында), КТ, МРТ, электронейромиография - көрсеткіштер бойынша.

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау.

Негізгі аурудың декомпенсация белгілері пайда болғанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі

Бақылау жиілігі

Жылына 2рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеуі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау. Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік кезінде қарсы көрсетулер жоқ. Жүктілік кезінде препараттарды қабылдауды шектеу ұсынылады.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

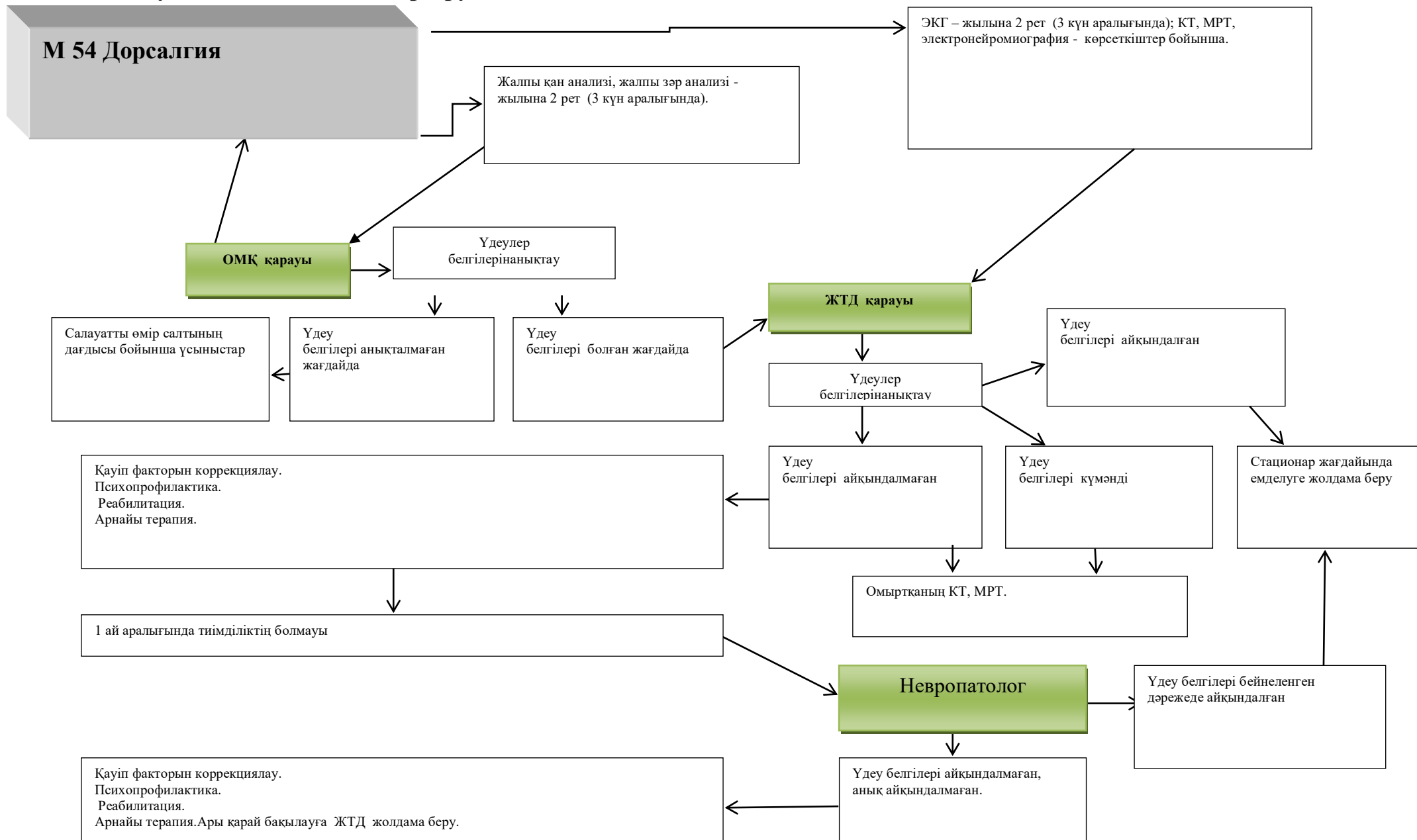
Бұзылған функциялардың регрессі немесе тұрақтануы. Уақытша жұмыс жарамдылығын төмендету;

Мүгедек тобын алып тастау немесе өзгерту.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

1 жыл. Есептен шығару – неврологиялық симптомдардың регрессі немесе тұрақтануы

Емделуші қозғалысының маршруты



Т 90 Бас жарақаттарының зардаптары

Нозологиялық форма

Т90 Бас жарақаттарының зардаптары

Т90.0 Бастың шалағай жарақатының зардабы

Т90.1 Бастың ашық жарақаттануының зардаптары

Т90.2 Бет сүйегі және бас сүйегінің сыну зардаптары

Т90.3 Бас сүйек жүйкелерінің жарақат зардабы

Т90.4 Шара тұсындағы көздің жарақат зардаптары

Т90.5 Бас сүйек ішілік жарақат зардаптары

Т90.8 Басқада белгіленген бас жарақаттарының зардаптары

Т90.9 Басқада белгіленбеген бас жарақаттарының зардаптары

Бас сүйек-ми жарақаттары:

Мидың жарақаттық зақымданулары жалпы жарақаттардың 25—30 %-ын құрайды, оның 2/3-і өліммен аяқталады. Олар - мүгедектіктің басты себептерінің бірі.

Бас сүйек-ми жарақаттары жабық және ашық болып ажыратылады. Жабық жарақат кезінде бас сүйек қуысы саңылауланбайды. Жұмсақ тканьдер және мидың қатты қабығы зақымдануымен қосарланатын бас күмбезі сүйектерінің сынуы, мұрын немесе құлаққа қан құйылу, ми жұлын сұйығы ағуымен (ликворреямен) бірге бастың сүйектерінің сынуы ашық жарақаттар болып саналады.

Бас сүйек-ми жарақаттарының басталып, өтуі шұғыл (2-ден 10 аптаға дейін), аралық (2-ден 6 айға дейін) және кешеуілдеген кезеңдерді (6 айдан 2 жылға дейін, егер сауытып кететін болса) қамтиды.

Бас сүйек-ми жарақаттарының патогенезі:

Ми жарақаттанған сәтте әр түрлі тамырлық, ликвородинамикалық және нейродинамикалық бұзылыстардың пайда болуына ықпал жасайтын күрделі механикалық (дірілдер, қарсы соққы, гидродинамикалық күштер және ликворлық толқын) әсерлерге ұшырайды. Мидың жарақатқа алғашқы реакциясы ми қыртысының әр түрлі қарқынмен ұзақтықта шектен тыс тежелуі түрінде көрініс береді. Соның салдарынан сырқаттар кенеттен есінен танып қалады. Бұл күй вегетативтік реттеудің бұзылуымен қосарланады. Мұндайда жарақаттық зақымданудан кейін тез басталып, бас сүйек қуысы қысымының жоғарылауына себеп болатын қан мен ми-жұлын сұйықтығының қалыпты ағымдары бұзылады.

Гипертензиялық синдром веналық іркілу, бір мезгілде немесе кейінірек домбығу және қарыншалар мен тор қабық асты кеңістігіне сұйықтық жиналуымен қосарланатын ми ісінуінен пайда болады.

Жабық бас сүйек-ми жарақаттарының патогенезі ми гипоталамус-бағандық бөліктерінің, торлы формацияның, вегетативтік нерв жүйесі сегмент үсті бөліктерінің және ми қыртысы-қыртыс асты арақатынастарының бұзылуынан гемо- және ликвородинамикалық,

нейрогуморальдық және эндокриндік жүйелердің, сонымен қатар нейронаралық байланыстардың өзгеруіне негізделген.

Жабық бас сүйек-ми жарақаттары

Бас сүйек пен мидың жарақаттары, Птидің классикалық жіктемесі (1773ж) бойынша, шайқалу (коммоция), жарақаттану (контузия) және қысылу (компрессия) болып бөлінеді. Бұл жіктеме өз маңызын әлі күнге дейін жоғалтқан жоқ.

Қазіргі уақытта ТМД елдерінде алты клиникалық түрлері (ми шайқалуы, мидың жеңіл жарақаттануы, мидың орта дәрежеде жарақаттануы, мидың ауыр жарақаттануы, жарақаттану жағдайында мидың қысылуы) ескерілген А.Н. Коновалов пен оның әріптестерінің ұсыныстары (1985ж) құпталып отыр.

Ми шайқалуы— мидың ең жеңіл зақымдануы. Оның клиникасында міндетті түрде ми құрылымдарының функциясы қалпына келетін, зақымдану дәрежесі өрескел емес бұзылыстар басым. Бірнеше секундтан 10 минутқа дейін созылатын қысқа мерзімді естен тану, лоқсу, құсу, вестибулярлық бас айналу байқалады. Кейіннен қарқыны әр түрлі, 7—10 минутта басылатын бас ауыруы, ретроградтық амнезия пайда болады.

Ми шайқалуының алғашқы сағаттарында анизокория, орталық мимикалық бұлшық еттерінің парезі, сіңір рефлекстерінің асимметриясы түрінде білінетін жеңіл ошақтық неврологиялық симптомдар көрініс беруі мүмкін.

Мижарақаты, ми шайқалуына қарағанда, әр деңгейде білінетін ошақтық неврологиялық симптомдармен сипатталады. Ми жарақатының жеңіл, орта және ауыр дәрежелері ажыратылады.

Жеңіл дәрежелі ми жарақаты - бірнеше минуттан бір сағатқа дейін созылатын естен тану. Ес кіргеннен кейін, жалпы милық симптомдармен бірге, брадикардия немесе тахикардия, артериялық гипертензия пайда болуы мүмкін. Ошақтық неврологиялық симптомдар әдетте өрескел болмайды (жеңіл анизокория, клоникалық нистагм, пирамидтық кемшілік белгілері, менингеалдық симптомдар), жарақаттанудан 2-3 апта өткенде байқалмайтын болады.

Ликворлық қысым орта дәрежеде жоғарылаған. Бас күмбезі сүйектерінің сынуы мен тор қабық астына қан құйылуы ықтимал. КТ-да ми ісінуіне тән ми заттары тығыздығы азайған аймақ анықталады. Ми ісінуі бір жерде ғана болып қоймай, мидың бір бөлігін, тіпті жарты шарын тегіс қамтуы мүмкін.

Патоморфологиялық өзгерістер орнықты ісіну ошақтарымен қатар, нүктелі қан құйылу және қан тамырларының жарылуы түрінде білінеді.

Орташа дәрежелі зақымдану кезінде естен тану мерзімінің ұзақтығы (бірнеше сағатқа дейін), психикалық бұзылыстармен қабаттасатын ретро-және антеградтық амнезия, қайта құсу, бас ауыру байқалады.

Ми зақымдануының ошақтық симптомдарымен бірге бір немесе екі жақты пирамидтық жетімсіздік және менингеалдық симптомдар пайда

болады. Мұндайда бас күмбезі мен оның астындағы сүйектер сынуы және тор қабық астына қан құйылуы мүмкін.

КТ-да анықталатын ошақтық өзгерістер жоғары тығыздықты ұсақ қосындылар немесе төменгі тығыздық байқалатын тұста тығыздықтың гомогендік жоғарылауымен (геморрагиялық дымқыл) сипатталады.

Патоморфологиялық өзгерістер ұсақ ошақты қан құйылулар мен ми тканінде жұмсарған ошақтары бар геморрагиялық дымқыл түрінде білінеді.

Ауыр дәрежелі бас сүйек-ми жарақаттары естен танудың ұзақтығымен (бірнеше сағаттан тәулік, күн, ай және одан да әрі) созылады, бас сүйек-ми нервтері дисфункциясының, бір-немесе екі жақты ми жарты шарлары зақымдануын, яғни мидың өрескел зақымданғандығын білдіретін ошақтық симптомдар пайда болуымен ерекшеленеді.

Мидың астыңғы бөліктері, маңдай мен самай бөліктері зақымданған жағдайда мінез-құлық өзгерістері (сылбырлық агрессиялық, бағытынан айырылу, козу), бас пен көздің бірдей бұрылуы, сөйлеу бұзылуы, клоникалық құрысу ұстамалары (бет пен қолда жиірек) байқалады.

Қыртыс асты құрылымдар зақымдануы гиперкинез, гипомимия, бұлшықет тонусының экстрапирамидтік типте жоғарылауы түрінде білінеді.

Патологиялық үрдіс диэнцефалдық аймақты қамтығанда, артериялық қысым көтеріліп, тахикардия, гипертермия, тыныс алу жиілігі (минутына 30—40 ретке дейін) пайда болады. Ми бағанының зақымдануы жұтыну мен дем алу бұзылыстарымен қабаттасады.

Жалпы милық және ошақтық симптомдар тұрақты болып, баяу үдейді.

Люмбалдық тесу арқылы алынған ми-жұлын сұйықтығы қанмен боялады. КТ-да мидың мылжалануынан әртекті тығыздықтағы бөліктер анықталады. Бұлар, біртіндеп кішірейе келе, гомогендік массаға айналады да, жарақаттанғаннан 10—14—21 күннен кейін "жоғалып" кетуі мүмкін. Көптеген жағдайларда КТ-да, мидың зақымданған тұстарында сұйық қан мен оның ұйымалары болуына байланысты, көлемі едәуір ұлғайған, қарқынды гомогендік тығыз ошақтар көрінеді. Олар қолайлы жағдайда 3-5 апта ішінде сіңіп кетеді.

Ауыр жарақаттануға байланысты патоморфологиялық өзгерістер уретрит, қан құйылу, ми ткані бөліктерінің бүлінуі, ісіну және тор қабық астына қан құйылу түрінде сипатталады.

Ми қысылуы көбінесе бас сүйек қуысына қан құйылудан (бас сүйек іші гематомасы) немесе мидың кенеттен ісінуінен, кейде бас сүйектерінің миды ығыстыруынан, сирегірек қатты қабық астына қан құйылудан пайда болады.

Бас сүйек ішіндегі гематома мидың ауыр дәрежеде жарақаттануына байланысты көбінесе (1.5—56 %) анықталмай қалуы мүмкін.

Эпи- және субдуралдық гематомалар әуелі ми шайқалу немесе жарақаттану (ауыр дәрежеліден басқасы) симптомдарымен білінеді. Коматоздық жағдайдан шыққаннан кейін науқастар біраз уақыт есін қанағаттанарлық дәрежеде сезінеді (жайдарылық шақ). Кейіннен 12—18—24—36 сағат (эпидуралдық гематома) және 2—3—7—14—20 күн (субдуралдық гематома) өткенде, жалпы милық (шыдатпайтын үдемелі бас ауруы, құсу, мінез-құлықтың өзгеруі, тамыр соғуы жиілігінің минутына 78—82 ден 54—60-қа дейін сиреуі, артериялық қысымның аздап көтерілуі) және ошақтық (сөйлеу бұзылуы, анизокорияның пайда болып, күшейе түсуі, сіңір рефлекстері асимметриясы, гемипарез дәрежесінің көтерілуі, бір жағынан патологиялық рефлекстер, менингеалдық симптомдардың пайда болып, күшейе түсуі) симптомдар күшейеді.

Эпидуралдық гематомалар мидың қатты қабығы мен сүйектер арасына қан құйылуынан (50—70 мл) пайда болып, 0,4—10 % жағдайларда кездеседі. Олардың көпшілігі алдыңғы қабық артериясының немесе оның тармақтарының бірі жарылуынан, кейде вена немесе вена қоймалары зақымдануынан болады. Гематома көбінесе сынған бас сүйектеріне бағытталған жарақаттайтын агенттің түйіскен жағында қалыптасады.

Эпидуралдық гематоманың клиникасында жайдарлық шақ пен ес-түстің үш кезеңдік бұзылуы, зақымданған жағында (гомолатералдық) мидриаз, оған қарама-қарсы жағында (контралатералдық) гемипарез, брадикардия және гематома жағында бас күмбезі сүйектерінің сынуы білінеді.

Субдуралдық гематомалар, яғни ми қатты қабығы астына қан жиналуы барлық бас сүйек-ми жарақаттарының 2-8 %-ын құрайды. Олардың қалыптасуына ми қыртысы веналары мен бас қан тамырларының зақымдануы әсер етеді.

Ағымына қарай олар өте шұғыл, шұғыл, созылыңқы және созылмалы болып бөлінеді.

Өте шұғыл және шұғыл гематомаларға байланысты өлім-жітім 40-96 %-ға дейін, ал созылыңқы болса - 14-24 %-ға дейін барады.

Ми іші гематомалары сирек кездеседі (0,23—9,5 %), мидың самай мен маңдай бөліктеріне орналасады, Ми іші гематомаларына қатысты өлім-жітім 25,4 %-дан 68 %-ға дейінгі мөлшерді құрайды. Оның клиникасында өрескел жалпы милық және ошақты симптомдар білінеді, Ауыр дәрежелі бас сүйек-ми жарақаттарына байланысты гематомалар өте жиі кездеседі. Субдуралдық гематомалардың эпидуралдықтармен немесе эпи- және субдуралдықтардың ми іші гематомаларымен қосарланатындығы байқалады, Олар әдетте тек ангиографиялық зерттеу нәтижесінде немесе операция кезінде анықталады.

Ең бағалы диагностикалық әдіс — мидың компьютерлік томографиясы.

Емдеу шаралары. Шұғыл кезеңдік жеңіл дәрежелі жабық бас сүйек-ми жарақатында 1-3 апта, ал ауыр дәрежелі ми жарақатында одан да ұзақ

уақыт бойы толық тыныштықпен қатар, мына төмендегі емдік шаралар жүзеге асырылуы керек;

1) тыныс алудың бұзылуымен күрес (ауыз қуысын, көмейді және кеңірдекті шырыштан тазарту, тіл ұстағышты пайдалану, карбогенмен дем алдыру, бұлшық етке 1 %-дық 1,0 мл лобелин немесе 1 мл цитозон жіберу-зон жіберу) және қажет болса инкубация немесе трахеостомия жасап, жасанды дем алдыруға көшіру;

2) жүрек қызметі бұзылуымен күрес (күніне 1—2 рет тері астына 1мл кордиамин, 1%-дық 1,0 мл мезатон);

3) шокқа қарсы емдік шаралар (қан, плазма, қанды алмастырғыштар құю, венаға глюкоза, 0,25 %-дық 10,0 мл новокаин, новокаиндық тежеу, 2 %-дық 1,0 мл промедол жіберу);

4) құрыспалы ұстамаларға қарсы дәрі-дәрмектер қолдану (бұлшықетке 5 %-дық 10,0 мл тиопентал натрий, венаға 10 %-дық 10,0 мл бромды натрий, бұлшықетке 10 %-дық 10,0 мл гексенал, хлоргидраттық клизма, люминол 0,1 гр-нан тәулігіне 3 рет);

5) ми ісінуіне қарсы емдік шаралар (бұлшықетке 25 %-дық 10,0 мл күкірт қышқылын магнезий, венаға 40%-дық 20,0 мл глюкоза, 10 %-дық 10,0 мл хлорлы натрий, бұлшық етке аптасына 2 рет 1,0 мл новурит, венаға күніне 10 %-дық 0,25 г фонурит, 1 кг дене салмағына 20%-дық 2,0-4,0 мл маннитол, 300-400 мл реополиглюкин тамшылату);

б) қажет болған жағдайда (тор қабық астына, миға, ми қарыншаларына қан құйылғанда) венаға 10 %-дық 10,0 мл хлорлы кальций немесе күніне 10 %-дық 5,0-10,0 мл кальций глюконаты, люмбальдық пункция арқылы 10—30 мл оттегі жіберу, соңынан бұлшықетке 50000— 100000 бірлік канамицин, 1%-дық 1,0 мл викасол жіберу.

Эпидуралдық гематомаларды шұғыл фрейздік саңылаулар, ал субдуралдықтарды — пункция көмегімен емдейді.

Ашық бас сүйек-ми жарақаттары:

Ашық бас сүйек-ми жарақаттары мидың қатты қабығының тұтастығы сақталған жағдайда өтпейтін, ал ол бұзылса, өтіп кететін жарақаттар болып екіге бөлінеді. Кейінгілері қабық асты кеңістігі мен ми затына инфекцияның кіруіне мүмкіндік береді. Бұл менингит және менингоэнцефаломиелит, ал кейіннен жарақаттан кейін ірің пайда болуына байланысты аурудың болашағы жөнінде күдікті болжам жасауға мәжбүр етеді.

Бастың астыңғы сүйектері сынықтарымен қосарланған ашық бас сүйек-ми жарақаттары ми-жұлын сұйығының мұрын мен құлақтан ағуына (ликворрея) себепші болады.

Ашық бас сүйек-ми жарақаттарының клиникасында міндетті түрде ми шайқалуы мен әр түрлі дәрежелі жарақат белгілері білінеді.

Ауыр клиникалық көріністер жараның инфекциялануына байланысты және бұл қолайсыз болжам жасауға негіз болады. Мұндайда жалпы милық және ошақты симптомдар әдетте айқын білінеді,

менингеалдық симптомдар пайда болады. Бастың астыңғы сүйектерінің сынуынан бас сүйек-ми нервтері өрескел зақымдануы мүмкін. Оған көзілдірік симптомы (көз айналасындағы қанталау), қан құйылу, сирегірек ликворрея тән. Олар кейде дамыған ми ісігінің бүркемелуінен болатын жара өзегінен немесе бас сүйек астындағы ақаулардан білінбей қалады.

Бас сүйектің өтпейтін ашық жарақаттарында жараның инфекциялануы остеомиелит пен эпидуритке себепші болуы ықтимал. Өтіп кететін жарақаттарға байланысты ірінді менингит пайда болуы мүмкін. Әсіресе ми қарыншаларының (әдетте бүйірлік) тесілуімен қосарланатын жарақаттар өте ауыр түрде өтеді. Мұндайда ірінді эпэндиматит және менингитпен қоса энцефалиттің клиникалық көріністері байқалады.

Қан мен ми-жұлын сұйығында әдетте қабыну өзгерістеріне тән белгілер білінеді. Ликворлық қысым жоғарылайды. Көз түбінде іркілу белгілері тез қалыптасады.

Емдеу шаралары жараны мүмкіндігінше хирургиялық жолмен тазалауға бағытталады. Ол езілген тканьдерді, сүйектердің сынығын, бөтен денелерді және қан ұйымаларын алып тастауға мүмкіндік береді. Жараны тазалау мұқият түрде гемостазбен қоса жүргізіледі.

Кей жағдайларда бастың жарасын тазалау кезінде жарақаттанғаннан кейінгі алғашқы сағаттар мен тәуліктерде өтіп кететін бас сүйек-ми жарақатын қатты қабық асты кеңістігін бітеу арқылы (тігу, кейде қатты қабық астына пластика жасау) өтпейтін жарақатқа айналдыру.

Бас сүйек-ми жарақаттарының алшақтаған кезеңінде ми зақымдануының ошақтық симптомдары пайда болғанда, неврологиялық бұзылыстардың сипатына сәйкес қалпына келтіретін емдік шаралар (логопедиялық, емдік гимнастика, уқалау, қимыл әрекеттерін реттейтін жаттығулар, бром немесе йод электрофорезі — көз-шүйделік немесе мандай-шүйделік әдісімен) іске қосылуға тиісті.

Вестибулярлық аппарат дисфункциясын емдеу үшін бұлшықетке күніне екі рет 1 мл-ден В₆ витамині, холинолитиктер, дифенин, аэрон, қажет болған жағдайда күніне 3 рет 0,0015-0,005 г галоперидол, күніне 2-3 рет 0,0005 г триседил немесе күніне 2-3 рет 0,5 г торекан тағайындалады.

Жарақаттану соңынан пайда болатын эпилепсиялық ұстамаларға қарсы бір немесе бірнеше препаратты біріктіретін емдік үлгі мұқият таңдалады. Құрыспалы ұстамаларға қарсы қолданылатын дәрі-дәрмектерді күрт тоқтатуға болмайды (ол ұстамаларды ушықтыруы мүмкін), оларды біртіндеп, 2-3 ай ішінде тоқтату керек.

Тыртықты-жабысқақ үрдістер пайда болған жағдайларда йодтық препараттар, биостимуляторлар, пирогендік препараттар (пирогенал), ферменттер (лидаза) тиімді.

В тобындағы витаминдерді тағайындаған да орынды, өйткені олардың түйіндерді тежейтін әсері болғандықтан, синапстар қозуына ықпал жасайтын қабілеті бар.

Бас сүйек-ми жарақатының әр кезеңдерінде мида және жүйелі қан жүргізуді реттейтін препараттар (циннаризин, кавинтон, компламин, теопикол, т.б.), оған қоса тамыр қабырғасын бекітетін (аскорбин және никотин қышқылдары), тамыр тонусын қалыптастыратын (резерпин, раунатин, клофелин, т.б.) препараттар ұсынылады. Мидағы зат алмасу үрдісін оңтайландыру мақсатында ноотроптар (актовегин, аминалон, ноотропил, глутамин қышқылы) тағайындалады.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЭКГ, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі, қан электролиттері - жылына 2 рет (3 күн аралығында), КТ, МРТ - көрсеткіштер бойынша.

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау. Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау. Негізгі аурудың декомпенсация белгілері пайда болғанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаған жағдайда невропатологқа жолдау.

Бақылау жиілігі

Жылына 4рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтырушаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау. Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия.

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Неврологиялық симптомдардың тұрақты ремиссиясы және стабилизациясы кезінде жүктілік рұқсат етіледі.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Бұзылған функциялардың регрессі немесе тұрақтануы. Уақытша жұмыс жарамдылығын төмендету;

Мүгедек тобын алып тастау немесе өзгерту.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

3жыл. Есептен шығару – неврологиялық симптомдардың регрессі немесе тұрақтануы

G91 Гидроцефалия

Нозологиялық форма

G91 Гидроцефалия

G91.0 Өзара байланысты гидроцефалия

G91.1 Обструктивті гидроцефалия

G91.2 Қалыпты қысымды гидроцефалия

G91.3 Белгіленбеген жарақаттанудан кейінгі гидроцефалия

G91.8 Гидроцефалияның басқа түрлері

G91.9 Белгіленбеген гидроцефалия

Анықтамасы: Гидроцефалия(ми шемені) –ми сұйықтығының ми қарыншаларына,миқабығының астына көп жиналуы, ликвордың циркуляциясы мен абсорциясының бұзылу себебінен олардың кеңеюімен сипатталатын ауру.

Гидроцефалия екіншілік ауру болып табылады және патологиялық процесс көрінісінде дамиды немесе олардың қалдықты құбылыстарын білдіреді.

Жіктемесі:

Пайда болуы бойынша:

1. туа біткен;
2. жүре пайда болған.

Клиникалық ағымыбойынша:

1. үдемелі;
2. компенсацияланған. Окклюзиялық(жабық):

1. Монро саңылауы алдындағы окклюзия;
2. сильвиев су құбыры алдында;

Мажанди және Люшка саңылауы алдында. Өзара хабарласатын (ашық):

1. артеробтвивтік;
2. гиперсекреторлық.

Субарахноидальдық кеңістіктердің қарыншалық жүйесінің кеңеюі кезінде:

1. ішкі;
2. сыртқы.

Госпитализациялау үшін көрсетімдер:

1. гидроцефалия себебі мен типін анықтау
2. амбулаторлық емнен тиімділік болмау (декомпенсация)
3. бас көлемнің үдемелі ұлғаюы
4. неврологиялық симптоматиканың болуы
5. гидроцефалияның этиологиясы мен типін анықтау
6. терапия типін анықтау (консервативті, хирургиялық)

Диагностика критерилері:

Шағымдар мен анамнез: ұстаматәрізді бас ауыру,бас ауыру кезіндегі құсу

Физикалық тексеру:бас көлемінің патологиялық үлкеюі;нәрестелердің қатты,іскенеңбегі; бассүйек тігісінің ажырауы (Маковен симптомы); бастағы айқын веналық тор; тері веналарының жұқаруы; самай сүйектерінің кеңеюі (Тоблер симптомы); мидағы ащы «өткір» айқай;

бассүйек ішілік қысымның жоғарылауы; ошақтық симптомдар; көру нервтерінің іркілген емізіктері + көзбен көру патологиясы; қолдың дірілдеуімен жалпы қозу; «псевдо (жалған)-Грефе»симптомы; «күннің батуы» феномені; қозғалыс және рефлекторных бұзылыстар (психомоторлық дамудың кешеуілдеуі);

Лабораторлық зерттеулер: тән мес

Инструменталдық зерттеулер: тән емес

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер: қосарланған патологияларға байланысты.

Дифференциалды диагноз: жоқ

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Жалпы қан анализі;
2. Жалпы зәр анализі;
3. Невропатолог кеңесі.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

1. Ми УДЗ;
2. Мидың компьютерлік томографиясы;
3. Бас миының ядрлік магниттік резонанстық томографиясы;
4. Көздің түбін қарау;
5. Қанды биохимиялық зерттеу (қан электролиттерін анықтау)
6. Иммуноферментті анализ, полимеразды-тізбекті реакция
7. Электроэнцефалография
8. Нейрохирург консультациясы.

Ауруханаға жоспарлы түрде жатқызудың алдында қажетті зерттеулерден өту тізімі:

1. Жалпы қан анализі;
2. Жалпы зәр анализі;
3. Мидың УДЗ-і;
4. Мидың компьютерлік томографиясы;
5. Мидың ядрлік магниттік резонанстық томографиясы;
6. Көздің түбін қарау;
7. Нейрохирург кеңесі.

Емдеу тактикасы: Емдеу тәсілі гидроцефалияның дамуына алып келген біріншілік патологиялық процестің белсенділігіне байланысты таңдалады.

Ем мақсаты: ремиссия индукциясы, асқынуларды басу

Дәрі-дәрмектік ем:

1. Қабыну кезінде антибиотикотерапия жүргізіледі: амоксициллин+клавулондық қышқыл суспензиясы 156,0/5,0, табл. 375 мг.
2. Спецификалық қабынуда (токсоплазмоз) - хлоридин, сульфадимизин (табл 0,5 x 3 рет) 3 курсы 5 күннен 1 апта үзіліспен.

Консервативтік ем: жіті үдемелі процесте – маннитол в/ішіне тамш. 15% немесе 2-5 сұйықтығын 1,5 г есебінен құрғақ заттекті 1 кг дене салмағына. Фуросемидті емізулі сәбилерге т/ішіне (0,7 мг/кг дене салмағына). Оның әсері бір уақытта т/ішіне 15% немесе 255 магний

сульфаты сұйықтығын (0,2 г/кг дене салмағына) енгізгенде күшейеді. Шеменнің созылмалы ағымында ем (әдетте, хабарлайтын түрі) цереброспиналдық сұйықтықтың бөлінуін тежеуге бағытталады.

3. Ми қан айналымын жақсартатын дәрі-дәрмектер – энцефабол 100мг табл.түрінде.

4. Дегидратация - ацетазоламид, дозасы жеке тағайындалады, орташа жағдайда -2 таб/тәул 2-3 рет тәулігіне 3 күн + 2 күн –кесте бойынша. Жалпы 2 жасқа дейінгі балаларға тәулігіне 70-80 мг/кг дене салмағына, 2 жастағы балаларға дозаны 50 мг/кг дейін төмендетеді.

5. Ноотропты препараттар.

6. Аналгезия мақсатында – кетонал, димедол, трамадол.

7. Құрысулық синдром диагностикасы кезінде – құрысуға қарсы препараттар – седуксен, депакин.

Негізгі дәрі-дәрмектері тізімі:

1. Амоксициллин+клавулондыққышқылтабл , оныңқабықшасынжабу 250 мг/ 125 мг,500мг/125мг , 875 мг/125 мг, 125мг/31 , 25 мг/5 мл , 200мг/28,5 мг/5мл ,400 мг/ 57 мг/ 5млұнтақтансуспензиядайындайды;

2. Цефтриаксонинъекциялықерітіндідаярлауүшінұнтақ 250 мг, 500 мг, 1000 мгфлаконда.

3. Цефотаксим 250 мг, 500 мг, 1000 мг, флаконда, инъекциялықерітіндідаярлауүшінұнтақ.

4. Цефтазидим - инъекциялықерітіндіаярлауүшінұнтақ, флаконда 500 мг, 1 гр, 2г.

5. Маннитолерітінді 10%, 20% 100 мл, 500 млфлаконда;

6. Фуросемид 40 мг табл.; 20 мг/2 мл амп.;

7. Ацетазоламид 250 мг табл.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Хлоридин 50 мг табл.;

2. Сульфадимизин 50 мг табл.;

3. Магний сульфаты 25% 20 мл амп.

4. Пирацетам таблетка 400 мг, 800 мг, 1200 мг; инъекция үшін ерітінді 20%

5. Трамадол капсула 50 мг; ампуладағы ерітінді 50 мг/1 мл; суппозиторий 100 мг.

6. Седуксен 0,5 % ерітінді.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы ЖҚА , ЖЗА 2 рет жылына (2-3 күн аралығында). Қанның биохимиялық анализі 2 рет жылына (1апта аралығында) мидың МРТ, ЭЭГ, РЭГ жылына 1 рет (10 күн аралығында).

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау (жалпы күйі, физикалық дамуы, антропометриясы). Жағдайы нашарлаған кезде неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог

Бақылау жиілігі

ЖТД жолдамасымен

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Қорғану тәртібі. Қалпына келтіретін дәрі-дәрмек терапиясы. Қажет болса оперативті ем.

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік қарсы көрсетілген

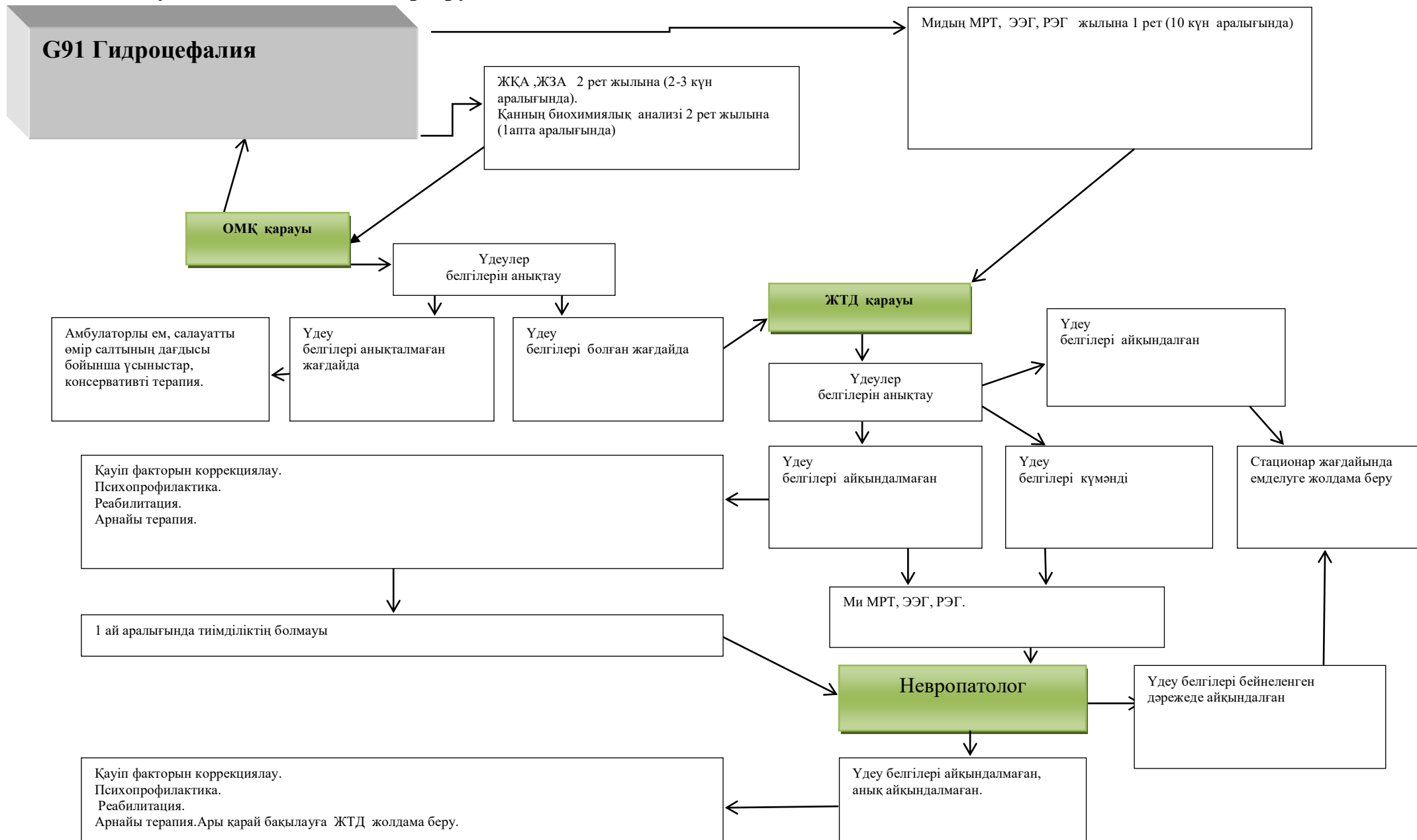
Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Хронизация, ересек неврологқа жіберу

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

Өмір бойы қаралу.

Емделуші қозғалысының маршруты



G 91.3 Гиперқозғыштық синдромы

Нозологиялық форма

G91.3 Гиперқозғыштық синдромы

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЖҚА,ЖЗА 2 рет жылына (2-3 күн аралығында). Қанның биохимиялық анализі: глюкоза деңгейі, Са 2+, К-, ацидоз - 2 рет жылына (1апта аралығында)

НСГ, ЭЭГ – жылына 1 рет (1 апта аралығында), қажет болса жулын пункциясы.

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау . Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау (жалпы күйі, физикалық дамуы, антропометриясы).

Жағдайы нашарлаған кезде неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы). Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог

Бақылау жиілігі

ЖТД жолдамасымен

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Дағдылар бойынша салауатты өмір салты ұсыныстары. Емді гиперқозғыштық синдромы анықталғанда бірден бастау. Жағдайы нашарласа госпитализациялау.

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Тұрақты ремиссия кезінде жүктілік рұқсат етіледі.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Когнитивті сфераның жақсаруы. Қозғалыс сферасында моторлы даму көрсеткіштері бойынша оң динамика: басын ұстауы жақсаруы, бұрылу, отыру,тұру,жүру, қол саусақтарының шаралары жақсаруы. Бұлшықет тонусының қалпына келу тенденциялары, қозғалыс белсенділігінің спонтанды көлемінің ұлғаюы.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

3 жыл бақылау. НСГ клиникалық және зертханалық көрсеткіштері жақсарылған. 3 жыл бойы ұзақ ремиссия.
Есептен шығару индикаторы неврологиялық симптомдардың регрессі немесе тұрақтануы.

G70.0 Миастения

Нозологиялық форма

G70.0 Myasthenia gravis

Миастения (Эрб-Гольдфлам ауруы) — нерв импульстерін бұлшықетке жеткізу қызметі бұзылған нерв-бұлшықет синапстарының аутоиммундық ауруы. Клиникасы, айқын анатомиялық өзгерістер болмаса да, бұлшық ет әлсіздігі мен қажығыштығы түрінде білінеді. Миастенияның көпшілігі кездейсоқ болады. Ол ересектерде жиі байқалып, балаларда сирек кездеседі. Әйелдер еркектерге қарағанда жиірек ауырады. Аурудың патогенезі синапстарда импульстер өткізуін бұзуға әсер ететін ацетилхолиннің жетімсіздігіне негізделген.

Балаларда үш түрлі миастениялық синдром кездеседі (нәрестелерде болатын өткінші миастения, созылмалы персистирленген миастениялар және миастенияның бозбалалық түрі).

Өткінші миастениямен ауыратын нәрестелер туған балалардың 10— 15 %-ын құрайды (Биші I.M., 1976; Fepichei I.M., 1978). Нәрестеде бұлшықет әлсіздігі мен гипотониясы, дұрыс ем алмау, әлсіз дем алу, птоз байқалады. Емделмеген жағдайда бірнеше сағат немесе күндер ішінде өліп қалуы мүмкін. Әдетте антихолинэстераздық препараттар оң нәтиже береді, 2—4 аптада сауығып кетеді.

Персистирленген миастения. Жаңа туған кезеңдегі өткінші миастенияға ұқсас, бірақ ол анасының миастениясымен байланысты емес. Ауру бірге туған аға-інілері мен апа-қарындастарында да білінуі мүмкін. Миастенияның бұл түрі өмір бойы сақталады. Патологиялық үрдіске қабақтар мен көздің сыртқы бұлшықеттері бейім.

Миастенияның бозбалалық түрі көбінесе 10 жастан асқан балаларда білінеді де, ер балаларға қарағанда қыз балаларда 6 есе жиі кездеседі. Негізгі клиникалық белгілері көздің сыртқы бұлшық еттері әлсірегендіктен, птоз бен диплопия (қосарлану) пайда болады. Қабырғааралық бұлшықеттер, мойын, мимикалық және бас сүйек-ми нервтері тарайтын бұлшық еттер жиі зақымданады. Аурудың аса ауыр түрлерінде бүкіл бұлшықеттер семеді (59-сурет).

Аурудың ерекшелігі — дем алғаннан кейін бұлшықеттердің күшеюі мен қайтадан күш түскенде әлсіреуі. Кенеттен басталатын, өмірге қауіп төндіретін миастениялық криздер (ұстамалар) инфекциялар немесе қатты күйзелулер (стресс) әсерінен болуы мүмкін.

Ауруға тән диагностикалық белгілер — парездердің арнаулы таралуы мен қайталанған немесе ұзаққа созылған күш әсерінен үдемелі бұлшық ет әлсіздігінің пайда болуы. Олар ауру үніле жоғары қараған кезде птоздың өте айқын білінуі арқылы байқалады.

Диагностикалық мақсатта прозериндік сынақ жасалады: аурудың бұлшық етіне 0,04 мг/кг прозерин жіберіледі. Нағыз миастения болса, бұлшықеттің күші қысқа мерзімге артады. Прозериндік сынақ кезінде 0,01 мг/кг атропинді де бұлшық етке жіберу керек. Ол прозериннің

парасимпатикалық әсерін (брадикардия, сілекей ағу және іштің бұрап шаншуын) тыяды.

Емдеу. Ең нәтижелісі - антихолинэстераздық препараттармен (прозерин, оксазил, калимин, т.б.) емдеу. Баланың 1 жас өміріне сай есептеп, 0,05 %-дық 0,1 мл прозерин ерітіндісін тағайындайды, бірақ бір инъекцияда 0,75 мл-ден артық болмауы тиіс. Бұл препаратты таблетка түрінде (1 жастан 10 жасқа дейін - 0,0015 г - 0,001 г-нан, 10 жастан кейін - 0,01 г-нан артық емес) де тағайындайды. Оксазил (1-2жасқадейін - 0,001; 0,005; 0,01 г, 2-5 жаста - 0,001; 0,002 г; 6-10 жаста - 0,001; 0,005 г; 11-14жаста - 0,005-0,007; 14 жастан асқандарға - 0,007-0,01 г) күніне бір рет тағайындалады.

Қазіргі кезде миастенияны емдеу үшін глюкокортикоид - 1-2 ай бойы күнара 5 мг/кг преднизолон өте жиі қолданылады.

Нәтиже болмаған жағдайда айырша безді алып тастайды.

Болжам балаларда ересектерге қарағанда біршама оңтайлы. Дұрыс емделген балалар қалыпты өмір сүруі мүмкін. 25 % жағдайда толық ремиссия басталады.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы

ЖҚА,ЖЗА, ҚБА 4 рет жылына (2-3 күн аралығында).

ЭМГ, декремент-тест, прозеринді сынама, ацетилхолин рецепторларына қарсы денедегі қан талдауы және титинға қарсы денесі жылына 2 рет (1 апта аралығында).

Алдыңғы көкірек қуысының органдарының компьютер томографиясы (тарамдалатын бездер, синоним: тимус) жылына 1 рет (1 папта аралығында).

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау .

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау (жалпы күйі, физикалық дамуы, антропометриясы).

Жағдайы нашарлаған кезде неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог

Бақылау жиілігі

ЖТД жолдамасымен

Негізгі емдік-сауықтырушаралары

Емді диагнозды анықтағаннан кейін бастайды, әртүрлі препараттармен антихолинэстерапиясын, үдеуі жоғарлағанда стационарлы ем. Қауіп факторын коррекциялау (миастеникалық және холинэргиялық криз).

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Тұрақты ремиссия және аурудың компенсирленген түрінде жүктілік қарсы көрсетілмеген.

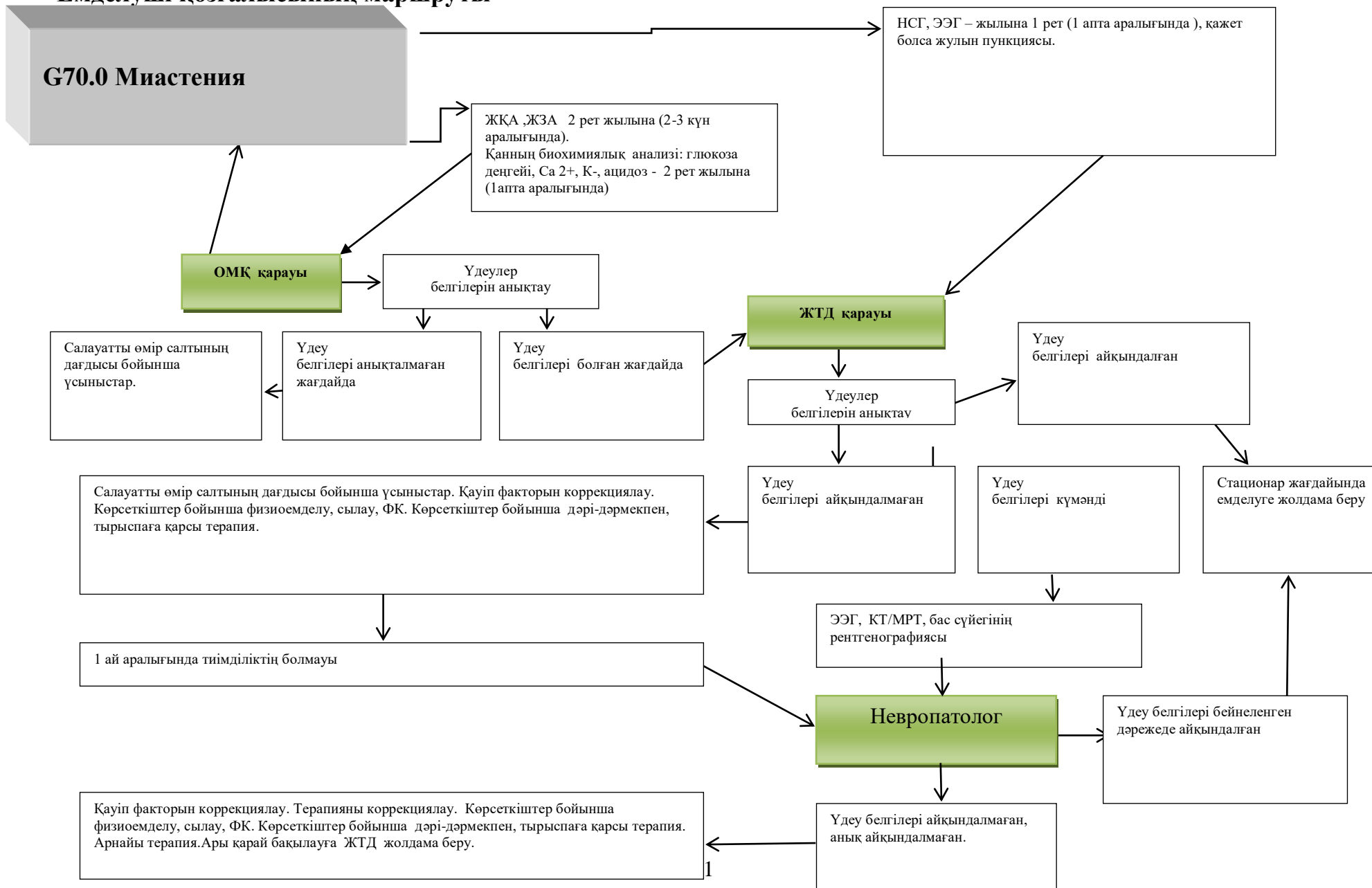
Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

«Д» есебіне уақытысында алу. Ілестірілген аурулардың деңсаулық жағдайын бағалау. Интеллект және ашулана-психикалық дамытуды сақтау өсуді динамикада және өткізілетін терапиялар. Тұрақты ремиссия.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

Өмір бойына бақылау. 1 жыл ішінде 3 айда бір рет қаралу. 1 жылдан кейін көрсеткіштер бойынша.

Емделуші қозғалысының маршруты



G 30 Альцгеймер ауруы

Нозологиялық форма

G 30 Альцгеймер ауруы

G 30.0 Альцгеймердің ерте ауруы

G 30.1 Альцгеймердің кеш ауруы

G 30.8 Альцгеймер ауруының басқа түрлері

G 30.9 Белгіленбеген Альцгеймер ауруы

G 31 Басқа айдармен жіктелмеген, жүйке жүйесінің басқа дегенеративті аурулары

G 31.0 Мидың шектелген атрофиясы

G 31.1 Басқа айдармен жіктелмеген, мидың сенильді дегенерациясы

G 31.2 Ішімдік заттарымен шақырылған жүйке жүйесінің дегенерациясы

G 31.8 Жүйке жүйесінің дегенеративті басқа белгіленген аурулары

G 31.9 Белгіленбеген жүйке жүйесінің дегенеративті ауруы

G 32 Басқа айдарларда жіктелген ауруларда жүйке жүйесінің дегенеративті бұзушылықтар

G 32.0 Басқа айдарларда жіктелген аурулардағы жұлынның жітілеу құрамалы дегенерациясы

G 32.8 Басқа айдарларда жіктелген жүйке жүйесінің басқа белгіленген дегенеративті бұзушылықтар.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы

Жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі, липограмма, қан глюкозасы, коагулограмма

– жылына 4 рет (3 күн аралығында); электроэнцефалография, ми қан тамырларының УЗГД, МРТ – жылына 2 рет (1 апта аралығында).

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау. Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау. Негізгі аурудың декомпенсация белгілері пайда болғанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаған жағдайда невропатологқа жолдау.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет (жоспарлы). Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профилді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы). ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау. Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия.

Фертильді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік ұсынылмайды

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

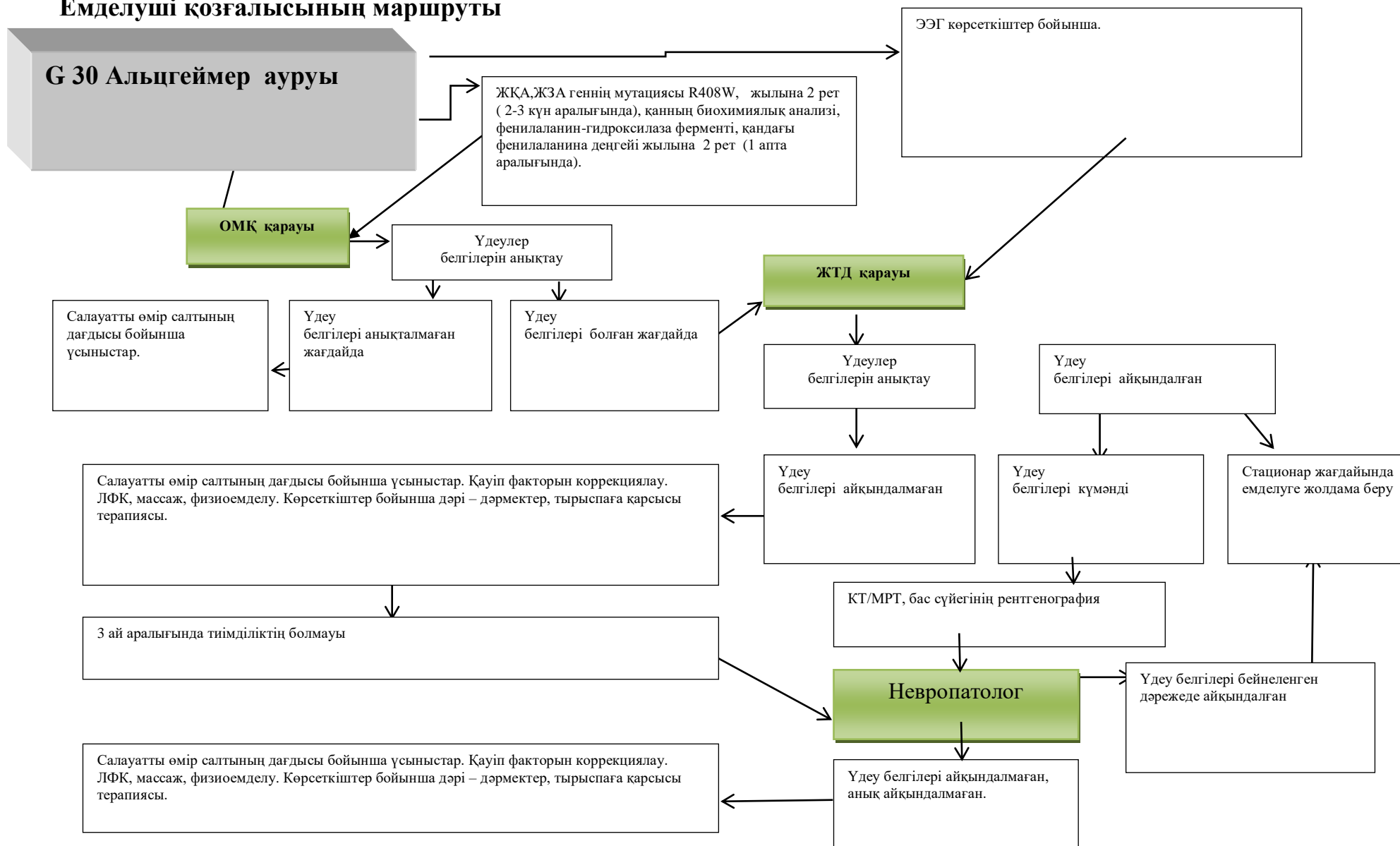
Организмның бұзылған функцияларын тұрақтандыру немесе қалпына келтіру деңгейін (қозғағыш, сезу, дауысты және жоғарғы ми функциялары). Өзіне қызмет көрсетуді жақсарту. Уақытша еңбек етуді төмендету.

Мүгедек тобын алу немесе өзгерту.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

Өмір бойы.

Емделуші қозғалысының маршруты



Q 2 Микроцефалия

Нозологиялық форма

Q 2 Микроцефалия

Микроцефалия – гректің «микро» - «кішкентай» және «цефаль» - «бас» сөздерінен бірігіп, бас сүйегі мен миы жетілмей қалған деген ұғымды білдіреді. Микроцефалия ақыл-ой кемістігінің ең ауыр түріне жатады. Мұндай ауруға шалдыққан балалардың басы дұрыс өсіп жетілетін әдеттегі көлемінен әлдеқайда кішкентай, шақша бас болып келеді де, соған орай миы да толық жетілмей қалады. Сонымен қатар олардың қимыл қозғалыстары да бұзылған және құрысып-тырысудың, қалшылдап, дірілдеудің, сіңірі тартылудың синдромдары болады және қоршаған ортада болып жатқан тіршілік болмысының шындығын сезініп түсінуі, ұғынып әсерленуі, ойланып елестетуі арқылы көңіл күйдің реңімен бейнелеп көрсететін ми торабының жұмыс істеу қызметінің (психикасының) даму барысы да кешеуілдеп қалатындығы анық байқалады.

Микроцефалияның пайда болуына баланың миы бірқалыпты жетіліп келе жатқан шағында тыныс мүшелері мен жүрек тамырларының ауруынан тіндердегі оттегінің азайып кетуі (гипоксия), ағзаның әр түрлі улы заттармен улануы (интоксикация), ауру қоздырғыш әр түрлі жұқпалы микробтардың залалды зардаптарынан ағзаның дертке шалдығуы (инфекция) және витамин теңдігінің бұзылуы сияқты факторлардың әсер етуі ықтимал деген жорамал бар. Микроцефалия баланың миының салмағы дені сау балаға қарағанда әлдеқайда жеңіл болатыны, мидың үлкен жарты шарының, әсіресе маңдай бөлігінің қыртысы толық жетілмегендігі, оның үстіндегі иір-иір болып келетін қатпарлы иірімдері мен жіңішке бұтақты иірімдері жетілмегендіктен миы біркелкі тегіс күйінде қалатындығы арнайы тексерудің нәтижесінде анықталды. Микроцефалияның алғашқы белгілері бала туғаннан кейін-ақ біліне бастайды. Ал, кейбір жағдайларда бұл аурудың белгілері нәрестенің дүниеге келгеннен кейінгі алғашқы айларында білінеді. Баланың микроцефалия ауруына шалдыққанын тек қана осы ауруға тән кейбір сыртқы белгілерінен байқауға болады.

Біріншіден, баланың бас сүйегі туылған кездегі көлемінен әрі қарай үлкейіп өспейді немесе болар-болмас қана өседі, бас сүйегінің ми орналасқан жоғары бөлігі мен бет сүйегінің түзілісі бір-бірімен сайма-сай келіп үйлесіп тұрмайды, маңдайы кейін қарай шалқайып, тайпайған, құлағы қалқайған үлкен және етегі салпыып төмен орналасқан. Екіншіден, жүйке жүйелерінің зақымданып бұзылуынан бұлшықеттерінің жұмыс істеу қызметтері әлсірейді немесе мүлдем жұмыс істемей сал болып қалады, сіңірлері түйіліп, тартылады немесе құрысып-тырысады, дене мүшелерінің қозғалыстары жақсы жетілмегендіктен қимылдарының икемдері ауытқып бір-бірімен байланыстары бұзылады және көздері де қылиланып бітеді. Микроцефалия балалардың басым көпшілігінің ақыл-ойларының кемістік дәрежелері негізінен идиотизмге немесе имбецильдерге жақын келеді. Ал,

психикасының жетілмей қалуынан болатын кемістіктері басқалармен байланысып, араласқан түрде байқалады.

Қорыта келгенде, жүкті кезінде ағзаны әр түрлі зиянды заттардың уландырып, зақымдауынан құрсақтағы ұрықтың жаңадан қалыптасып келе жатқан орталық жүйке жүйесі дертке шалдығады да, оның бірқалыпты даму дәрежесі бұзылады. Нәтижесінде, баланың дүниеге келгеннен кейінгі алты айында-ақ іштен кеміс болып туылғандығы біліне бастайды. Ал бұл кемістік баланың мектеп жасына таяған уақытында тіпті анық білінеді. Сонымен қатар, нәрестенің құрсақта жатқан кезінде мидың дертке шалдығып зақымдануынан оның ақыл-ойының бірқалыпты жұмыс істеу қызметінің қабілеті бұзылып, жетілмей қалады. Ақыл-ойы кем балалар қосалқы мектептерде оқытылады. Қосалқы мектепте оқушыларға жалпы және арнайы еңбек тәрбиесі беріледі. Жалпы – әр адамға тән еңбектің негізгі түрлері бойынша бағыт беріледі. Арнайы – оқушыларды кәсіптік жағынан дайындауға бағытталады. Арнайы кәсіптік еңбекке баулу 3 кезеңнен тұрады:

1. еңбек пропедевтикасы;
2. кәсіптік бағдар;
3. кәсіптік еңбекке баулу.

1. Еңбек пропедевтикасы – (1-3 сыныпты қамтиды). Негізгі мақсаты – оқушылардың еңбекке деген жалпы дайындығын қалыптастыру. Еңбек әрекетінің негізгі формасы – еңбек сабағы. Балалар қағазбен, картонмен, ағашпен, матамен, пластилинмен жұмыс орындаудың алғашқы ептілігін, дағдысын меңгере бастайды.

2. Кәсіптік бағдар – (4 сыныпты қамтиды). Оқу шеберханаларында қол еңбегін қолдану ретінде қалыптасады. Балалар шеберханаларда еңбек жағдайларымен, құралдармен, станоктармен танысады. Материалдарды (қағаз, картон, сымдар) өңдеудегі қарапайым дағды мен ептілікті меңгереді.

3. Кәсіптік еңбекке баулу – (5-8 сыныпты қамтиды). Мақсат – оқушыларды өнеркәсіп орындарында, еңбек құрылыстарында, халыққа қызмет көрсету орындарында жұмыс істеуге үйрету, яғни арнайы мамандық беру. Қыздар киім тігу, ер балалар аяқ киім жөндеу, маляр, штукатур, обой жапсыру, картонды түптеу мамандықтарын алады.

Микроцефалияның пайда болу себептері:

- тыныс мүшелері мен жүрек тамырларының ауруынан тіндердегі оттегінің азайып кетуі (гипоксия);
- ағзаның әр түрлі улы заттармен улануы (интоксикация);
- ауру қоздырғыш әр түрлі жұқпалы микробтардың залалды зардаптарынан ағзаның дертке шалдығуы (инфекция);
- витамин тепе-теңдігінің бұзылуы;
- босану кезіндегі алынған жарақаттар;
- радиацияның және нашар экологияның әсер етуі;
- генетикалық бұзылулар;

- ананың инфекциялық аурумен ауыруы;
- дәрілік препараттардың әсері, атап айтқанда антибиотиктер;

Микроцефалияның белгілері келесі көріністе айқын:

- науқас баланың бас шеңбері сау балаға қарағанда айтарлықтай кішкентай;
- кіндігі толық жабулы немесе шағын мөлшерімен сипатталады;
- егер, баланың кіндігі туылған уақытта ашық болса, онда туылған уақыттан кейін 1 айдың ішінде жабылады;
- бұлшықет тонусы төмен;
- баланың салмағы мен бойы нормаға жетпейді;
- кей жағдайларда талма ауруы көрінеді;
- қылилық (микроцефалия ауруымен туылған балаларда байқалады).

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЖҚА, ЖЗА жылына 2 рет (2-3 күн аралығында), қанның биохимиялық анализі жылына 2 рет (1 апта аралығында).

ЭЭГ жылына 2 рет (1 апта аралығында). КТ/МРТ, бас сүйегінің рентгенография - жылына 1 рет (1 апта аралығында). Көрсеткіштер бойынша аудиограмма.

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау .

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау (жалпы күйі, физикалық дамуы, антропометриясы).

Жағдайы нашарлаған кезде неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог, офтальмоскопия

Бақылау жиілігі

ЖТД жолдамасымен

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

ЛФК, массаж, физиоөмделу. Көрсеткіштер бойынша дәрі – дәрмектер, тырыспаға қарсы терапиясы.

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

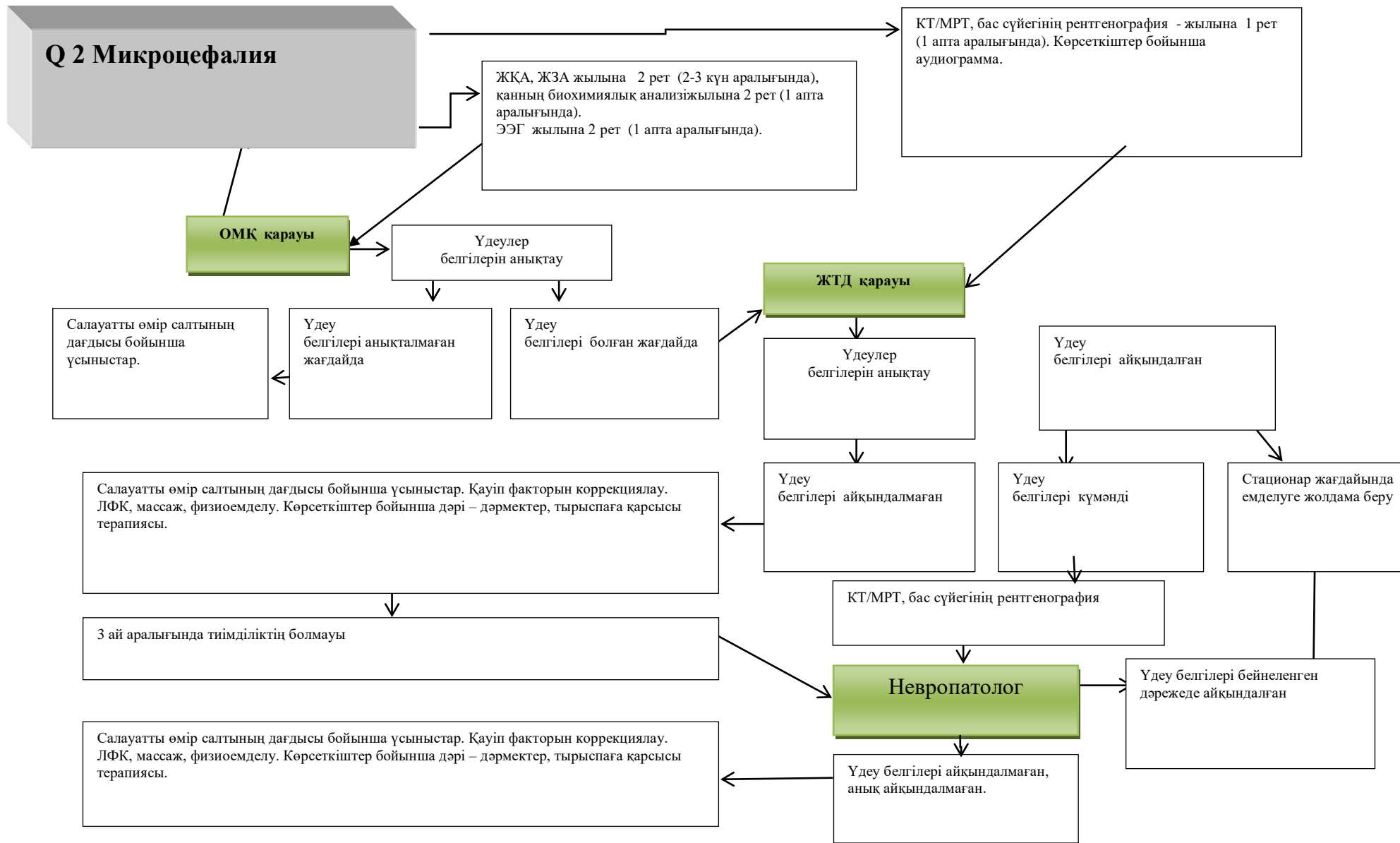
Жүктілік қарсы көрсетілген.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Арудың тұрақтануы.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі: Өмір бойы қаралу.

Емделуші қозғалысының маршруты



Е70.0 Фенилкетонурия

Нозологиялық форма

Е70.0 Фенилкетонурия

Бұл ауру туралы алғашқы рет 1934 жылы норвег дәрігері Фейнинг суреттеп жазған. Ол фенилаланин гидроксилазаның туа пайда болған кемістігінен болады. Фенилаланиннің тирозинге айналу үрдісі бұзылғандықтан, қанда фенилаланиннің мөлшері жоғарылайды.

Әр елде фенилкетонурияның таралымы 1:5000-нан 1:43000-ға дейінгі жиілікте кездеседі. Жапония мен Финляндияда ол өте сирек кездеседі.

Ауру аутосомды-рецессивтік типте тұқым қуалайды. Фенилкетонурия үш биохимиялық түрге ажыратылады:

1) классикалық (фенилаланин гидроксигеназаның жетіспеуі, гиперфенилаланинемияның қалыпты жағдайдағы 0,006054 ммольден 0,012108 ммольге дейін көтерілуі);

2) атипиялық (фенилаланиннің тирозинге гидроксилдену үрдісінің жартылай бөгелуі, фенилаланиннің мөлшері — 0,012108 ммоль);

3) дегидроптеридредуктаз кемістігіне байланысты фенилкетонурия (клиникасы классикалық түрдегі клиникасынан өзгеше емес, фенилаланин мөлшері кейде 0,018162 ммоль-ден жоғары).

Бұл түрлер генетикалық гетерогендікке дәлел бола алады. Әдеттегі жағдайларда фенилкетонурияның клиникалық белгілері 4—5 айдан бастап біліне бастайды. Баланың психикалық дамуы кешігеді. Шашы мен терісі ақшылдана бастайды, жиі экзема білінеді, кейде құрыспалы ұстама болуы мүмкін. Зәр үш валентті темірдің хлоридті тұзымен реакция жүргізгенде жасыл түске боялады.

Диагностика зәрдегі фенилпирожүзім қышқылымен қандағы фенилаланин мөлшерін анықтауға негізделеді. Бірақ ол туғаннан тек 2 ай өткенде ғана мүмкін болады. Балада бірінші күннен бастап фенилкетонурияны Гатри микробиологиялық сынақ көмегімен анықтауға мүмкіндік бар. Диагноз қойылысымен, арнайы емдік шаралар қолданыла бастайды.

Құрамында фенилаланиннің мөлшері аз диета (көкөністер, жемістер, тосап, бал), құрамында гидролизаттары бар патенттелген препараттар (лофелак, кетонил, нимогран, минафен, берлофон, иофелан, Апонти-40, Апонти-90) тағайындалады. Емдік шараларды әдетте нәрестенің 2-3 айынан бастайды. Егер ол кешеуілдесе, нәтиже бермейді. Белок гидролизаттарын әдетте үзіліссіз 5—8 жыл қолданады, одан әрі белогы аз диета ұсынылады.

Емдеу үрдісінде аптасына кемінде 2 рет қандағы фенилаланин мөлшері анықталады, ол 6-8 мг %-дан жоғары және 2 мг %-дан төмен болмауы тиіс.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы

ЖҚА,ЖЗА геннің мутациясы R408W, жылына 2 рет (2-3 күн аралығында), қанның биохимиялық анализі, фенилаланин-гидроксилаза ферменті, қандағы фенилаланина деңгейі жылына 2 рет (1 апта аралығында).

ФПВК зерінде жылына 2 рет (1 апта аралығында). ЭЭГ көрсеткіштер бойынша.

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау .

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау (жалпы күйі, физикалық дамуы, антропометриясы).

Жағдайы нашарлаған кезде неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог

Бақылау жиілігі

ЖТД жолдамасымен

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Өмірдің 2 айлық мерзімінен бастап ем қабылдауы. Фенилаланинсіз емдік тағамдар өнімдерімен қамтамасыз ету. Психопрофилактика. ҚР генетикалық қызметіне. Дәрі – дәрмектер терапиясы көрсеткіштер бойынша.

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Ананың қалыпты жүйке психикалық дамуында және үздіксіз емдік тағамтану қолданғанда жүктілік рұқсат етіледі. Медико-генетикалық кеңес ұсынылады.

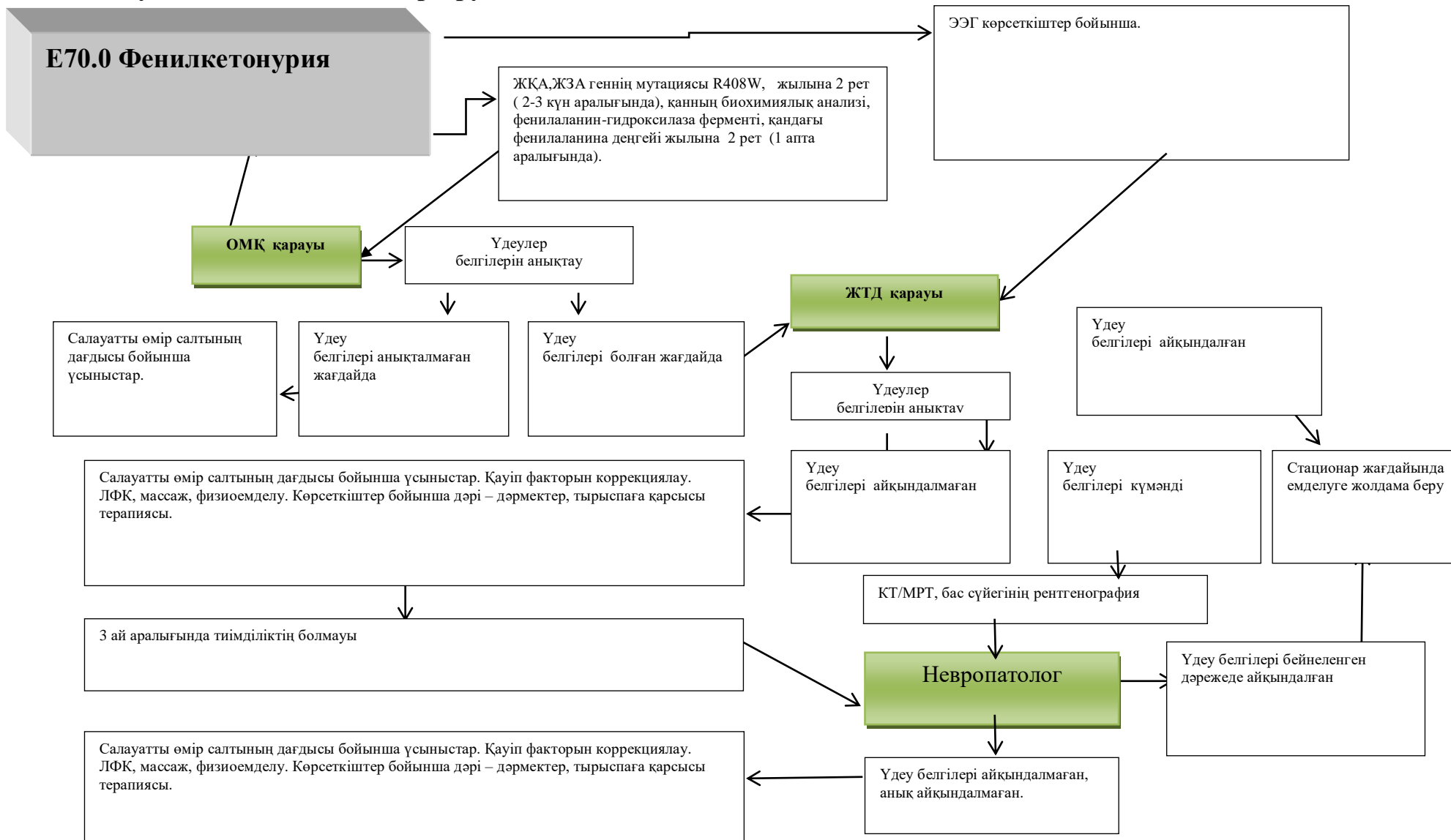
Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері цияның тиімділік белгілері

«Д» есебіне өз уақытысында тұру, уақытысында басталған емдік диетасы. Феилкетонуриясы бар балалардың қосымша ауруларын және жалпы жағдайын бақылау. Жүргізілген диетотерапия және өсу динамикасында интеллект пен жүйке психикалық дамудың сақталуы. Тұрақты ремиссия.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

«Д» есепте 2 жылға дейін тұрады. ҚБА, қанның фенилаланина анықтау. Невролог және психоневрологта бақылау. Ересек неврологке берілу.

Емделуші қозғалысының маршруты



G91.2 Тырыспалық синдром

Нозологиялық форма

G91.2 Тырыспалық синдром

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЖҚА, ЖЗА 2 рет жылына (2-3 күн аралығында).

Қанның биохимиялық анализі: глюкоза деңгейі, Са 2+, К-, ацидоз - 2 рет жылына (1 апта аралығында).

НСГ, ЭЭГ – жылына 1 рет (1 апта аралығында), қажет болса жұлын пункциясы.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау (жалпы күйі, физикалық дамуы, антропометриясы).

Жағдайы нашарлаған кезде неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог, офтальмоскопия.

Бақылау жиілігі

ЖТД жолдамасымен

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Дағдылар бойынша салауатты өмір салты ұсыныстары.

Емді гиперқозғыштық синдромы анықталғанда бірден бастау.

Жағдайы нашарласа госпитализациялау.

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

3 жыл көлемінде тұрақты ремиссия кезінде жүктілік рұқсат етіледі.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуға диспансеризацияның тиімділік белгілері

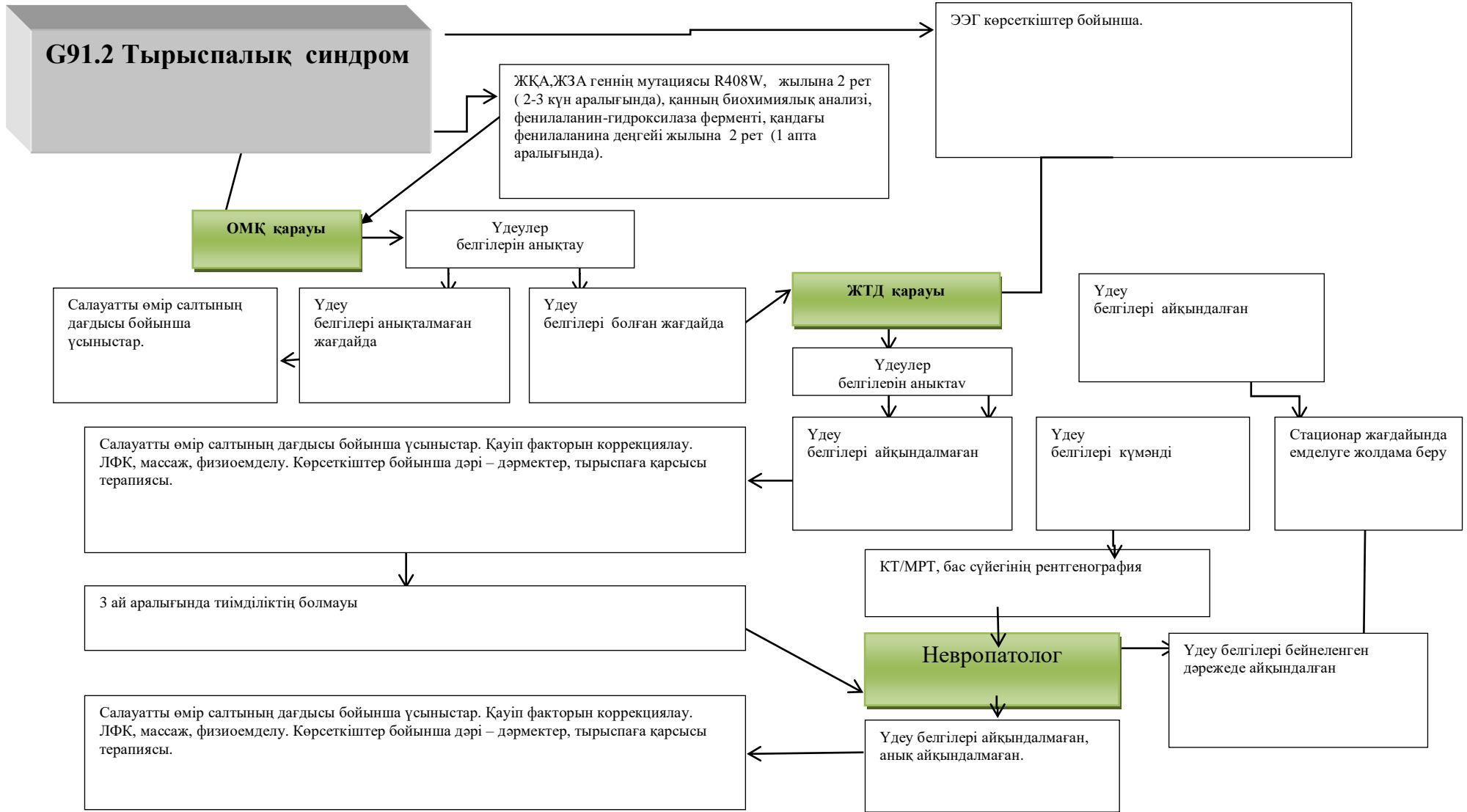
Когнитивті сфераның жақсаруы.

Қозғалыс сферасында моторлы даму көрсеткіштері бойынша оң динамика: басын ұстауы жақсаруы, бұрылу, отыру, тұру, жүру, қол саусақтарының шаралары жақсаруы. Бұлшықет тонусының қалпына келу тенденциялары, қозғалыс белсенділігінің спонтанды көлемінің ұлғаюы.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

3 жыл бақылау. НСГ клиникалық және зертханалық көрсеткіштері жақсарылған. 3 жыл бойы ұзақ ремиссия.

Емделуші қозғалысының маршруты



G 35 Шашыраңқы склероз

Нозологиялық форма

G 35 Шашыраңқы склероз

Анықтамасы. Шашыранды склероз (ШС) – салдарлық иммунотапшылық фонында ми мен жұлынның ақ тінін көпошақтанып зақымдайтын, нерв жүйесін үдемелі түрде миелинсіздендіретін, ауыр мүгедек ететін созылмалы ауру.

Шашыранды склероздың әдеттегі жағдайларында Шарко үштігі (нистагм, буын-буындарға бөліп, мәнерлеп сөйлеу, арнайы қимылдар кезінде пайда болып, тыныштықта білінбейтін интенционды діріл) анықталады.

Патогномдық симптомдарының біріне құрсақтық рефлексдердің жойылуы жатады. Әдетте құрсақтық рефлекстер екі жағынан бірдей жойылады немесе олардың кейбіреуі білінбейді, тез әлсірейтіндігі байқалады. Сезімталдық бұзылыстар тұрақсыз болғанымен, кейде беткей және меншікті сезімталдықтың бұзылуы ықтимал. Жамбас қуысы ағзалары функцияларының бұзылуы (зәр шықпай қалу немесе оны ұстай алмау, еріксіз зәр шығару) аурудың алғашқы белгісі болып саналады. Шашыранды склерозбен ауырғандарда көру қабілетінің бұзылуы әр қилы. Кейде көргіштік төмендеу, скотома пайда болу, көз аясы тарылу түрінде білінетін ретробульбарлық неврит тез дамиды. Көру нерві үрпісі самай бөлігінің қуқылдануы жиі байқалады. Көру қабілетінің өзгеруі аурудың алғашқы белгілеріне жататындығын ескерген жөн.

Шашыранды склерозбен ауыратындарда психикалық бұзылыстар байқалады. Олар ашуланшақ, жылауық болады, есте сақтау қабілеті мен өз жағдайын бағалауы төмендейді.

Шашыранды склероздың клиникалық белгілерінде өзгеше диссоциациялар (ыдыраушы бұзылыстар) байқалады. Олар: 1) парездің аздап білінуі мен пирамидалық симптомдардың өте айқындығы; 2) тізе рефлексінің солғындығы мен аяқ ұшының ырғақты қимылдауы, патологиялық рефлекстер және бұлшықет гипотониясы.

Ми-жұлын сұйықтығы өзгермейді немесе онда аса айқын білінбейтін өзгерістер байқалуы мүмкін. Жекелеген жағдайларда аурудың өршіген кезінде белок (0,45—0,66 %) пен клеткалардың аздап көбейгендігі байқалады, яғни ми-жұлын сұйықтығындағы өзгерістер патологиялық үрдістің белсенділік деңгейін көрсетеді.

Шашыранды склероздың барлық түрлерінің 60—70 %-ын құрайтын церебральды-жұлындық түрінен басқа, оның өзге де түрлері кездеседі.

1. *Қыртыстық түрі* психика бұзылысы мен эпилепсиялық ұстамалармен білінеді. Ол өте сирек кездеседі.

2. *Гемиплегиялық түрі* сәуле тәжіне, ішкі капсулаға немесе көру төмпешігі аймағына түйіндақтардың орнығуына байланысты. Ол, аурудың басқа түрлеріне қарағанда, жеделдеу басталады, кейде тіпті инсультте болатын апоплексиялық сипат береді.

3. *Мишықтық түрікімыл* үйлесімінің бұзылысы, мас адамша жүру, мүлт кетумен сипатталады. Бұл түрде Шарко үштігі жиі кездеседі.

4. *Жұлындық түрі*, әсіресе шашыранды склероздың алғашқы кезеңінде жиі кездеседі. Оның клиникасы аяқтағы үстірт сезімділіктің аздап бұзылуы мен жамбас қуысы ағзаларының аса білінбейтін бұзылыстарынан аяқтағы үдемелі парездер арқылы сипатталады.

5. *Көздік түрікөру* нервiнiң ретробульбарлық невриті, көру қабілетінің бұзылуы (көргіштіктің төмендеуі және парацентральдық скотома), қос көрінумен айқындалады. Ол түйіндақтардың көру нервiне (ретробульбарлы), көз қозғайтын нервтерге орнығуына байланысты. Бұл симптомдар жиынтығы аурудың алғашқы кезеңінде жиі байқалады.

Шашыранды склероздың диагностикасында Шарко үштігін, көру нервi үрпісі самай бөлігінің қуқылдануын, құрсақ рефлекстерінің білінбейтіндігін және Д. А. Марковтың секстадасын (көру бұзылыстары, вестибулярлық ауытқулар, көз қозғайтын нервтер зақымдануы симптомдарының тұрақсыздығы, пирамидалық жүйенің алғашқы зақымдануы, вибрациялық сезімталдықтың оқшау төмендеуі, ми-жұлын сұйықтығындағы коллоидты-белок диссоциациясы), сонымен бірге олардың ұзақ дамып, анда-санда қайталануын ескеру керек.

Жіктемесі.

ШС келесі формалары бар:

1) *Процестің орналасуына байланысты:*

Церебральді

Спинальді

Цереброспинальді

2) *Аурудың ағымы бойынша:*

Рецидивті-ремиссиялы формасы. Өршу кезеңдерінің аралығында ауру үдеп кетпейді.

Ілкі прогредиентті (үдемелі) формасы. Ауру басталысымен неврологиялық бұзылыстар тұрақты түрде үдей береді.

Салдарлық прогредиентті формасы. Неврологиялық бұзылыстар біртіндеп күшейе түседі.

Прогредиентті-рецидивті формасы. Өрбір өршуі ілкі үдемелі ағымға үстемелене береді.

Қауіп-қатерлі факторлар: Негізінен жас адамдар (20-40 жас) арасында жиі кездеседі. Әйелдер жиірек ауырады. ШС дамуы орта факторларының – вирустық инфекцияның (ретровирустар, қызылша вирусы, қызамық, тұмау вирустары), географиялық факторлардың және генетикалық қабылдағыштықтың өзара әрекеттесуіне байланысты. Жалпы популяциядағы көрсеткішпен салыстырғанда ШС даму қауіпі жақын туыстар арасында 20-50 есе артық.

Патогенезі: ШС әмбебап патологиялық процесс іске қосылуы негізінде дамиды. Ол нервжүйесі жасушаларында, иммунокомпетентті жасушаларда пайда болатын патохимиялық және иммунопатологиялық

реакциялардың жиынтық әсерінен дамиды. ШС ауруында иммунологиялық реакциялар, басқа да аурулардағы секілді, аутоиммундық өзгеріске ұшырайды, демек:

– аутоантиденелер пайда болады;

– Т- лимфоциттердің функциялық кемістігі дамиды;

– комплемент белсенділігі мен антидене өндірілу арасындағы тепе-теңдік бұзылады;

– иммундық комплекстер пайда болады.

ШС ауруындағы патологиялық процесс аутоиммундық өзгерістермен байланысты екендігін, ауру өршіген кезде қан құрамында Т- супрессорлар саны және олардың белсенділігі кеміп кетуінен аңғаруға болады. ШС ауруы өршу сатысынан ремиссияға ауысқан кезде Т-супрессорлар саны қалыпты жағдайдағыдан керісінше асып кетеді, ал толық ремиссия сатысында бұл көрсеткіш қалыпты деңгей шамасына келеді.

Госпитализациялау үшін көрсеткіштер:

Бірінші рет анықталған шашыранды склероз; аурудың неврологиялық кемістіктері күшейіп кеткен өршу сатысы; жаңадан неврологиялық ошақталған симптоматика пайда болуы; көру бұзылыстары; психикалық ауытқулар білінуі және т.б. өзгерістер.

Диагностика критерилері:

ШС диагнозын қою негізгі үш әдіс арқылы жүргізіледі:

– көпошақталып зақымдану белгілерін анықтау үшін аурудың клиникалық әйгіленістерін мұқият бақылау;

– магнитті-резонанстық томография (МРТ);

– нейроиммунологиялық зерттеулер.

Орталықтық нерв жүйесінің (ОНЖ) ақ тінінің әр жерінде кем дегендеекі зақымдалған ошақ анықталса ремиссиялы ағымдағы ШС диагнозы күмәнсіз деп саналады. Болжам диагноз қою үшін нерв жүйесінің ақ тінінде көпошақты зақымдану белгілері болу керек және клиникалықкөріністері айқын өршу бір рет білінген болу керек немесебір ошақ табылып, анамнезінде кем дегендеекі рет аурудың өршуі байқалу керек.

Шағымдар мен анамнез:бір немесе екі көздің көруінің нашарлауы, бедеулік, бас айналу және жүрек айну, сөйлеудің бұзылуы, шаршағыштық.

Физикалық тексеру:көру нервінің невриті;бір немесе бірнеше аяқ-қолдың спастикалық парезі;атаксиялық жүріс;интенционды тремор;түрлісоматосенсорлық бұзылыстар;қуық және тік ішек дисфункциясы;психикалық бұзылыстар, мысалы: дезориентация.

Аспаптық зерттеулер: ШС ауруының топикалық диагностикасын жасау үшін ақпараттылығы және перспективасы мол әдіс ретінде МРТ қолданылады. Оның көмегімен нақты бір науқастың орталықтық нерв жүйесіндегі көпошақты зақымдарды көрнекілендіруге және миелинсіздену процесінің даму барысындағы өзгерістерді қадағалауға болады. Дегенмен,

ШС диагнозын анықтағанда, аурудың клиникалық көріністерін ескермей, тек МРТ арқылы алынған мәліметтерді диагноз қоюдың абсолюттік критеріі ретінде қабылдауға болмайды.

Мамандар консультациясы үшін көрсеткіштер: көрсеткіштер бойынша.

Дифференциалды диагноз: жоқ.

Негізгі диагностикалық шаралардың тізімі:

-Қанның жалпы анализі.

-Несептің жалпы анализі.

-Офтальмолог консультациясы (көру жітілігін анықтау, көздің түбін, көру аясын тексеру).

-Магнит-резонанстық томография.

-Қанның биохимиялық анализі.

Қосымша диагностикалық шаралар:

-Ми-жұлын сұйықтығының анализі.

-Компьютерлі томография.

-Ревмотолог консультациясы.

-Терапевт консультациясы.

-Уролог консультациясы.

-Инфекционист консультациясы.

-Электроэнцефалография.

-Электрокардиография.

Емдеу тактикасы:

Ем мақсаты: неврологиялық кемістіктерді азайту және қалпына келтіру; тұрақты ремиссияға қол жеткізу; асқынуларды тоқтату; өмір сүру сапасын жақсарту.

Дәрі-дәрмектік ем:

Емнің нәтижелі болуы әртүрлі дәрі - дәрмектердің комплексті түрде қатар тағайындалуына, оңалту шаралары мен салауатты өмір салты дұрыс ұйымдастырылуына байланысты. ШС ауруын емдеу шаралары негізгі 2 бағытта жүргізіледі – *патогенездік және симптоматикалық бағытта*.

Патогенездік ем иммундық жүйедегі белсенді жасушалар ми тінінің құрылымын бұзатын (деструкциялайтын) процесті тоқтатуға бағытталады. Бұл топқа жататын дәрі-дәрмектердің көбісі иммунотропты препараттар. Олар иммунитет реттелуіне, гематоэнцефалиялық тосқауылдың функциясына әсер етеді. Глюкокортикоидтар (метилпреднизолон) иммуносупрессорлық әсер етеді. Иммуномодуляторлар тобынан интерферон – бета-1б немесе оның ұқсас түрлері тағайындалады. Бұлар ең нәтижелі дәрілер деп саналады, өршу жиілігін азайтып жаңадан зақым ошақтарының пайда болуын тоқтатады. Тағайындауға ұсынылатын дозасы 0,25 мг (8 млн. Х.Бір). Бұл мөлшер дайындалған 1 мл ерітінді құрамына кіреді, оны күнара тері астына жібереді. Америка Неврологтары Ассоциациясының зерттеулері нәтижесінде интерферон бета – 1б ең жоғары деңгейлі ұсыныстағы дәрі ретінде танылып, емдік ұсыныстың А

типіне жатқызылған. Оны ШС ауруының рецидивті-ремиссиялы және салдарлық-үдемелі формаларын емдеуге қолданады.

ШС ауруының патологиялық процесі бета-интерферонның әсеріне көпке дейін сезімталдығын жоймайды, емді үзбей ұзақ уақыт жалғастыру керек. Бета-интерферонмен емдеу ертерек басталса неврологиялық кемістіктер азаяды, мүгедектік тауқыметі кешеуілдейді.

ШС ауруы өршіген науқастар (оның ішінде көру нерві невритіне шалдыққандар да) жоғары дозада кортикостероидтар қабылдау керек. Емдеу курсы неғұрлым ертерек басталғаны дұрыс. Метилпреднизолон 1 г /тәул. венаға жіберіледі, 3-5 күннен кейін преднизолонды таблетка түрінде қабылдауға көшеді. Преднизолонды алғашқы апта бойы тәулігіне 1 мг/кг. дене салмағына есептеп береді, кейінгі 1-2 апта ішінде дозаны тез азайта отырып дәрі ішуді мүлдем тоқтатады.

Кортикостероидтармен емдеу курсы жылына 3 реттен асырмаған жөн және үзбей қабылдау ұзақтығын 3 аптадан асырмау керек. Егерде аурудың рецидиві вирустық немесе бактериялық инфекцияның әсерінен туындаса глюкокортикоидтар тағайындауға болмайды. Ауыр жағдайларда плазмаферез жасауға болады.

Оңалту мақсатында массаж, емдік денешынықтыру (ЕДШ) жасауға болады.

Симптоматикалық ем:

Науқастың жалпы жағдайын жеңілдетуге бағытталады. Қанның микроциркуляциясын жақсарту үшін декстрандар тағайындалады – бір курсына 2-3 рет 200 мл-ден 400 мл-ге дейін; ноотроптар (пирацетам) 20% - 5 мл – бір курсы 5-10 рет; бұзау қанынан дайындалған протеинсіздендірілген гемодериват драже түрінде 200 мг-нан 600 мг-ға дейін, немесе 40 мг бұлшықетке жіберіледі; шошқа миынан алынған пептидтер комплексі 50,0 мл-ден 100,0 мл-ге дейінгі мөлшерде венаға жіберіледі – бір курсы 5-10 инъекция.

Бұлшықет жүйесінде байқалатын спазмдық симптомды мүлдем зиянды деп бағаламау керек, себебі қол-аяқ әлсіздігі бар жағдайда бұлшықеттің спастикалылығы аз да болса жүріп-тұруға өз септігін тигізеді. Дегенмен бұлшықеттің спазмға бейімділігін емдеу керек, ол үшін баклофен тағайындалады (бастапқы дозасы 5 мг тәулігіне 2-3 рет., әдеттегі дозасымг/тәул), немесе толперизон тәулігіне 50 мг-нан 150 мг-ға дейінгі шамада беріледі. Қуық функциясы бұзылған жағдайда урологқа тексертіп оның ұсыныстарына сәйкес ем тағайындау керек. Қуық функциясының бұзылуы жалпы зәр шығару жолдарының инфекциялық қабынуына шалдықтыруы мүмкін. Кейбір науқастардың қуығына ауық-ауық катетер салуға, сонымен қатар асептик және антисептик ерітінділерімен қуығыншайып алып отыруға тура келеді. Несеп шығу жиілігін қадағалап отыру үшін 100-400 мкг десмопрессин ауыз арқылы немесе 10-40 мкг мұрын ішіне күніне бір рет беріледі. Кіші дәрет тоқтамайтын жағдайда тәулігіне 5 мг-нан 15 мг-ға дейінгі шамада оксибутинин беріледі.

Ішқатпа (үлкен дәрет жүрмей қалу) дамыған жағдайда ішайдайтын дәрілермен немесе тазартқыш клизма жасау арқылы іш жүруін реттеу керек.

Тұнжырау (депрессия) байқалса антидепрессанттар тағайындау қажет. Консультацияны және оңалту шараларын белгілі уақыт өткеннен кейін қайталап тұру керек. Ем тағайындағанда, оңалту шараларын ұсынғанда дәрігерлердің қабылдауына науқастың отбасынан жақын адамдары бірге барып қатысқаны жөн.

Профилактикалық шаралар: консультация және реабилитациялық шараларды бірауақыттан кейін жүргізген жөн.

Әрі қарай жүргізу: Емді және реабилитациялық шараларды тағайындаған кезденауқсатың отбасы мүшелері қатысқан дұрыс.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

Метилпреднизолон 4 мг, табл, инъекцияға арналған ерітінді дайындайтын ұнтақ 40 мг, 250 мг, 500 мг.

Бетаферон 8 млн X Бір күнара, тері астына

Интерферон - бета-1б, стерилизацияланған лиофилизацияланған ұнтақ.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

Баклофен 10 мг, 25 мг, табл.

Толперизон 50 мг драже, 150 мг инъекцияға арналған ерітінді 100 мг.

Декстран, инфузияға арналған ерітінді 200 мл, 400 мл флаконда.

Оксибутинин гидрохлорид 5 мг, табл.

Флуоксетин 20 мг, капсулада.

Шошқа миынан алынған пептидтер комплексі 5, 10 и 20 мл, инъекцияға арналған ерітінді.

Пирацетам 200 мг, табл., инъекцияға арналған ерітінді. 20% 5 мл, ампулада.

Винпоцетин 10 мг табл.

Диазепам, инъекцияға арналған ерітінді 10 мг 2мл, ампулада.

Пиридоксин гидрохлорид 200 мг табл.

Тиамин гидрохлорид 100 мг табл.

Цианкоболамин 200 мкг табл.

Токоферол ацетат 1 мл ампуладағы майлы ерітінді 5%; 10%, капсулада 50%.

Аскорбин қышқылы инъекцияға арналған ерітінді 5%, 10% 2мл, 5 мл ампулада.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

Орталық нерв жүйесі функциялары (көру функциясы, қозғалыстық, координациялық, психикалық, сезіну функциялары, жамбасшілік ағзалар функциясы) бұзылуы қалыпты жағдайға келуі немесе азаюы.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы

ЭКГ, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі жылына 4 рет (3 күн аралығында), электроэнцефалография, контрастты заттармен көк тамырға енгізу МРТ– жылына 2 рет (1 апта аралығында).

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау.

Негізгі аурудың декомпенсация белгілері пайда болғанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаған жағдайда невропатологқа жолдау.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау.

Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия.

Фертильді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік ұсынылмайды.

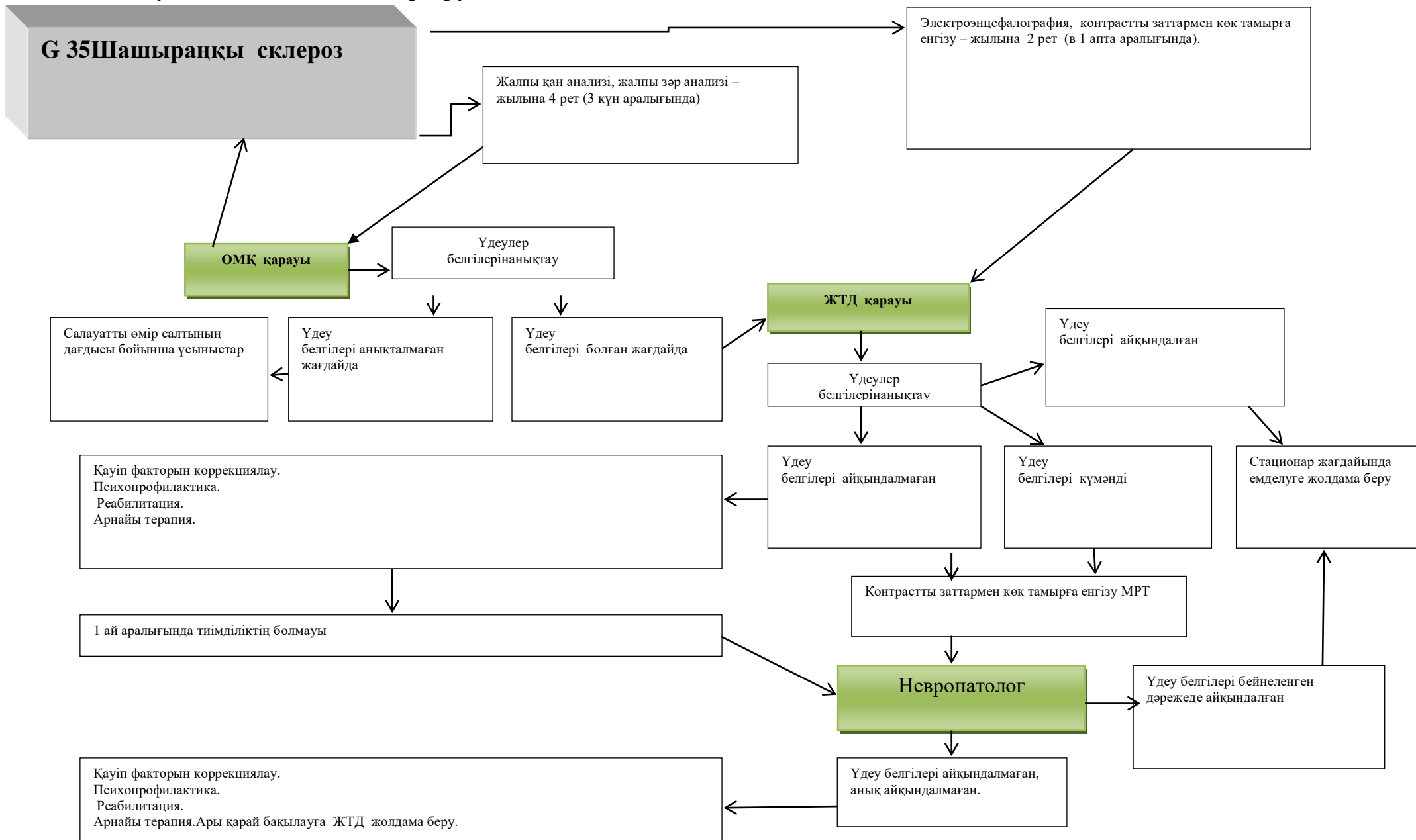
Бір диспансеризация тобынан еекінші топқа аударуға диспансеризацияның тиімділік белгілері

Неврологиялықсимптомдардыңрегрессі, неврологиялық бұзылулардың көрсетілген дәрежесінің азаюы; уақытша еңбек етуді төмендету; мүгедектік тобын алу немесе өзгерту.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

Өмір бойы бақылау.

Емделуші қозғалысының маршруты



G 40 Эпилепсия

Нозологиялық форма

G 40 Эпилепсия

G 40.0 Локальды (фокал./парциал.) идиопатиялық эпилепсия, фокалды басымен ұстамалы аурулары бар эпилептикалық синдром

G 40.1 Локальды (фокал./парциал.) симптоматикалық эпилепсия және қарапайым парциалды ұстамасы бар эпилептикалық аурулары

G 40.2 Локальды (фокал./парциал.) симптоматикалық эпилепсия және эпилептикалық кешендікпарциалды ұстамасы бар синдром

G 40.3 Өршіген идиопатикалық эпилепсия және эпилептикалық синдром

G 40.4 Өршіген идиопатикалық эпилепсия және эпилептикалық синдром басқа түрлері

G 40.5 Ерекше эпилептикалық синдром

G 40.6 Белгіленбеген grand mal ұстамалары (аз ұстамаларымен [petit mal] немесе оларсыз)

G 40.7 Белгіленбеген аз ұстамалар [petit mal] grand mal ұстамасыз

G 40.8 Эпилепсияның басқа белгіленген түрлері

G 40.9 Белгіленбеген эпилепсия

Эпилепсия – созылмалы, полиэтиологиялық, ОЖЖ ауруларымен шектеледі, ол қайталамалы тырыспамен және есінің әртүрлі бұзылыстары мен одан кейінгі амнезиямен болатын тырыспасыз пароксизмдармен, сонымен қатар ЭЭГ арнайы суретімен сипатталады. Эпилептикалық ұстама қыртысты нейрондардың тым гиперсинхронды разрядтармен байланысады.

Тырыспалы ұстамалар ересек адамдарға қарағанда балалық шақта 5-10 есе жиі кездеседі Балалар арасында ұстама жиілігі 1000-ға 1520, ал нервті-психикалық ауру арасында 10-15% . Шамамен 60% өмірінің алғашқы 3 жылына келеді.

Балалардағы эпилепсиялық пароксизмдардың жоғары жиілігіне әкелетін жағдайлар:

Бас миының жетілмеуі, әсіресе үлкен жарты шар қыртысы;

ГЭБ-тің жоғары өткізгіштігі;

Шеткі нерв жүйесінің неуровыравновешенность;

Ми тіндерінің жоғары гидратациясы;

Өткізгіштердің миелинизациясының жеткіліксіздігі;

Алмасу үрдістерінің тұрақсыздығы;

Қозыдың лабильділігі мен генерализациясы;

Ми қыртысында және басқаларында тежеуіш үрдістерінің әлсіздігі.

Этиологиялық факторлары:

Эндогенді: генетикалық негізі – көптеген нейронды разрядтардың пайда болуы үшін тырыспалық дайындық немесе

параксизмальдіреактивтілік, эпилептикалық ұстамалардыңқайталануына әкеледі,Экзогенді: бас миының органикалықзақымдануымен байланысты эпилептикалықбелсенділіктің тұрақты ошағы:

- перинатальді факторлар;
- бас-ми жарақаттары;
- нейроинфекция;
- интоксикация;
- тамырлар аурулары;
- жүйке жүйесінің аурулары.

Балалардағы эпилепсияның экзогенді факторы:

Ұрық бас миының дамуының бұзылысы, ол «дефекті ми» миға оттегі жетіспеушілігіне сезімталдығының жоғарлауына және тырыспаныңреактивтілігіне әкеледі;

Жатыр ішілік инфекция (қызамық, токсоплазмоз, листериоз);

Жүктілік кезінде анасының науқастануы, интоксикация (ішімдікқабылдау, ұрықтың R-лық сәулеленуі);

Анасы мен баласының қан тобы және қанның резус-факторлыныңсәйкессіздігі (гемолитикалық аурудың жоқ болуына қарамастан);

Жатыр ішілік пиридоксинді жетіспеушілік;

Босану жарақаттары;

Босану кезіндегі асфиксия;

Инфекция;

БМЖ;

Поствакциналық асқынулар және т.б.

Эпилепсия түрлерінің классификациясы:

-симптоматикалық

-криптогенді

-идиопатикалық

Симптоматикалық – этиологиясы менпатологиялық ошақтың локализациясы анықталған.

Криптогенді – этиология анықталмаған, бірақмидың органикалық зақымдануы анық.

Идиопатикалық – этиология және мидыңорганикалық зақымдалуы туралы мәліметтеранықталмаған.

Идиопатикалық эпилепсия критерилері:

Генетикалық бейімділік – отбасылық жағдайдағы жиілігі5-45%.

Аурудың лимитирлеген жас мөлшері – 3-тен 30 жасқадейінневрологиялық статуста өзгерістердің болмауы.Науқастардың қалыпты интеллекті.Нейровизуализация кезінде мида құрлымдықөзгерістердің болмауы.ЭЭГ-да негізгі ырғақтың сақталуы.

Көп жағдайда терапиялық ремиссияға жеткенсалыстырмалы жақсы болжам.

Белгіленген критерилердің біреуі де идиопатиялық эпилепсияның диагностикасында абсолютты болып табылмайды.

Эпилептикалық ұстамалар классификациясы

- I. Генерализденген
- II. Парциальды
- III. Классификацияланбайтын

I. Генерализденген ұстама:

1. Тырыспалы
 - а. тонико-клоникалық
 - б. тоникалық
 - в. Клоникалық
 - г. Миоклоникалық
 - д. атониялық

2. Абсанстар

- а. типті
- б. атипті

II. Парциальді (фокальді) ұстамалар:

A. Қарапайым парциальді ұстама.

1. Моторлы
2. Сенсорлы
3. Вегетативті
4. Психикалық

B. Күрделі парциальді ұстама.

1. Қарапайым парциальді ұстама болып басталады да есінің бұзылуына әкеледі.

2. Есінің бұзылуымен басталады.

B. Екіншілік генерализденген парциальді ұстама.

1. Екіншілік генерализденген қарапайым парциальді ұстама

2. Екіншілік генерализденген күрделі парциальді ұстама

3. Қарапайым парциальді ұстаманың күрделі парциальді ұстамаға ауысады және кейін генерализденеді.

Эпилептикалық ұстама критеріі:

- 1) пароксизмальдылығы (кенеттен)
- 2) қысқа уақытты
- 3) стереотиптілігі
- 4) көп жағдайларда амнезиямен байқалатын есінің бұзылуы.

Үлкен генерализденген тонико-клоникалық ұстамалар — grand mal:

- басы;

-басының бұрылуы және науқастың құлауы;

- тоникалық фаза - 10-20 сек. Бірінен кейін бірі, келесілер: көздіңашуы, бүгу, қолдың ратациясы мен әкетуі, бастың жазуы, тоникалық айқай, қолдарын жазу, аяқтың жазу ратациясы және әкелуі. Апноэ терінің цианозын шақырады;

- клоникалық фаза - шамамен 30 сек. Қысқа уақытты барлық дененің бүккіш тарылуларымен көрінеді. Бұл жағдайда жиі тілінтістеп алады, кейде еріксіз зәрдің шығаруыда болады. Ұстама жалпы вегетативті реакциямен: тахикардия және ↑АК, қарашықтың ұлғаюы, гипергидроз, гиперсаливациямен қатар жүреді; - Ұстаманың жалпы ұзақтығы 20 сек-тан 2 минутқа дейін болады. Ұстамадан кейінгі кезең (кейде ұстамадан кейінгі команықосқан кезінде) бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін болуы мүмкін.

Миоклониялық ұстама

Миоклония — қыртысты, қыртыс асты немесе жұлынды деңгейде үзікті, қысқа уақытты, ырғақты немесе ырғақсыз бұлшықеттердің тартылуларына тады.

Миоклониялық ұстамалар жалпы бір реттік немесе олардың қысқа сериялармен шектелуін сипаттайды. Эпилептикалық миоклониялар көбінесе екі жақты, мультифокальді және асимметриялы болуы сирек емес. Бір реттік ұстама шамамен 1 секундқа созылады, ол тоқ соққандай болып келеді. Миоклониялық тартылулар абсанстар және парциальді ұстамалар құрылымында байқалуы мүмкін.

Атониялық (акинетикалық немесе астатикалық) ұстамалар

Бұл науқасты жиі бас жарاقاتтарына әкелетін, тонустың бірден жоғалып, науқастың еденге құлауымен сипатталады. Ұстама ұзақтығы — бірнеше секунд (1 минутқа дейін). Жеңіл түрінде ұстама бастың салбырауымен (егер науқас стол басында отырса) немесе төменгі жақтың салбырауымен көрінеді. Тонусының төмендеуі тек атониялық ұстама кезінде ғана емес абсанстар, қарапайым немесе күрделі парциальді ұстамалар кезінде де байқалады, бірақ ол кенеттен еденге құламайды, біртіндеп отырғандай болады. Атониялық абсанстарға қарағанда атониялық ұстамалар ұзағырақ және ұстамадан кейінгі құбылыстар байқалады.

Абсанстар (кіші ұстамалар — petit mal) қысқа уақытта кенеттен естің өшуімен, ұзақтығы бірнеше секунд және жеңіл клоникалық, тоникалық немесе атониялық компонентты қатып қалумен, автоматизмдермен вегетативті көріністермен сипатталады. Типті абсанс — ұзақтығы 5-20 сек және ол жеңіл клоникалық тартылулармен, әсіресе мимикалық бұлшықеттерде, бұлшықет тонусының өзгеруімен, кейде қысқа автоматизмдермен, вегетативті көріністермен, сонымен қатар пик разрядтармен, яғни ЭЭГ-да жиілігі 3 сек баяу толқындармен қатар жүруі сипатталады. Ұстама кенет басталғандай кенет аяқталады. Ұстамадан кейін, ұстамадан кейінгі шатасулар болмайды. Абсанстар қоршаған ортаға да науқастың өзіне де білінбеуі мүмкін.

Парциальді (фокальді) ұстамалар

- Ми қыртысындағы эпилептикалық қозумен шектелетін бөлік нәтижелері;
- Бас миындағы ошақты үрдісті көрсетеді;

- Ұстаманың парциалдылығы туралының клиникалық көріністері мен ЭЭГ

мәліметтері арқылы анықтайды;

- Парциальді ұстамалар 3 топқа бөлінеді.

Қарапайым парциальді ұстамалар

- текқана бір жартышардың қатысуымен байланысты;
- есі сақтаулы кезінде пайда болады;
- ұстама ұзақтығы 10 секундтан 3 минутқа дейін;
- ұстамадан кейінгі бұзылыстар болмайды немесе әлсізбайқалады;
- амнезиямен сипатталмайды.

Қарапайым моторлы парциалдыұстамалар

а. Соматомоторлы

б. постуральды ұстамалар (позасының өзгеруімен)

в. Адверсивті ұстамалар (бас пен денесінің айналмалы қозғалысы)

г. Фонаторлы ұстамалар (вокализация немесе сөйлеудің тоқтауы)

Кейде ұстамадан кейін енді ғана пайда болғандығы белсенділіктің, аяқ-қолдарының парезіне ауысуы (Тодд параличі) байқалады.

Қарапайым сенсорлы парциалдыұстамалар:

а. сомато-сенсорлы

б. дәм сезу

в. иіс сезу

г. Көру

д. Есту

е. Вестибулярлы

Қарапайым парциалды вегетативтіұстамалар:

- тері түсі

- АҚ

- жүрек ырғағы

- қарашық

- эпигастрий аймағындағы дискомфорт

Қарапайым парциалды психикалықұстамалар:

а. дисфазалық (сөйлеудің өзгеруі);

б. дисмнестикалық (бұрыннан көрген немесе ешқашан көрмеген сезімі);

в. когнитивті (естің ұйқыға батуы, ойлардың бітіндеп келуі, дереализация немесе

деперсонализация сезімі);

г. аффективті (қорқыныш, депрессия, ызалану);

д. иллюзиялық (өлшем, пішін, салмақ иллюзиясы);

е. күрделі галлюцинациялық бұзылыстар (көру, есту, иіс сезу, дәм сезу галлюцинациялары).

Күрделі парциалды ұстамалар

- самай немесе маңдай ми қыртысында пайда болатын эпилептикалық разрядтармен шақырылады;

- көбінесе екі жартышар қатысады;
- есінің өзгеруі: науқастың ареактивтілігі, яғни онымен контактқа түсу мүмкін емес;
- ұстама басталғанда немесе қарапайым парциалды ұстамасимптоматикасынан кейін естің бұзылуы;
- ұстама амнезиясы;
- ұстама ұзақтығы бірнеше секундтан бірнеше минутарасында (орташа 2 мин);
- ұстамадан кейінгі кезең бірнеше секундтан оншақты минутқа дейін созылады;
- амбулаторлы автоматизмдермен (психомоторлы ұстама)және вегетативті реакциялармен (мысалы, қарашықтыңұлғаюы немесе сілекейдің ағуы) көрінеді.

Автоматизм (психомоторлы ұстама) –координацияланған қозғалыс акты, ол эпилептикалық ұстама кезінденемесе одан кейін есінің көмескіленуін айтады, одан кейінамнезиялатын:

- шайнау;
 - жұту;
 - ерінін жалау;
 - жымию;
 - дыбыстарды немесе сөздерді қайталау;
 - әндету;
 - қолдарды бір-біріне үйкелеушеңбер бойынша жүру және т.б.
- Науқас ұстамаға дейін бастаған қозғалыстарын ұстама кезінде деқозғалысын жалғастыра беруі мүмкін, егер олар салыстырмалықарапайым болса (мысалы, жүру немесе шайнау), кейде олар алдынатосқан кеседен шайды ішуі мүмкін.

Маңдайлы пайда болған күрделі парциалдыұстама — псевдо-псевдоұстама,

оны психогенді ұстама ретінде шатастыратындарсирек емес. Бұған екі жақты қозғалыстың көріністері тән:

- тоникалық спазм;
- ыңғайсыз позалар (мысалы, жүзуші позасы, суға секіруші позасы);
- күрделі автоматиздар (мысалы, допта ұруимитациясы, сексуалды дене қозғалыстары);
- вокализация.

Екіншілік генерализденген парциалды ұстама

- Қарапайым немесе күрделі парциалды ұстама сияқтыбасталады, кейін генерализденген тонико-клоникалық ұстамаға трансформацияланады;
- Екіншілік генерализденген ұстама кезінде парциалдыкомпонент аура ретінде көрінеді, ұстамадан кейінгі Тоддпараличі немесе ЭЭГ-да фокальді өзгеріспен көрінеді;
- Ұстамалар ұзақтығы 30 секундтан 3 минутқа дейін;
- Ұстамадан кейінгі кезең — бірнеше минуттан бірнешесағатқа дейін.

Диагностика

1. Шектелген патологияларды бөліп алу: инсульт, мидың ісігі, жарақаттан кейінгі бас ми ішілік гематома, менингоэнцефалит және т.б.
2. КТ және МРТ жүргізу барысында эпилепсия және ошақлокализациясының құрлымдық негізін анықта аламыз (тыртықты үрдіс, атрофия, киста, гидроцефалия, қарыншалар деформациясы).
3. Анамнез жинау барысында перинатальді патология, көңіл бөлу.
4. Туыстарында эпилептикалық ұстамалардың бар жоғын анықтау.
5. Ерте жастағы анамнезінде – жаңа туылған кезеңіндегі тырыспа, спазмофилия, фебрильді тырыспалар.
6. ЭЭГ-да – эпилептикалық белгілер тән: пиктер, сүйір толқындар, пиктолқын комплекстері, гиперсинхронды альфа-ырғақ, баяутербелістердің болуы (дельта – бета – толқын).
7. Эпилепсиямен ауыратын науқастың тұлғалық өзгерістері: патологиялық жағдай, мылжындау, детализация, теттен пунктуальді, тез ренжиді, мазасыз, жадысының нашарлауы, қызығушылық ортасытар, эгоцентризм.
8. Дифференциальді диагностикуаны истериямен және талмамен жүргізеді.

Емі:

- Эпилепсияны шақырған біріншілік сырқатқа әсер ету, (мысалы, ісікті алу, абсцестер немесе жарақатты гематомалар);
- Қауіп факторларын жою;
- АЭС-ті ұзақ қабылдау.

Тырыспалы ұстама кезіндегі тактика:

1. Ұстама кезіндегі науқасқа көмек ол жарақаттардан және аспирациядан сақтау.
2. Науқасты төсекке немесе еденге жатқызады, шама келгенше қырымен, науқастың жанынан қауіпті заттарды алып тастаймыз.
3. Жағасы мен белдігін босатамыз.
4. Тілді шайнауының алдын алуға тырыспаңыз, себебі тістердің арасына қандай да бір зат салу нәтижесі тістердің сынуына негіз болады.
5. Диазепамды көк тамырға енгіземіз (реланиум, 10 мг натрий хлоридінің изотониялық ерітіндісінде) көбінесе ұстама уақыты 5- 10 минуттан асқан кезде.
6. Ұстамадан кейін реланиумді бұлшықетке енгізген тәжірибеде – бұл шара қажетсіз, себебі ол ұстамалардың қайталануы алдына алмайды.
7. Науқас әбден есін жиғанша оны қараусыз қалдыруға болмайды.

Қауіп факторларын жою:

- Рациональді тәртіп және жақсы ұйқы демалысын ұйымдастыру;
- Физикалық және психикалық жүктемеден сақтану;
- Күннің астында көп уақыт болмау;
- Сүтті-өсімдікті диета. Ет, тұз, ащы тағам және кей сұйықтардан шектелген диета;
- Алкоголь қабылдамау;

- Автомобиль жүргізу, қозлыстағы механизс, биіктік, от, жоғары электрэнергиясымен байланысты жұмыс істемеу.

АЭС қолдану принципі:

1. Препараттардың индивидуальді таңдалуы;
2. Үздіксіз;
3. Ұзақтығы (ең соңғы ұстамадан кейін кем дегенде 5 жыл);
4. Бір науқас – бір дәрігер.

Ұстама типіне байланысты АЭС таңдау:

- Ұстама типі;

- Препарат.

Парциалды ұстама (қарапайым немесе күрделі, екіншілік генерализациямен немесе онсыз)

Карбамазепин, Дифенин, Вальпроенді қышқыл, Ламотриджин.

Біріншілік-генерализденген тонико-клоникалық ұстама

Вальпроенді қышқыл, Карбамазепин, Дифенин, Ламотриджин.

Абсанстар

Этосуксимид, Вальпроенді қышқыл, Клоназепам, Ламотриджин.

Миоклоникалық ұстама

Вальпроенді қышқыл, Клоназепам, Тоникалық, клоникалық, атониялық Вальпроенді қышқыл.

Классификацияланбайтындар

Вальпроенді қышқыл

Эпилептикалық статус - ол эпилептикалық ұстамалар бірінен кейін бірі өте жиі қайталанатын, арасында науқас есін жиыпұлгермейтін (сериялы ұстамаларға қарағанда) немесе бір ғана ұстама 30 минутқа созылатын жағдайды айтады.

Ең жиі себебі — АЭС қабылдауды кенет тоқтату. Басқа себептері – ми ісігінің бастапқа көрінісі, метаболикалық бұзылыстар, алкогольді абстиненция, инсульт, менингит немесе энцефалит, мидың гипоксиялық зақымдалуы. Ал 25% жағдайда себебін табу қиынға соғады. Кейде эпилептикалық статус эпилепсияның дебюті болып табылады.

Генерализденген тонико-клоникалық ұстамалар статусы (тырыспалы эпилептикалық статус) — жедел жағдай, соңы летальді болатыны сирек емес. Тырыспалы статус қоздырғыш аминқышқылдарының лақтырысымен және екіншілік метаболикалық бұзылулармен байланысты нейрондардың өлу қауіпі бар, сондықтан да оны қайткенмен жылдам басу керек.

Статустың асқынуы:

- тыныс бұзылыстары (апноэ, нейрогенді өкпе ісінуі, аспирациялық пневмония);

- гемодинамикалық бұзылыстар (АГ, жүрек ырғағының бұзылысы, қанайналымның тоқтауы);

- Вегетативті бұзылыстар (гипертермия, бронхиальді гиперсекреция, құсу);

- Метаболикалық бұзылыстар (ацидоз, гиперкалиемия, гипергликемия немесе гипогликемия);
- Сүйектердің сынуы, сонымен қатар омыртқаның да сынуы;
- рабдомиолиз;
- Бүйрек жетіспеушілігі;
- ДВС және балтырдың терең веналарының тромбозы;
- Ми ісінуі және бас ми ішілік гипертензия;
- Ми гипоксиясы;
- гипертермия;
- Қыртыс веналардың тромбозы және т.б.

Статустың ең сирек жағдайы ұстамалардың жиілеуі, статусрецидиві, жадының нашарлауы және т.б. когнитивті функциялардың нашарлауы, АЭС-ке сезімталдығының төмендеуі.

Эпилептикалық статус терапиясы

1. Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қалыптастыру: ауыз және тамақтан шырышты, алынып-салынбалы тіс протезіналып тастау, ауа өткізгішті енгізу арқылы ауа жіберу (масқанемесе мұрын канюлясы көмегімен).

- Аспирациядан сақтау үшін басын жанына қисайтқан жөн.
- Тұншығу кезінде науқасқа интубация және ЖӨЖ (ИВЛ) жасау қажет.
- Ұстама кезінде тұлғаның және бастың жаракаттануының алдын ала ескерілуі қажет.

2. Көктамырдан алынған қандыклиникалық және биохимиялық зерттеуге (клиникалық қанқорытындысында, құрамындағы электролиттер, зәр қышқылын, трансаминазаны, кальциді, магниді, глюкозаны, алкогольді анықтау) жіберу.

3. Көктамырға 10-20 мг мөлшерде диазепам (реланиум) (натрия хлоридінің 1-2 ампула изотониялық ерітіндісінде немесе 20-40% глюкозада ерітілген) 2-5 мг/мин жылдамдықпен енгізу. Егерде диазепамды көктамырға енгізуге мүмкіндік болмаған жағдайда оны ректальді енгіземіз. Диазепамді енгізу кезіндегі негізгі асқынуы — тұншығу, сондықтан да науқастың тынысын жақсартуға дайын болу керек. Диазепаммен статусты басқаннан кейін жылдам ұзақ әсері бар негізгі антиэпилептикалық препаратты (фенобарбитал, карбамазепин, дифенин, валпроенді қышқыл) енгізу қажет.

4. Дене қызуын түсіру, АҚ қалыптастыру шараларын ұйымдастыру. Статус кезінде метаболикалық ацидоз дамуы мүмкін, бірақ оның коррекциясы тек ауыр жағдайда қажет етеді.

5. Аталған шаралардың көмегі болмаған жағдайда, науқасты госпитализация алды этапта: Барбитураттарды бұлшықетке енгізу (1 г гексеналды немесе натрий тиопенталды 10 мл натрий хлоридтің изотониялық ерітіндісінде езіп, 10 кг дене салмағына 1 мл

есеппен ерітіндіні енгізеді). Көктамырға 20% натрий оксибутираттың 10 мл ерітіндісін (1—2 мл/мин жалпы мөлшері 250 мг/кг) енгізеді. Наркоз, азот тотығы мен ауа қоспасы (2:1) қатынасында. Паральдегидтің ректальді (0,1-0,2 мл/кг) енгізілуі.

6. Интенсивті терапия жағдайында барбитуратты көктамырға енгізуге болады,

алдын ала ЭКГ және ЭЭГ мониторингті қарап, науқасты интубациялау керек.

- Ең алдымен 10 мл 1% гексенал немесе тиопенталерітіндісін 1—2 мин ішінде енгізеді, бұл уақытта науқастың АҚ, ЖСЖ (ЧСС), тынысын бақылап отырамыз. Егер енгізубарысында шұғыл өзгерістер байқалмаса, енгізуді жалғастыра береміз. Жалпы мөлшері 1% ерітіндінің 60—80 мл-ден аспау керек.

- ЭЭГ-дағы эпилептикалық белсенділік белгілері және клиникасы жойылу үшін наркоздың 1—2 стадиясына дейін жету керек.

- Шұғыл өзгерістер: шұғал тыныс нашарлауы, ауыр артериальді гипертензия, бүйрек жетіспеушілігі кезінде барбитурат қарсы көрсетілген. Шұғыл тұншығу кезінде ЖӨЖ (ИВЛ) беруге, АҚ төмендегенде вазотоникалық сұйықтық беруге дайын болу керек.

7. Патогенетикалық еміне су-электролитті және қышқылды-сілтілі баланстың коррекциясы кіреді, сонымен қатар ми ісінуі емдеу кіреді (маннитол, 0,25—1 г/кг, лазикс 20—40 мг, дексаметазон, 12—16 мг 15—20 мин ішінде көктамырға енгізеді).

Рабдомиолиз кезінде регидратация және зәрді натрий бикарбонаты көмегімен сілтілі қылу қажет.

8. Статустың себебін, яғни жарақат белгілері, бас ми ісінуінің немесе жүйелі ауру үрдісін анықтау үшін науқасты объективті қарау қажет. ОЖЖ-де инфекцияға немесе САҚ қауіп болғанда, науқасқа ЛП (маннитол 0,25-1 г/кг тағайындаймыз.

Плеоцитоз және қызбаны анықтау үшін ликвордың бактериологиялық зерттеуінің нәтижесіне сүйенеміз, бірақ ол анықталмайынша науқасқа антибактериальді терапия жасаймыз. Науқастың жағдайы қалыптасқаннан кейін аурудың себебін анықтау үшін КТ немесе МРТ жасау қажет.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЭКГ, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі, қан глюкозасы, қан электролиттері -

жылына 4 рет (3 күн аралығында), электроэнцефалография, видео-ЭЭГ, ЭЭГ тәуліктік барлау, қан сарысуындағы антиконвульсанттардың шоғырландыру деңгейін анықтау, МРТ - жылына 2 рет (1 апта аралығында).

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау.

Негізгі аурудың декомпенсация белгілері пайда болғанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаған жағдайда невропатологқа жолдау.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау.

Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия.

Фертильді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

3 жыл көлемінде ұстамалардың болмауы, неврологиялық синдромдардың регрессисы немесе тұрақтануы кезінде жүктілік рұқсат етіледі.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Ұстамалар жиі болуы; ұстамалар сипатының өзгеруі; бұзылған функцияларының регрессі немесе тұрақтануы (қозғағыш, сезу, дауысты және жоғарғы ми функциялары). Өзіне қызмет көрсетуді жақсарту.

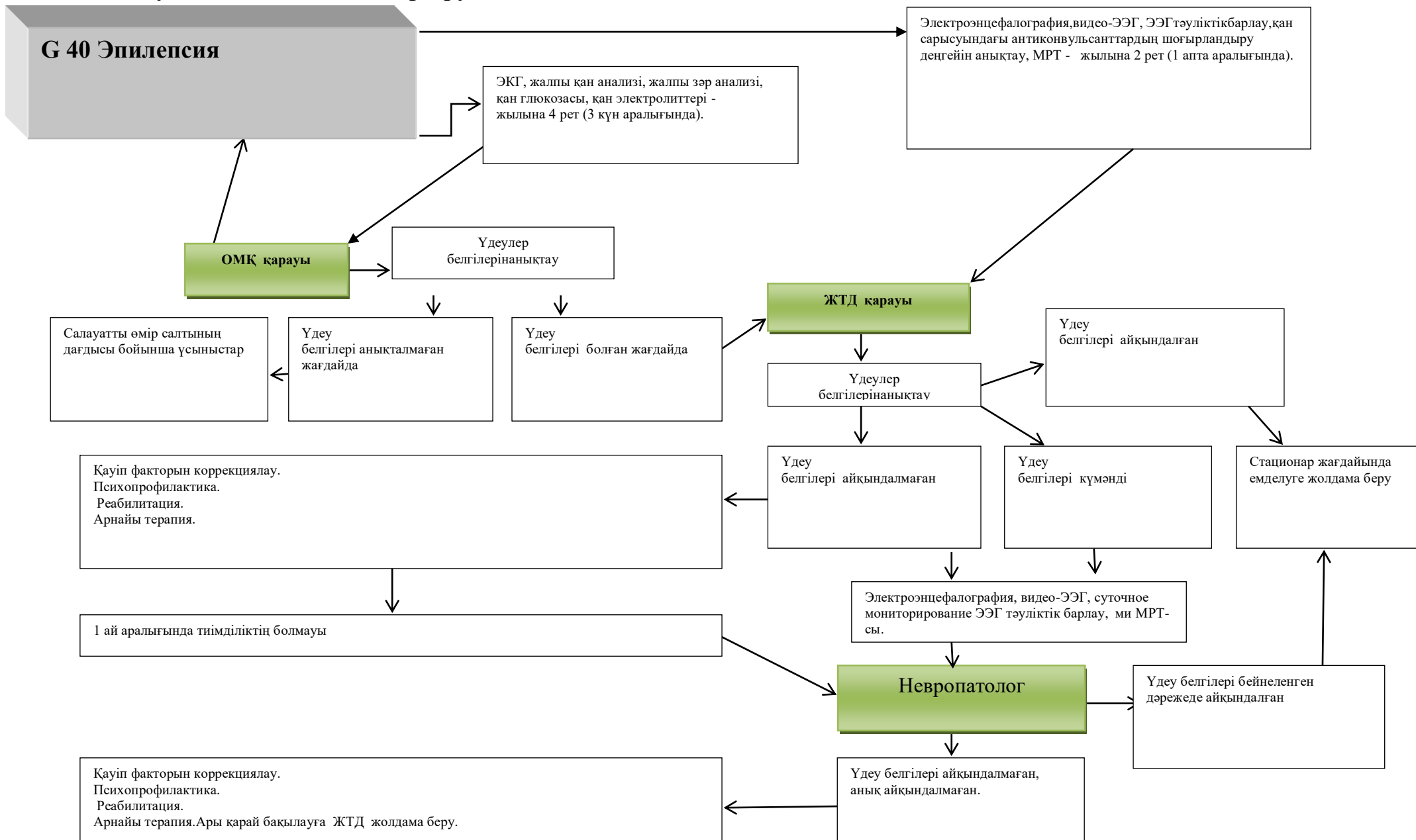
Уақытша Еңбекке жарамсыздықтың төмендеуі.

Мүгедек тобын алу немесе өзгерту.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

Есептен шығару индикаторлары – неврологиялық бұзылулардың регрессі немесе тұрақтану кезінде 3 жыл ішінде ұстамалардың болмауы.

Емделуші қозғалысының маршруты



G 43 Мигрень

Нозологиялық форма

G 43 Мигрень

G 43.0 Аурасыз мигрень [қарапайым мигрень]

G 43.1 Аурасы бар мигрень [классикалық мигрень]

G 43.3 Күрделі мигрень

G 43.8 Басқа мигрень

G 43.9 Белгіленбеген мигрень

Бас сақинасы — бас ауруының жиі кездесетін түрлерінің бірі. Ауру әйелдерде басым байқалады. Бас сақинасына бейімділік аутосомды доминанттық түрде тұқым қуалап, аналар жағынан ұрпақтан ұрпаққа таралады. Оның негізгі клиникалық көрінісі — кенеттен басталатын бас ауыруы, көбінесе жарты шеке ауырады (гемикрания). Ауру пубертаттық кезеңде немесе өмірінің үшінші онжылдығында басымырақ білінеді.

Бас сақинасы ұстамаларының пайда болуына психоэмоционалдық және ауыр дене еңбегімен зорығулар, мезгілінде тамақтанбау, ішімдік қабылдау, шылым шегу, транспортта ұзақ болу, иістер, ауа райының өзгеруі, аллергияға бейімділерде аллергиялық реакциялардың асқынуы және т.б. әсер етеді.

Бас сақинасының ұстамалары әйелдерде көбінесе менструалдық циклдың басталуына (60 %) немесе менструация (етеккір келу) кезеңіне (14—20 %) сәйкес болады. Бұл менструалдық бас сақинасы деп аталады.

Патогенезі

Бас сақинасы патогенезінде ми мен ми қабықтарында пайда болатын нейрохимиялық өзгерістерде региональдық вегетативті-қан тамырлық реакция маңызды роль атқарады. Ұстама алдында тромбоциттерден серотонин, толық клеткалардан гистамин мен протеолиттік ферменттер бөлініп шығатындығы жөнінде деректер бар. Серотонин мен гистамин капиллярлардың өткізгіштігін арттырып, плазмокининдердің қан тамырларындағы сұйық бөліктермен шығуына ықпал жасайды. Серотонин мен плазмокининдердің қан тамырлары қабырғасындағы рецепторларға біріге әсер етуі олардың сезімталдығын төмендетуге себепші болады. Кейіннен серотониннің бүйректер арқылы аса көп бөлініп шығуы оның қандағы мөлшерін азайтуға мүмкіндік береді. Бұл қан тамырлары тонусының төмендеуіне және олардағы сұйықтың тамыр сыртына шығуына әсерін тигізіп, ми мен ми қабықтарының ісінуіне себепші болады.

Бас сақинасы ұстамасы кезінде қан тамырларындағы реакциялар бірнеше кезеңнен өтеді. Ең алдымен жоғарыда аталған факторларға жауап ретінде қан тамырлары жиырылып тарылады (I кезең). Мұндайда қан тамырларының өздерін қанмен қамтамасыз етуі қиындайды (қан тамырлары қабырғасының ишемиясы). Қан тамырларының жиырылып тарылуы артериялардың, веналардың және венулалардың кеңеюіне ауысады (II кезең) да, тамыр қабырғасы соғу тербелісінің амплитудасын

жоғарылатады, оның диаметрін толық атонияға дейін кеңейтеді. Ол тамыр сыртындағы ісінумен қабаттасады (Шкезең). Ісіну кезеңі өте ұзаққа созылып, аталған құбылыстардың керісінше дамуымен аяқталады.

Бас ауыруы қан тамырлары кеңейген кезде (солқылдатып ауыру) және ісіну кезеңінде (бастың сыздап және керіп ауыруы) өте айқын білінеді.

Бас ауыруы патогенезінде артериовеноздық синустардың кеңеюі де белгілі маңызға ие. Бұл капиллярлық тордың "ұрлануына" мүмкіндік береді. Соңғысы ишемиялық гапоксия мен қанның вена арқылы етуі бұзылысын күшейтіп, тканьдердің ісінуін арттыра түседі. Бас сақинасына байланысты бас ауыруының пайда болуында, қан тамырларының кеңеюімен қатар, нейрогендік қабынуға қатысты биологиялық белсенді заттар алмасуының бұзылуымен қосарлана үшкіл нерв талшықтарының қозуы да маңызды роль атқарады. Оның себебі - үшкіл нерв мидың қатты қабығынан ауырсыну импульсін өткізетін негізгі афференттік жол болып саналады.

Жіктемесі мен клиникасы

Бас ауыруы жөніндегі халықаралық қоғам ұсынған жіктемеге сәйкес ауру аурасыз (жабайы бас сақинасы) және ауралы (классикалық, ассоциацияланған бас сақинасы) болып ажыратылады.

Аура типіне байланысты ауралы бас сақинасы бірнеше түрге бөлінеді:

- 1) кәдімгі ауралы бас сақинасы (бұрынғы классикалық, офтальмиялық түрі);
- 2) ұзақ әсерлі аурамен білінетін бас сақинасы;
- 3) отбасылық гемиплегиялы;
- 4) базиллярлық;
- 5) бас ауыруынсыз өтетін ауралы бас сақинасы;
- 6) кенеттен басталатын ауралы бас сақинасы;
- 7) офтальмоплегиялық;
- 8) ретинальдық;
- 9) балаларда бас сақинасының пайда болуына себепші немесе онымен қосарлана оқтын-оқтын білінетін синдромдар;
- 10) балалардағы қатерсіз ұстамалы бас айналу;
- 11) балалардағы альтернирленген гемиплегия;
- 12) бас сақинасының асқынулары (бас сақинасы ұстамасы, бас сақинасынан болатын инсульт);
- 13) жоғарыда келтірілген критерийлерге қатыссыз бас сақинасы аурулары.

Аталмыш жіктемеде бас сақинасының диагностикалық критерийлері баяндалды. Олар төменде келтірілген клиникалық критерийлермен сипатталады:

- 1) бас ауыруының бір жақтан білінуі;
- 2) солқылдата ауыру;
- 3) аурудың белсенділігін төмендететін және бір қалыпты дене еңбегімен айналысқанда, жүргенде асқынатын ауырсыну қарқыны;
- 4) лоқсу, құсу, жарық пен дыбысты жақтырмау тәрізді симптомдардың ең болмағанда бірінің білінуі;

- 5) ұстаманың 4-тен 72 сағатқа дейін созылуы;
- 6) аталмыш категорияларға сәйкес сұхбат кезінде анықталатын кем дегенде 5 ұстама болуы.

Ауралы бас сақинасында жоғарыда келтірілгендермен қатар, мына төмендегі белгілер міндетті түрде білінуге тиісті:

- 1) аураның бір де симптомының 60 минуттан артық созылмауы;
- 2) фокальдық церебралдық дисфункцияны білдіретін аураның бір немесе бірнеше симптомдарының түгелімен жойылуы;
- 3) аура мен бас ауыруы басталуының арасы 60 минуттан аз уақытқа созылуы.

Классикалық (кәдімгі, офтальмиялық) бас сақинасы бас ауыруы ұстамаларымен сипатталады. Олардың алдында әдетте міндетті түрде көру бұзылымдарымен (фотопсиялар, өткінші, көбінесе көзі жытылық-тататын гемианопсиялық скотома) білінетін аура кезеңі байқалады. Кейде аура кезінде гемипарестезиялар, дисфазиялар, физлексиялар, назар аудару мен ойлау қиындауы мүмкін. Аура 5—30 минутқа созылады. Ұзақтығы 30—40 минут үдемелі бас ауыруы пайда болады (гемикрания). Бастың ауыруы күшейген кезде науқас жиі құсады. Құсқаннан кейін бастың ауыруы біртіндеп басылады. Ұстама 2—6 сағатқа созылады. Жүктілік кезеңінде ұстамалар әдетте жиілейді.

Атипиялық (жай, жабайы) бас сақинасының аурасы ұстама алдында байқалатын психоэмоционалдық бұзылулар (депрессия, масаттану) мен әр түрлі вегетативтік реакциялар (ашығу, шөлдеу, есінеу, лоқсу, тоңғақтық, т.б.) түрінде білінуі мүмкін.

Мұндай жағдайда кенеттен маңдай-самай аймағында басым ауырсынулар пайда болады. Олар көз аумағына таралады. Ауырсынулар солқылдатып, бұрай сырқырап, уақыт өте келе іштен кернеп, сыздайды. Гемикрания жағында көздің дәнекер қабындағы қан тамырлар білінеді, көз айналасы ісінеді, көз саңылауы тарылады. Науқастар жарық жақ-тырмайды, мұрны бітіп қала береді, лоқсу, жалпы гиперестезия жиі байқалады, кейде дене қызуы көтеріледі (субфебрилитет).

Ұстама 16—18 сағатқа, кейде тәуліктерге және одан да ұзаққа созылады. Жекелеген жағдайларда ол бірнеше тәулікке созылатын бас сақинасы сипатына ие болады. Ұстама әдетте құсқаннан кейін аяқталады. Ауырсыну біртіндеп басылады. Науқастардың ұйқысы келеді. Ұйқыдан ояңған сәтте жалпы әлсіздік байқалады. Жүктілік кезінде жабайы бас сақинасы ұстамалары әдетте тыйылады.

Жай бас сақинасының варианты түріндегі **ассоциацияланған бас сақинасы** ұстамалары кезінде әр түрлі ошақты неврологиялық симптоматика анықталады. Бірақ науқастардың әрқайсысына тән бас сақинасы ұстамасының стереотипі болады. Мұндайда көздің сыртқы бұлшық еттерінің парезі және осыған байланысты өткінші дигиюпиямен қабаттасу (**офтальмоплегиялық бас сақинасы**), кейде пирамидтық кемшілік белгілері **{гемиплегиялық бас сақинасы}**, ым бұлшық еттерінің

парезі (*прозолегиялық бас сақинасы*) және атаксиялар (*мишықтық бас сақинасы*), бас айналу (*вестибулярлық бас сақинасы*) байқалуы мүмкін. Ұстамалар құрсақ маңайының ауырсынуларымен (*абдоминалдық бас сақинасы*), аландаушылық, қорқыныш, депрессия және т.б. түріндегі психоэмоционалдық бұзылыстармен (*психикалық немесе дисфрениялық бас сақинасы*) қосарлануы ықтимал.

Бас сақинасының қайсы болмасын әдетте созылмалы түрде өтеді, Оның клиникалық көріністері науқастың тұрмыс жағдайы мен гормондық балансына тікелей байланысты оқтын-оқтын қайтадануымен ерекшеледі.

Емдеу

Бас сақинасын емдеу бас ауыру ұстамаларын басу мен алдын алуға бағытталған. Патогенездік дәрі-дәрмектердің бірден-бірі ретінде, ауырсыну импульстерін тоқтатып, простогландиндер пайда болуын тежейтін, сонымен қатар серотонин мен гистаминге және кининге қарсы әсері бар ацетилсалицил қышқылын қолданған жөн. Ацетилсалицил қышқылы мен оның туындыларының микроциркуляцияны реттейтін антиагреганттық әсері де маңызды роль атқарады.

Жеңіл білінетін ұстамалар кезінде ацетилсалицил қышқылы көпіршікті ерітінді (ерітін аспирин) түрінде ұстама басталғаннан 10-15 минуттан кешіктірмей тағайындалады. Ұстама құсумен қосарланған жағдайда білте (свеча) (20 мг метаклопрамид) қолданған тиімдірек. Ауырырақ байқалатын ұстамаларда тәулігіне 1000 мг-нан немесе аспирин фортені (500 мг ацетилсалицил қышқылы және 0,5 г кофеин) қолданған жөн.

Седалгинді (оның құрамында 0,2 г ацетилсалицил қышқылы, 0,05 г кофеин, 0,01 г кофеин фосфаты және 0,025 г фенобарбитал бар). пенталгинді, спазмовералгинді және солпадеинді (әр таблеткасында 500 мг парацетамол, 8 мг кофеин фосфаты, 50 мг кофеин бар) қолдану арқылы тиімді нәтижелерге қол жеткізуге болады.

Аталмыш препараттарды пайдаланған кезде ұлтабар-ішек аурулары (әсіресе, ойық жаралы ауру), қан ағуға, бейімділік, салицилаттар мен аллергияға жоғары сезімділік болмауы керек, өйткені олар ацетилсалицил қышқылын тағайындауға қарсы көрсеткіш болып есептеледі.

Бас сақинасы ұстамасының алғашқы сағаттарында қан тамырларын ширықтыратын *спорынья* (қара күйе) препараттарын тағайындаған тиімді. Осы мақсатта эрготамин гидротартратының 1% ерітіндісін 15— 20 тамшыдан немесе 1 -2 мг таблеткалы түрін, ригетаминді (құрамында 0,001 г эрготамин гидротартраты бар) 1 таблеткадан тіл астына, 1-2 сағаттан кейін қайтадан, бірақ тәулігіне 3 таблеткадан аз тағайындалады.

Соңғы жылдары серотонин қатарындағы препараттардың (сулеатриптан-имигран, золмитриптан, авитриптан, ризотриптан, нейротриптан, елетриптан) тиімділігі дәлелденді. Сулеатриптанды әдетте 100 немесе 50 мг-нан (тәулігіне 3 таблеткадан асырмай) ішкізеді немесе 6 мг-нан тері астына жібереді. Препаратты балалар мен 60 жастан асқандарға, жүректің

ишемиялық ауруы, стенокардия, гипертониямен ауыратындарға қолдануға болмайды.

Золмитриптан немесе зомиг (2,5 мг, 5 мг) бас сақинасы ұстамасы кезінде кеңейген қан тамырларын тарылтып, үшкіл нерв афференттері деңгейінде ауырсыну импульсациясын тежейді, ми бағаны нейронаралықтарына орталықтан ықпал жасайды.

Ауыр ұстамаларды тыю үшін (бас сақинасы жағдайы) седативтік және дегидратациялайтын дәрі-дәрмектермен бірге антидепрессанттар тағайындайды. Әдетте препараттар қоспасы пайдаланылады. 2-ден 4 мг-ге дейін седуксеннің 0,5 % ерітіндісін 20мл глюкозаның 40 % ерітіндісіне қосып, венаға баяу жібереді және ішуге 0,025 г мелинпрамин немесе оның 1,25% ерітіндісі (2 мл), сонымен бірге 2 мл лазикстің 1 % ерітіндісі бұлшық етке жіберіледі.

Токтаусыз құсқан жағдайда, антигистаминдік препараттармен қатар, галоперидолдың (1-2 мл) 0,5 % ерітіндісін немесе трифлуперидолдың (триседилдің) 0,25% ерітіндісін не трифтазиннің 0,2 % ерітіндісін қолдануға болады.

Простогландиндер мен кининдер дисбалансы бар менструальдық бас сақинасын емдеу кезінде стероидсыз қабынуға қарсы дәрілер (индометацин, метиндол 0,025 г-нан 2-3 рет) немесе бромкриптин (тәулігіне 0,25-5 мг) тағайындалады. Етеккір келуінен 5-7 күн бұрын және циклдың алғашқы күндерінде олардың тиімділігі жоғары болады.

Ауралы бас сақинасын емдеу комплексіне микроциркуляцияны жақсартатын вазоактивтік препараттарды (ноотроптар, трентал, сермион, т.б.) енгізу қажет.

Антидепрессантар (0,025 г амитриптилин, 0,002 г клоназепам, 0,001 г антелепсин) астения мен қорқынышты-депрессивтік бұзылулар кезінде тағайындалады.

Бас сақинасы ұстамалары жиі болған жағдайларда олардың алдын алу үшін көбінесе (айына бір рет) серотонинға қарсы препараттарды (метилсергид немесе дизетил ретард) таблетка түрінде тәулігіне 0,25 мг-нан (0,75 мг-нан біртіндеп 3 мг-ға дейін) тағайындау қажет. Осы мақсатта дигидроэрготамин (0,2 % ерітіндісін күніне 20 тамшыдан) пайдаланылады. Профилактикалық ем 3 айдан кем жүргізілмеуі керек, ол көбінесе 4—6 айға дейін созылады.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
Жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі, қан глюкозасы, қан электролиттер - жылына 4 рет (2-3 күн аралығында), электроэнцефалография, МРТ – жылына 2 рет (в 1 апта аралығында).

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау.

Негізгі аурудың декомпенсация белгілері пайда болғанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаған жағдайда невропатологқа жолдау.

Бақылау жиілігі

Жылына 2рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау.

Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия.

Фертильді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілікке қарсы көрсетілім жоқ. Жүктілік кезінде препараттарды қабылдауды тоқтату ұсынылады.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Организмнің бұзылған функцияларын тұрақтандыру немесе қалпына келтіру деңгейін (қозғағыш, сезу, дауысты және жоғарғы ми функциялары). Өзіне қызмет көрсетуді жақсарту.

Уақытша еңбек етуді төмендету.

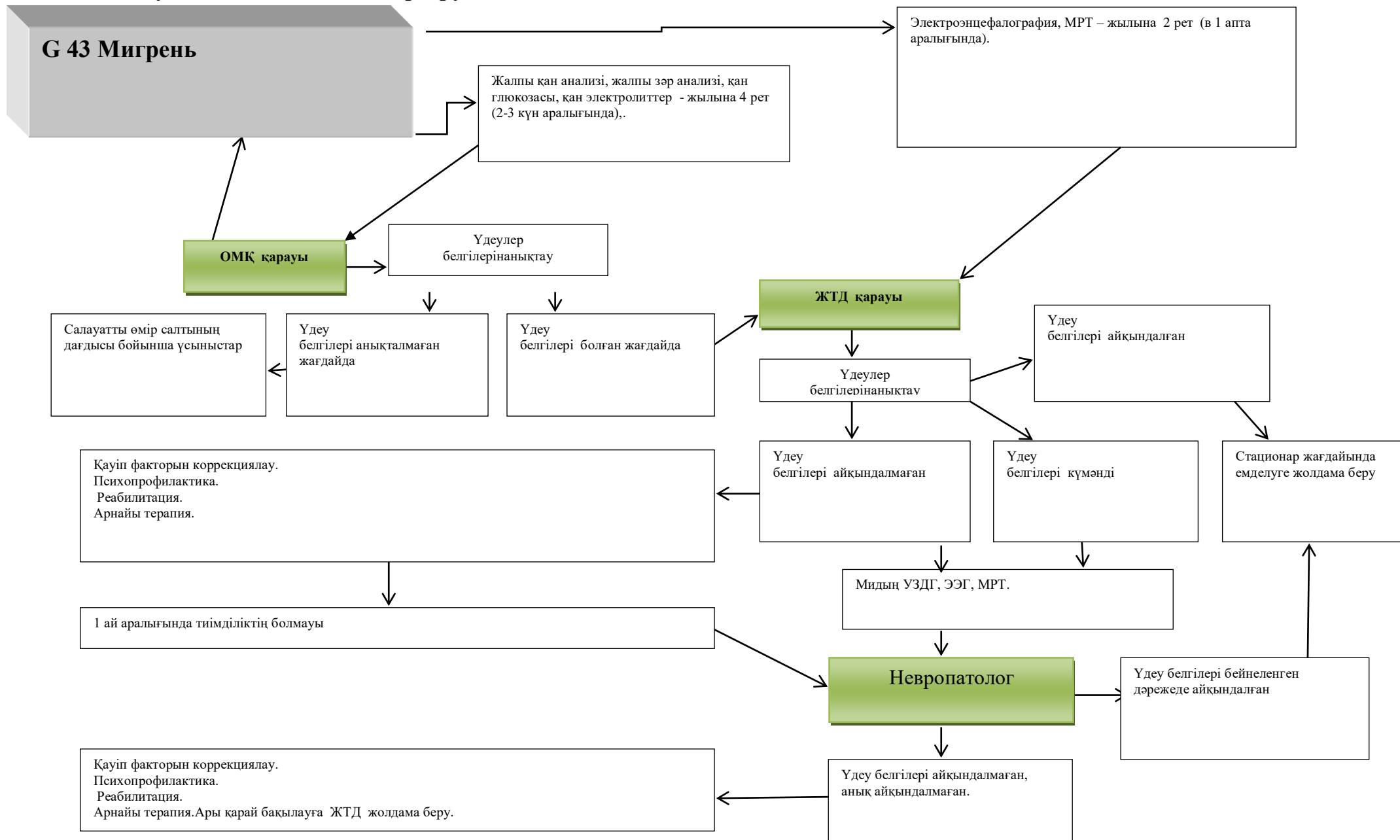
Мүгедек тобын алу немесе өзгерту.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

1 жыл.

Содан кейін - диспансер бақылауындағы келесі топқа аудару. Есептен шығару– неврологиялық симптомдардың регрессі немесе тұрақтануы.

Емделуші қозғалысының маршруты



G 51 Бет жүйкесінің зақымдалуы

Нозологиялық форма

G 51 Бет жүйкесінің зақымдалуы

G 51.0 Белл сал ауруы

G 51.1 Бунақ түйіндерінің асқынуы

G 51.2 Россолимо-Мелькерсон синдромы

G 51.3 Клониялық гемифациалдық тарылуы

G 51.4 Беттің миокимиясы

G 51.8 Бет жүйкесінің басқа да зақымдалуы

G 51.9 Белгіленбеген бет жүйкесінің зақымдалуы

Бет нервісінің невриттері мен невропатиялары

Этиологиясы. Бет нерві невропатияларының себебі инфекциялар, уыттанулар, жарақаттар, суық тию, қан тамырлық үрдістер болуы мүмкін, әсіресе суық тию қатты әсер етеді. Тоңазу бет нервін қанмен қамтамасыз ететін қан тамырларының ұзақ ширығуынан (ишемиялық салдану) шартты патогендік немесе тыныштық жағдайындағы инфекцияның белсенділігін арттырады.

Нерв жарғақ қуысына өте жақын орналасқандықтан (одан нерв тек жұқа сүйек пластинкасымен бөлінген), осы маңайда болатын әр түрлі қабыну үрдісі бет нервін оңай зақымдандырады. Бас сүйек қуысынан шығарда бет нерві шықшыт безі арқылы өтеді, сондықтан оның қабынуы кезінде патологиялық үрдіске ілігеді.

Бет нервінің зақымдануы нерв өтетін тұстардағы патологиялық үрдістерге (бастың астыңғы сүйектерінің сынуы, тістердің шіруі, жақ сүйек остеомиелиті, көпір-мишық бұрышындағы ісік және іріндік, бетте болатын флегмоцелар) байланысты болуы мүмкін.

Клиникасы. Бет нерві невритінің негізгі белгісі- мимикалық бұлшық еттерінің салдануы немесе әлсіреуі (парезі), Ол әдетте шұғыл пайда болады. Өте жиі науқастар мимикалық бұлшық еттерінің салданып қалғанын таңертең ұйқыдан ояғанда бір-ақ біледі. Бетте өзгеше асимметрия пайда болады. Ауыз бен мұрын сау жаққа қисайып, ауыз бұрышы төмен түседі, ауырған жақтағы мұрын, ерін және маңдай әжімдері жазылып, көз саңылауы кеңиді.

Егер сырқат дәрігердің нұсқауы бойынша тісін ақситса немесе күлімсіресе, онда аузы мен мұрнының сау жаққа тартылуы одан әрі күшейе түседі (леп белгісі симптомы). Науқас ұртын бұлтита, ысқыра, еріндерін алға бұрылта алмайды.

Мимикалық бұлшық еттерінің жоғарғы бөлігін тексергенде, сырқаттың бет нерві зақымданған жағында маңдайын тыржита, көзін жұма алмайтындығы, көз саңылауы үңірейгендігі байқалады. Бұл симптом лагофталм ("қоян көз") деп аталады. Көзін жұмуға тырысқанда көз алмасы жоғары әрі сыртқа бұрылады - Белл симптомы.

Бет нервісінің зақымдану деңгейіне байланысты бірнеше синдромдар ажыратылады:

1. Егер нерв біз-еміздік тесігінен өтісімен немесе фаллопий өзегінде, бірақ дабыл шегінен төмен зақымданса, жоғарыда келтірілген мимикалық бұлшық еттерінің салдану симптомдары тегіс білінеді.
2. Нерв дабыл шегі нерві мен үзеңгі нерві бөлінген аралықта зақымданса, жоғарыда келтірген симптомдарға тілдің алдыңғы 2/3 бөлігінде дәм сезілмеуі мен сілекей бөлінуі төмендеуі қабаттасады.
3. Егер патологиялық үрдіске үзеңгі нервісі мен буынды (вегетативтік) түйін аралығы іліксе, мимикалық бұлшықеттері салдану симптомдарына сілекей бөлінуі төмендеуі, дәм сезу бұзылысы және дыбыстың қатаң естілуі (гиперакузис) қабаттасады.
4. Нервтің өткізгіштігі буынды түйін мен ішкі есту тесігі аралығында үзілсе, онда мимикалық бұлшықеттерінің салдануы, дәм сезу бұзылуы, гиперакузия, сілекей мен көз жасы бөлінуінің азаюы байқалады.
5. Патологиялық үрдіс буынды түйінді қамтыған жағдайда жоғарыда келтірілген симптомдарға құлақтың сыртқы тесігі мен дабыл жарғағы маңайында білінетін ауырсыну қабаттасады. Сонымен қатар құлақ қалқаны мен құлақ сырғалығының алдыңғы жағында, сыртқы есту тесігінде, дабыл қуысында, евстахий түтігінде, таңдайдың артқы бөлігінде және тілдің алдыңғы бөлігінде бөрту пайда болады. Осы аталған симптомдар *Хент синдромын* құрастырады.
6. Нервтің көпір-мишық бұрышында есту нервінің зақымдануына байланысты жоғарыда аталған симптомдар есту қабілетінің төмендеуімен қосарланады.
7. Варолиев көпірінде болатын патологиялық үрдіс бет нервісінің ядросы мен пирамида жолын қоса қамтуы мүмкін. Мұндай жағдайда зақымданған ошаққа қарсы жағында сіреспелі гемипарез, ал зақымданған жағында мимикалық бұлшық еттерінің салдануы (альтернациялайтын синдром) байқалады. Бет нерві ядросының әкеткіш нерв ядросымен көршілестігі патологиялық үрдіске оны де іліктіруі мүмкін. Мұндай жағдайда зақымданған жақта әкеткіш нерв қызметінің бұзылу симптомдары да пайда болады.

Бет нерві невропатиясы мимикалық бұлшықеттерінің сіресуі (контрактурасы) түрінде асқынуы мүмкін. Мұндайда салданған жақ сау сияқты немесе керісінше салданбаған жақ салданғандай қабылдануы мүмкін. Ауыз, яғни ауыз бұрышы ауырған жағына тартылады да, осы жағында мұрын-ерін бұрышы тереңдейді, көз саңылауы тарылады. Оның себебі — салданған бұлшықеттер кері өзгеріске және қысқару үрдісіне ұшырайды (ескі тыртықтың тартылуына ұқсас). Ондайда қайта өзгерген бұлшықеттер салданбаған бұлшықеттердің қызметін толығынан немесе жартылай атқарады да, салданбаған жақты өзіне қарай тартады. Сондықтан да салданбаған жақ салданғандай болып білініп, диагностикалық

қиындықтар пайда болады. Шындыққа көз жеткізу үшін функционалдық тексерістер (электромиография) жүргізу қажеттігі туады.

Емдеу. Бет нервісі невритін емдеу шаралары аурудың себебін, ауырлығын, зақымдану деңгейі мен кезеңін ескере отырып жүргізілуі керек. Нерв зақымдануы инфекцияға байланысты болған жағдайда аурудың шұғыл кезеңінде бактериялар мен қабынуға қарсы (уротропин, антибиотиктер, кортикостероидтар), ісінуге қарсы (лазикс, фуросемид, гипотиазид, т.б.) ем қолданылады. Жылылық әсері бар емдік шаралар, солюкс және рефлексотерапия тиімді. Рефлексотерапияның алғашқы екі сеансында сау жағындағы акупунктуралық нүктелерді пайдаланған жөн. Аурудың алғашқы күндері 10 %-дық 10 мл натрий салицилаты ерітіндісін венаға жіберу, 10 күн бойы күніне 4—6 рет 0,005 г-нан преднизолон, 1 таблеткадан күніне 3 ретиндометацин немесе вольтарен қабылдау тиімді нәтижелер береді. Нервтің сүйек өзегінде қысылуына байланысты зақымдануын ісінуге қарсы және антигистаминдік препараттарды, сонымен қатар қан тамырларын кеңейтуге ықпалын тигізетін дәрі-дәрмектерді (никотин қышқылы, кавинтон, трентал) қолдану арқылы емдеу керек.

Аурудың алғашқы күндерінен бастап емдік гимнастика, ал зақымданған жағындағы ісіну тыйылғаннан кейін шүйде-құлақ сырты-жаға аймағын уқалау, соңынан бетті ептеп уқалау тағайындалады. Аурудың көзін барынша жұмғызып қойып нүктелі массаж жасау ұсынылады. Димексидпен компрестеу де пайдалы. Салданған ауыз бұрышын лейкопластырь таспасымен жоғары қарай тартып қойған тиімді. Бұл тәсілді зақымданған жағындағы маңдай терісіне қолдануға болады.

Аурудың шұғыл кезеңі аяқталысымен, яғни нервтің ісінуі мен ондағы қабыну өзгерістері жойылғаннан кейін, ширектіру, сіңіре тарқату емдік шаралары (дибазол, В тобындағы витаминдер, прозерин, галантамин, алоэ, ФИБс, шыны тәрізді дене) инъекция түрінде немесе электрофорез Бергонье жарты маскасы түрінде қолданылады. Ауру басталғаннан 2,5—3 аптадан кейін электростимуляция өрісін пайдалануға болады, бірақ бұлшықет контрактурасы (сіреспесі) белгілері байқала бастаса, оны дереу тоқтату керек.

Аурудың созылыңқы кезеңінде (ауру басталуынан 1,5—3 ай кейін) гидрокортизон фонофорезі, уқалау және емдік гимнастиканы, лай немесе парафин аппликациясын қолдану арқылы бір дүркін ем жүргізу керек.

Жарақаттан болған бет невритін емдеу үшін гиалуронидаздық әсері бар препараттарды — лидазаны электрофорез әдісімен (Бергонье жарты маскасы) анод арқылы қолданады. Емдеу дүркіні — 12—15 сеанс.

Бет нервісі самай сүйегі ішінде ауыр зақымданған жағдайда хирургиялық ем (сүйек өзегінде нервті қысылудан босату, невролиз, нервті тігу) тиімдірек.

Мимикалық бұлшықеттерінің контрактурасы қалыптаса бастағанда барлық физиотерапиялық ем шаралары беттің сау жағына немесе

мойынсимпатикалық түйініне ауыстырылады. Антихолинэстераздық препараттар тоқтатылып, пирогенал (күніне 50—100 ең аз пирогендік мөлшері), акинетон, баклофен, аз мөлшерде антидепрессанттар, кортикостероидтар және бальнеотерапия (родондық, скипидарлық және күкірт-сутегілік ванналар) тағайындалады. Кейде мимикалық бұлшықеттеріне коррекциялық операциялар жасау қажеттігі пайда болады.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЭКГ, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі - жылына 4 рет (3 күн аралығында),

ЭНМГ, МРТ - көрсеткіштер бойынша.

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштері өзгерген жағдайда ЖТД жолдама беру.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау.

Негізгі аурудың декомпенсация белгілері пайда болғанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаған жағдайда невропатологқа жолдау.

Бақылау жиілігі

Жылына 2рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау.

Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия.

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік кезінде қарсы көрсетулер жоқ. Препараттардың қабылдауын жүктілік кезінде шектеуін ұсынады.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

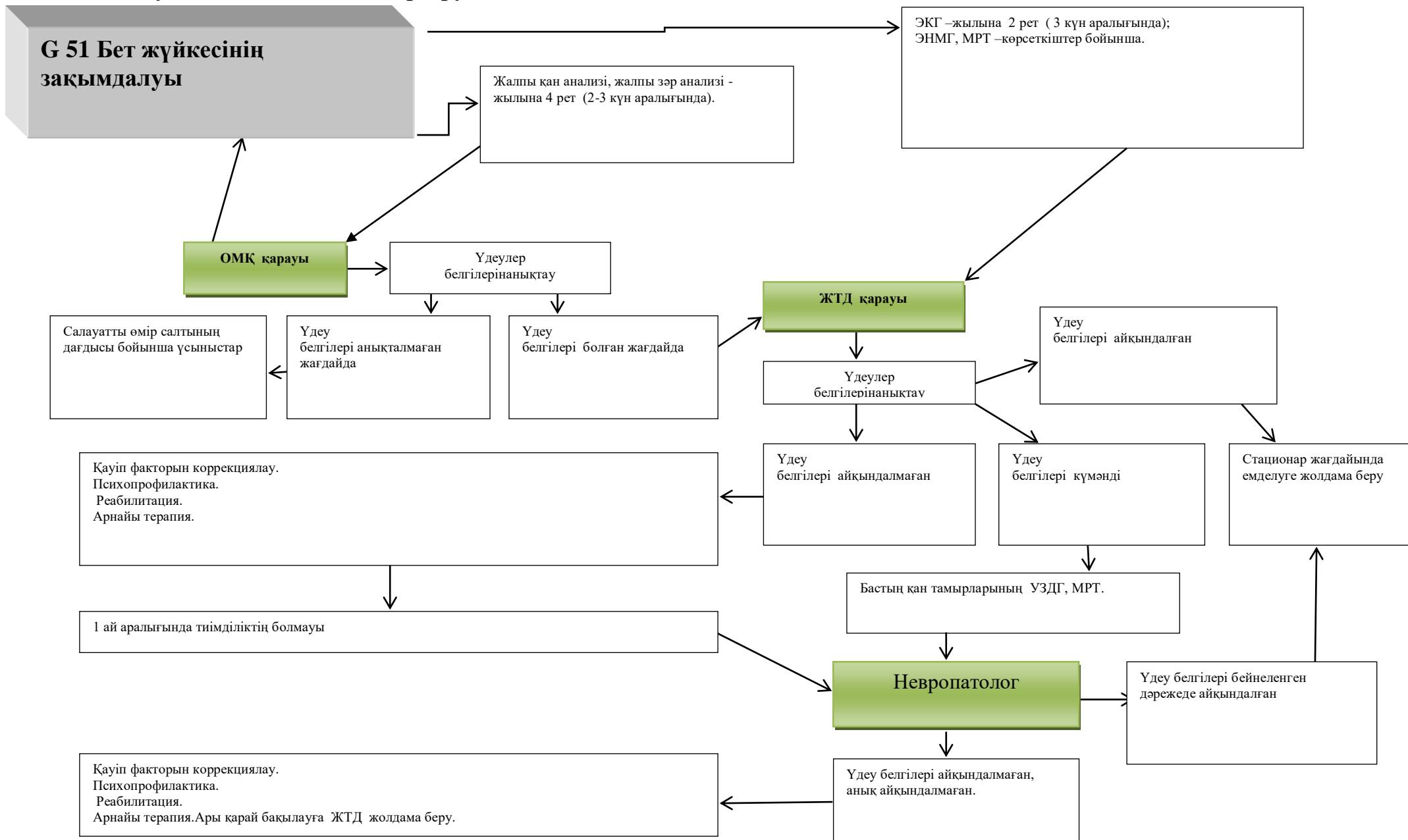
Ұстамалардың жиі болуы, ұстамалардың сипатының өзгеруі, бұзылған функциялардың регрессі немесе тұрақтануы.

Уақытша жұмыс жарамдылығын төмендету.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

1 жыл. Есептен шығару – неврологиялық симптомдардың регрессі немесе тұрақтануы кезінде

Емделуші қозғалысының маршруты



G 50 Үштік нервтің зақымдалуы

Нозологиялық форма

G 50 Үштік нервтің зақымдалуы

G 50.0 Үштік нервтің невралгиясы

G 50.1 Беттің атипиялық ауырсынуы

G 50.8 Үштік нервтің басқа да зақымданулары

G 50.9 Анықталмаған Үштік нервтің зақымдалуы

Этиологиясы. Үштік нерв невралгиясы жалпы инфекциялар (тұмау, ревматизм) мен бет айналасындағы созылмалы қабыну үрдістеріне (шіріген тістер, гайморит) байланысты жиі пайда болады. Сүйек өзектерінің туа біткен тарлығы мен интоксикацияның да маңызы бар. Кейбір жағдайларда атеросклероз немесе гипертониялық ауру зардабынан нервтің жұлындық ядросында қан ағысы бұзылуы аталмыш невралгияға себеп болады.

Көптеген науқастарда аурудың себебі анықталмай қалады. Үштік нерв невралгиясының аса маңызды себептерінің бірі — одонтогендік инфекция. Ми қан тамырларының аневризмасы нервтің сезгіш түбіршегін қысуынан үшкіл нервтің бірінші және екінші тармақтары тарайтын тұстарында ауырсыну пароксизмі пайда болатындығы белгілі. Тригеминалдық ауырсыну варолиев көпірі мен көпір-мишық бұрышындағы немесе Гассер түйініндегі ісіктен де білінеді.

Үштік нерв невралгиясының пайда болуына нерв шығатын сүйек саңылауларының тарлығы да өзіндік ықпалын тигізеді. Оған невралгия көбінесе оң жақта болатындығы дәлел, өйткені сүйек саңылаулары мұнда, сол жағына қарағанда, тарырақ.

Үштік нерв невралгиясы нерв тармақтары өтетін сүйек саңылауларындағы периостит немесе сүйектің қатты жарақаттануына байланысты тығызданған тыртықтармен олардың қысылуы әсерінен пайда болуы мүмкін. Ауру көбінесе 35—40 жастағыларда кездеседі. Көбінесе нервтің екінші және үшінші тармақтары зақымданады.

Клиникасы. Үштік нерв невралгиясының клиникасы ол таралатын аймақтарда шұғыл пайда болатын дуылдатып күйдірген тәрізді ауырсынулармен сипатталады. Ұстама 5—10 секундтан бірнеше минутқа дейін созылады.

Әрбір ұстама оған тән ауырсына тыжырыңдаумен, сонымен қатар вегетативтік бұзылымдармен (беттің қуқылдануы немесе қызаруы, мұрыннан шырын бөліну, жас ағу) қабаттасады. Ол әр түрлі эндогендік және экзогендік факторлар (ыстық немесе суық тағам, эмоционалдық ауытқу, өте жарық сәуле, қатты дыбыс) әсерінен ушығады. Әдетте ұстама жеңіл тітіркенулерден-ақ пайда бола береді. Тағам қабылдау, әңгімелесу, сақал алу - осының бәрі ұстамаға әкеліп соғатындықтан, сырқаттар мүмкіндігінше мұндай шаралардан аулақ болуға тырысады. Ауырсыну ұстамаларының шыдатпайтындығы соншалық, науқастар кез келген, тіпті

қауіпті операцияларға да келісім беруге дайын, көбінесе олар өзін өзі өлтіруге де таяу тұрады.

Ұстамалар арасында үштік нервтің қызметі бұзылмайды. Қатты ұстамалар кезінде ауырсыну көбінесе үштік нерв аймағына тегіс тарайды. Нерв шығатын сүйек саңылауларын батыра сипағанда ауырсыну жиі байқалады. Невралгияның зақымданған нерв аймағына сәйкестігін нақты анықтау қажет. Сол себепті үштік нерв тармақтарының қайсысында невралгия болғандығы жеңіл ұстамалар кезіндегі ауырсынудың білінетін жеріне байланысты анықталады.

Үштік нервтің біріншілік невралгияларын невралгизмнен (бет аймағына берілетін ауырсынулар) ажырату қажет. Мысалы, бауыр немесе өкпе, гинекологиялық, т.б. аурулар асқынғанда (сарғаю, бүйрек ұстамасы) бетте ұстамалы ауырсынулар пайда болады. Невралгизмге байланысты ұстамалар аса айқын білінбейтіндіктен үштік нерв тармақтары тарайтын аймақтарда ауырсыну байқалмайды, Үштік нерв невралгиясы беттегі шектелген аймақтарға (мұрын қанаттары, жоғарғы ерін) тән, яғни олардың тітіркенуі ұстамалар пайда болуына себеп болады. Зақымданған нерв таралатын аймақта гиперестезия немесе гиперпатия байқалады.

Емдік шаралар. Ауырсыну ұстамаларына қарсы аналгетиктер (аналгин, амидопирин, фенацетан, антипирин, бутадион, т.б.), кейде промедол, омнопон және морфин қолданылады. Үштік нерв невралгиясы асқынғанда эпилепсияға қарсы дәрі-дәрмектерді пайдалану арқылы айтарлықтай жетістіктерге қол жеткізуге болады. Олардың ішінде ең жиі қолданылатындары:

1) таңертең және кешке 100-200 мг қарбамазепин (тегретол, финлепсин, стазенин), кейде оның мөлшерін тәулігіне 800—1000 мг-ға дейін жеткізуге болады;

2) тәулігіне 250 мг-нан сукцимид (сукцилеп, пикнолепсин), соңынан терапиялық нәтижеге жеткенше оның мөлшерін көбейтеді де, біртіндеп қажетті мөлшерге дейін төмендетеді;

3) 0,2 г триметин күніне 4 рет апта бойы, соңынан 0,2 г-нан күніне 3 рет - 1 апта, бұдан кейін 0,2 г-нан күніне 2 рет және 1 рет,

Л. Г. Ерохина (1982) аса ауыр және жиі қайталайтын ұстамаларды емдеу кезінде аминизинның 0,25 % ерітіндісін 1 мл-ден, 0,005 г дилантинге В₁₂ витаминін (1000 мкг) қосып, күніне 2 реттен бұлшық етке 7-10 күн бойы жіберуді, одан әрі бір дүркінге 5—6 процедурадан диадинамикалық ток және 7-10 күн инерексотерапия қолдануды ұсынады.

Дәрі-дәрмекпен (консервативтік) емдеу нәтиже бермеген жағдайда симпатикалық және жұлдыздық түйіндерге новокаинмен блокада жасалады. Нерв тармақтары кіретін сүйек өзегіне спирт-новокаиндық блокада жасауға да болады.

Гассеров түйініне немесе үшкіл нерв түбіршегіне стереотаксистік гидротермиялық немесе электр тогы арқылы деструкция қолданылады.

Л.Я. Лившиц (1960) және біздің клиникада Т.И. Изаков (1872)

рентгенологиялық бақылау арқылы Гассеров түйіні артына тазартылған ыстық сумен үшкіл нервтің сезімталды түбіршегіне гидротермиялық деструкция әдісін жасауды ұсынған.

Көз асты саңылауы мен төменгі жақ өзегінің тарылғандығы рентгенологиялық зерттеу нәтижесінде дәлелденген жағдайда, оларды хирургиялық емдеу шаралары көмегімен кеңейту арқылы нерв түбіршегін декомпрессиялауға болады.

Ешбір емге көнбейтін жағдайларда артқы бас сүйек шұңқырын зақымданған жағынан тесіп, үшкіл нервтің түбіршегін тексеру қажеттігі туады. Тұрақты ауырсынуларда рентгенотерапия қолдануға болады (бір сеансқа 26-52 мки/кг, барлығы 4-5 сеанс).

Үшкіл нерв невралгиясы қан тамырлары ауруларына байланысты болғанда трентал (5 мл тренталды 100 мл хлорлы натрийдің изотониялық ерітіндісіне қосып, тамшылатып венаға жіберу), никотин қышқылы (1%-дық 2 мл ерітіндісін бұлшық етке жіберу, бір дүркінде 20-30 инъекция), эуфиллин (2,4 %-дық 10 мл ерітіндісін глюкозаның 40 % ерітіндісіне қосып венаға жіберу) тағайындалады.

Ауырсыну басылған кезендерде (ремиссия) витаминдерді, биостимуляторларды және таратып сіңіретін препараттарды қолдану керек.

Үшкіл нерв невралгиясымен ауырғандарда инфекциялық ошақтарды мұқият тазалау (санация жасау) қажеттігін ескерген жөн. Мұндайда кеңсіріктің қосымша қуыстары мен ауыз ішін санациялауға ерекше көңіл аударылуы керек.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЭКГ, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі - жылына 2 рет (3 күн аралығында), электроэнцефалография, МРТ - көрсеткіштер бойынша.

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштерімен ЖТД дәрігерге жолдама.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау. Қауіп факторлары байқалса терапияны коррекциялау.

Негізгі аурудың белгілері өрши бастағанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаса невропатологқа жолдама.

Бақылау жиілігі

Жылына 2рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 1 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау. Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия

Фертильді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік кезінде қарсы көрсетулер жоқ. Жүктілік кезінде препараттарды қабылдауды шектеу ұсынылады.

Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

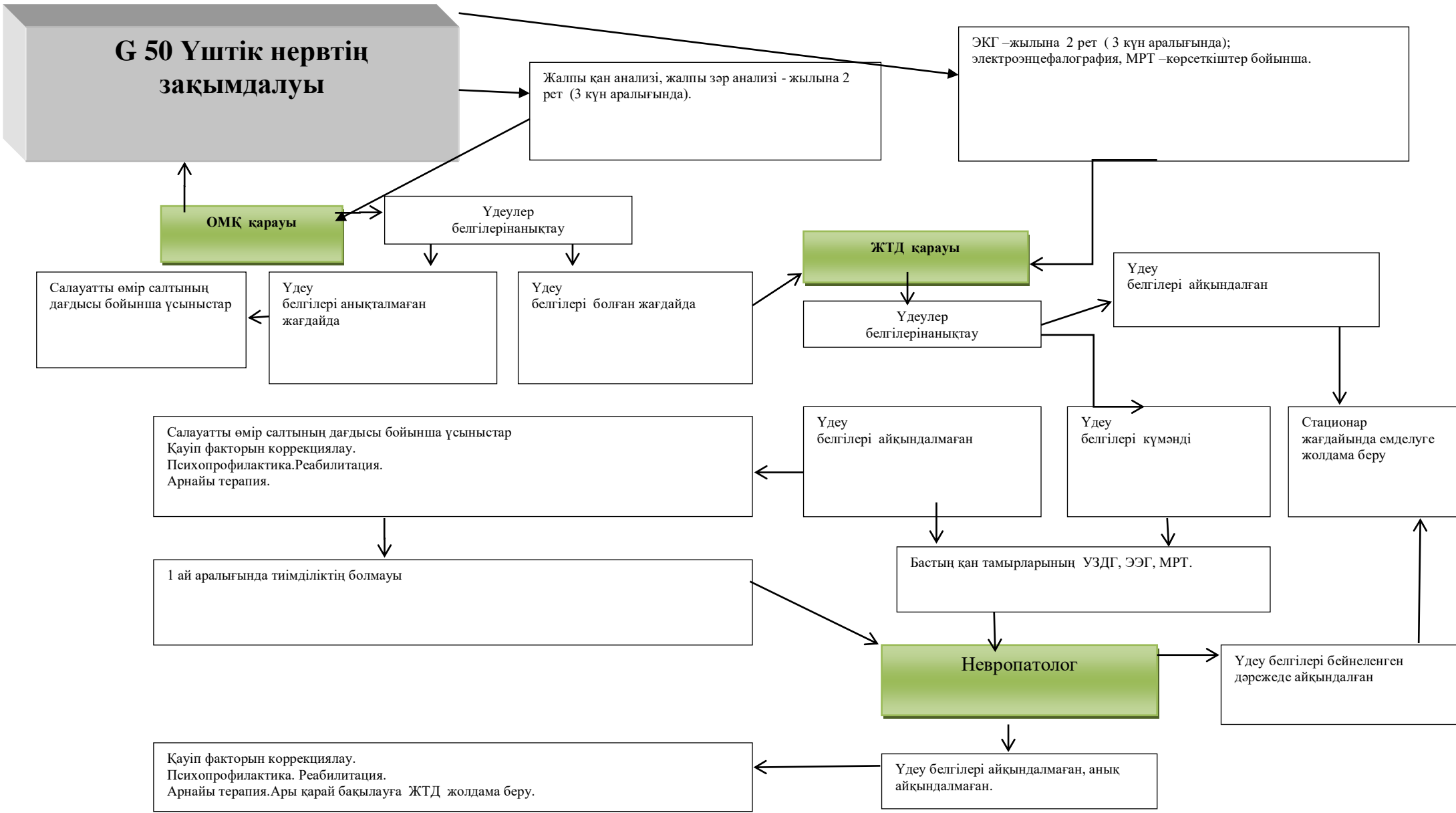
Бұзылған функциялардың регрессі немесе тұрақтануы. Уақытша жұмыс жарамдылығын төмендету;

Мүгедек тобын алып тастау немесе өзгерту.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

1 жыл. Есептен шығару – неврологиялық симптомдардың регрессі немесе тұрақтануы

Емделуші қозғалысының маршруты



G 52 Басқа да бас ми нервтерінің зақымдалуы

Нозологиялық форма

G 52 Басқа да бас ми нервтерінің зақымдалуы

- G 52.0 Иіс сезу нервінің зақымдалуы
- G 52.1 Тіл-жұтқыншақ нервінің зақымдалуы
- G 52.2 Кезбе нервтің зақымдалуы
- G 52.3 Тіласты нервтің зақымдалуы
- G 52.7 Көптеген бас ми нервтерінің зақымдалуы
- G 52.8 Басқа да бас ми нервтерінің зақымдалуы
- G 52.9 Анықталмаған бас ми нервтерінің зақымдалуы

G 53 Басқа жіктеме бойынша ауруларда бас ми нервтерінің зақымдалуы

- G 53.0 Белдемелі герпестен кейінгі невралгия
- G 53.1 Басқа жіктеме бойынша инфекциялық және паразитарлық ауруларда көптеген бас ми нервтерінің зақымдалуы
- G 53.2 Саркоидоз кезінде көптеген бас ми нервтерінің зақымдалуы
- G 53.3 Жаңа түзілімдерде көптеген бас ми нервтерінің зақымдалуы
- G 53.8 Басқа да жіктеме бойынша ауруларда бас ми нервтерінің басқа зақымданулары

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЭКГ, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі - жылына 2 рет (3 күн аралығында), КТ, МРТ - көрсеткіштер бойынша.

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштерімен ЖТД дәрігерге жолдама.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау. Қауіп факторлары байқалса терапияны коррекциялау.

Негізгі аурудың белгілері өрши бастағанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаса невропатологқа жолдама.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау. Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік кезінде қарсы көрсетулер жоқ. Жүктілік кезінде препараттарды қабылдауды шектеу ұсынылады.

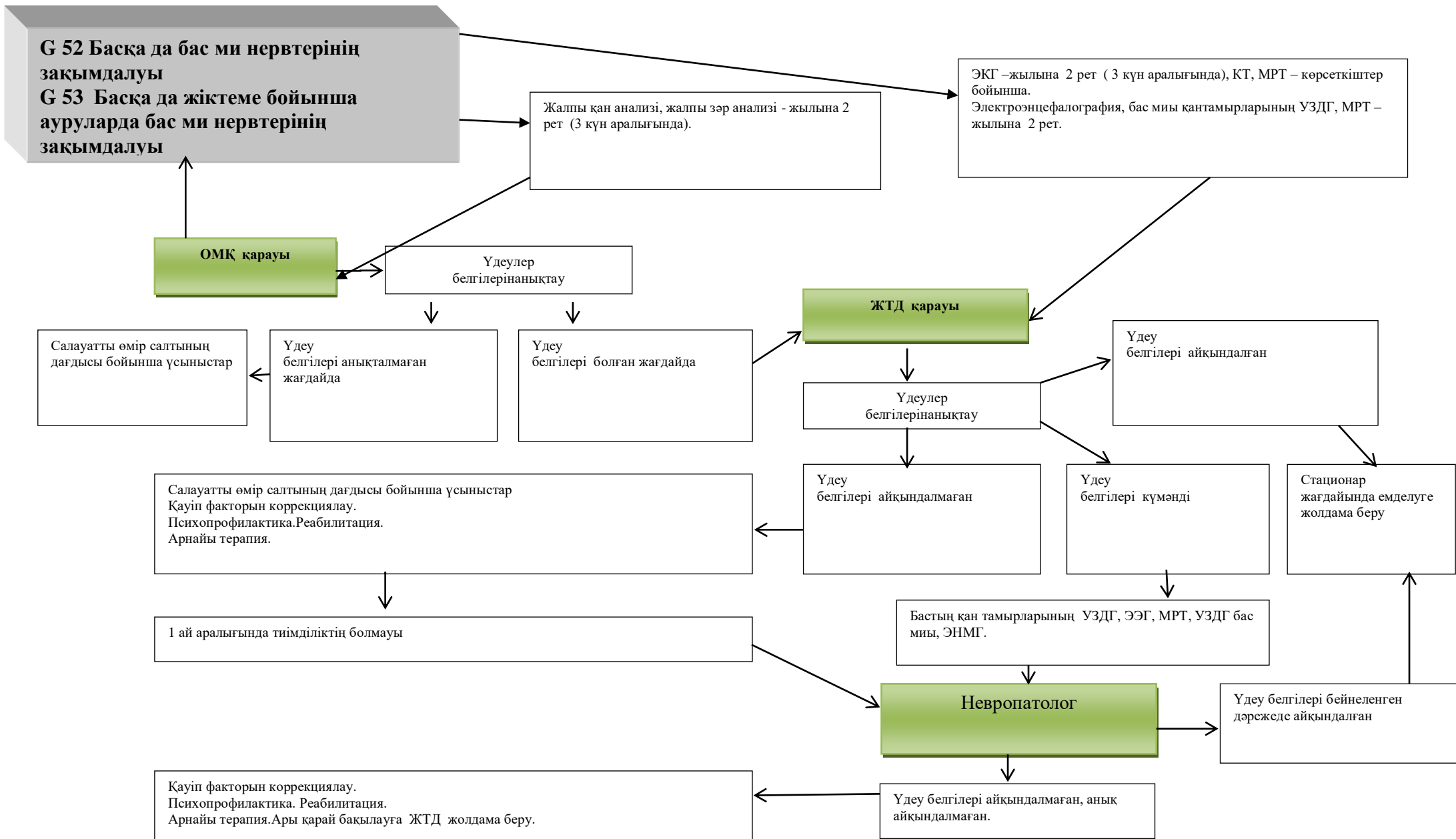
Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Бұзылған функциялардың регрессі немесе тұрақтануы. Уақытша жұмыс жарамдылығын төмендету.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

1 жыл. Есептен шығару – неврологиялық симптомдардың регрессі немесе тұрақтануы.

Емделуші қозғалысының маршруты



G 95 Жұлынның басқа да аурулары

Нозологиялықформа

G 95 Жұлынның басқа да аурулары

G 95.0 Сирингомиелия және сирингобульбия

G 95.1 Қан тамырлық миелопатиялар

G 95.2 Анықталмаған жұлынның қысылуы

G 95.8 Жұлынның басқа да анықталған аурулары

G 95.9 Анықталмаған жұлын аурулары

Дизэмбриогенез әсерінен ерте жатырдағы кезінде жұлын дамуының кемістігі, тіпті оның болмауы да (амиелия) мүмкін. Орталық өзектің даму ауытқуы мен қуыстар (гидромиелия), жіктер (дизрафия) пайда болуы, сұр және ақ зат құрылымдарының ығысуы (гетеротопиялар), жұлынның жекелеген ядролары мен клетка топтарының, әсіресе алдыңғы мүйіздерінде, жетіспеушілігі жиі кездеседі. Кейде жұлынның қосарлануы түріндегі кемістік (дипломиелия) болуы мүмкін.

Жұлын дамуының жартылай жетіспеушілігіне байланысты ұзақ уақыт бойы клиникалық көріністер байқалмайды. Бірақ кейде сіңір рефлекстерінің көмескіленуі немесе жойылуы, сезімділік және жамбас қуысы ағзалары қызметінің бұзылыстары білініп қалуы мүмкін.

Жұлын даму кемістігі ішінде жиі кездесетіні — **миелодисплазия**. Мұндайда көбінесе тұрақты немесе көбірек таралған гипестезия түрінде сезімділік бұзылыстары білінуі мүмкін. Кейде аяқ-қол мұздау мен көгілдірлену түрінде вегетатипті-қан тамырлық бұзылыстар байқалады. Сыртынан қарағанда аса айқын білінбейтін сколиоз көрінеді. Кейін ешқандай өзгерістер болмай, миелодисплазия жасырын күйінде қалып қоюы ықтимал.

Миелодисплазия үдемелі түрде өтетін болса, өздігінен немесе жарақаттар, инфекциялар, т.б. қосымша факторлар әсерінен орта деңгейде білінетін аяқ әлсіздігі мен зәр ұстай алмау тәрізді жұлынның зақымдану симптомдары анықталады.

Жұлын даму кемістігін анықтау ЯМРТ арқылы және спондилограммада омыртқа дамуының кемістігі анықталғанда ғана мүмкін болады.

Жұлын жырықтары

Омыртқа доғаларының бірікпеуімен білінетін эмбриогенез үрдісінде "ортаңғы жік" қалыптасуының бұзылуы (дизрафия) — омыртқа доғаларындағы ақаулар арқылы омыртқа өзегінен оның ішіндегі құрылымдар бұлтиып сыртқа шығады, яғни жырық қапшығы пайда болады.

Жарық қапшығында тек жұлын қабығы мен ми-жұлын сұйығы болса — қабықты (менингоцеле), ал егер онда нерв түбіршектері де болса — қабықты-түбіршекті (менингорацикулоцеле), олармен бірге жұлын болған жағдайда қабықты-жұлынды (миеломенингоцеле) жырық деп аталады. Олар әдетте жаңа туған нәрестелерде анықталады да, бел-сегізкөз бөлігінде орналасады

Ликвормен толтырылған қапшық менингоцелемен зардаптанғандарда денесінің сыртына шығып тұрады. Оның астыңғы жағы жіңішкеруі мүмкін (аяқшасы бар). Жырық дорбасының қуысы кішкене саңылау арқылы тор қабық асты кеңістігімен қатынасады. Мұндайда неврологиялық симптомдар бола бермейді.

Менингорацикулоцеле мен миеломенингоцеле әдетте жұлын түбіршектері мен жұлынның даму кемістіктерімен қабаттасады. Мұндайда неврологиялық симптоматика аяқтағы босаң парездер мен салданулар, сезімділік пен трофикалық бұзылыстар, жамбас қуысы ағзалары қызметінің бұзылуы арқылы білінеді. Жырық дорбасының түбі әдетте кең. Басқа да даму кемістіктері байқалып қалады.

Жұлын жырықтары негізінен операция көмегімен емделеді. Оның қажеттігі жеке-жеке анықталады.

Сирингомиелия

Сирингомиелия — жұлынның қалыпты жағдайда бітеліп тұратын орталық өзегі кеңеюінен немесе оған таяу сұр затқа қуыстар пайда болуы мен глиалардың ұлғаюынан дамиды созылмалы ауру (жұлындық глиоз немесе глиоматоз). Сирингомиелияның этиологиясында медуллярлық түтіктің екі жағынан қосылатын тұсындағы жіктің ақаулануы бітелмеуінен (диз-рафия) пайда болатын жұлынның эмбрионалдық даму кемістігі маңызды роль атқарады.

Гидродинамикалық теория бойынша, сирингомиелияны қалыптастыратын варианттардың бірі — қарыншалар жүйесінен тор қабық асты кеңістігіне ликвордың таралуына әсер ететін Моханди және Люшка тесіктерінің тарылуы немесе туа бітелуіне байланысты ликвор жолдарының жартылай тығындалуы. Мұндайда әдеттегідей жойылып кетпеген (редукцияланбаған) орталық өзектің орнына біртіндеп білте (дренаж) пайда болады да, гидромиелия қалыптасады.

Сирингомиелия — генетикалық ықпалы басым мультифакторлық ауру. Қоршаған ортаның қолайсыз жағдайлары әсер еткен және бейімделу мүмкіндігі төмендеген дизрафикалық статус тұқым қуалайды.

Сирингомиелияға тән орталық нерв жүйесі құрылымдарының жетімсіздігі біраз уақыт білінбейді де, әдетте 20 жастан асқан адамдарда байқалады.

Патоморфологиялық өзгерістер жұлынның төменгі мойын және жоғарғы кеуде бөліктерінде басым болады. Жұлын кесіндісінің орталық өзек айналасындағы сұр затқа орналасқан, глиоздық жаңа құрылымдар үйіндісімен қоршалған формасы қисық қуыстар көрінеді. Кейбір жағдайларда бұл қуыстар орталық өзек кеңеюінен пайда болады (гидромиелия). Қуыстар мен глиалар көбеюі әдетте жұлынның бірнеше сегментін қамтиды.

Жіктемесі. Негізінен жұлынның ұзындығы мен енінің әр түрлі бөлшектерінің басым зақымдануына орай сирингомиелияның бірнеше жіктемелері ұсынылған.

Н.А. Борисова өзінің авторлық ұжымымен бірлесе отырып (1989ж), аурудың клиникалық түрлері, оның көріністерінің айқындық деңгейі, таралымы, патологиялық үрдістің өту типі мен даму кезендері ескерілген жіктеме жасады.

Клиникалық түрлері: артқы мүйіздік, алдыңғы мүйіздік, аралас, булбарлық және краниовертебралдық ауытқулармен қабаттасқан.

Патологиялық үрдісінің таралуы: жұлындық (мойын, кеуде, бел-сегізкөз және жұлынды тұтас қамтитын), ми бағандық, ми бағаны-жұлындық.

Айқындық деңгейі: жеңіл, орташа және ауыр.

Өту типі: үдемейтін, баяу үдейтін, тез үдейтін.

Үрдістің даму кезеңдері: дебют (басталуы), ұлғаюы және тұрақтануы.

Клиникасы. Ауру көбінесе "кеудеше" немесе "жартылай кеудеше" түріндегі тактильдік және проприорецептивтік сезімділіктің өзгермей, ауырсыну мен температуралық сезімділіктің білінбеуімен басталады. Бұл құбылыс жұлынның артқы мүйіздерімен қосылған жерінің зақымдануынан пайда болады. Олар бір немесе екі жақты болуы мүмкін, көбінесе төменгі мойын, жоғарғы және ортаңғы кеуде дерматомаларында анықталады.

Кейде аурудың алғашқы белгісі осы аймақтардағы ауырсыну арқылы білінеді. Олар артқы мүйіз бен вегетативтік нерв жүйесі нейрондарының (жұлынның бүйірлік мүйіздеріндегі симпатикалық клеткалар) тітіркенуінен пайда болып, төзімді, тереңнен сезіліп, сыздата күйдіргендей болып білінеді.

Жұлынның бүйірлік мүйіздері функциясының жойылуы вегетативті-трофикалық бұзылыстарға (қол ұшының көгілдірленуі, дымқылдануы және ісінуі, ұзақ уақыт жазылмайтын ойық жара) себепші болады. Омыртқа бағанының кеуде бөлімінде құныстанып қисаюы (кифосколиозы) мен сүйектердегі дистрофиялық өзгерістер жиі байқалады. Ауырсыну мен температуралық сезімділіктің білінбеуіне байланысты кез келген механикалық немесе температуралық тітіркену күйіктер, ұзақ жазылмайтың жаралар, ал кейде саусақтардың өздігінен оталып қалуына әкеліп соғуы мүмкін.

Жұлынның мойын тұсындағы симпатикалық орталықтың зақымдануынан Бернар-Горнер синдромы пайда болады.

Патологиялық үрдіс жұлынның алдыңғы мүйіздерін де қамтыса, қол бұлшық еттерінің, әсіресе қол ұшындағы ұсақ бұлшық еттердің атрофиялық парезі ("тырнақты" немесе "маймылдың қол ұшы") байқалады.

Сирингомиелияның бульбарлық түрі (сирингобульбия) әдетте жұлын зақымдануымен қосарланады да, булбарлық синдром белгілері пайда болуымен асқынады. Үштік нервтің төмен бағытталатын түбіршігі ядросы зақымдануына байланысты сезімділіктіңыдырай (диссоциацияланған) бұзылуы әуелі сыртқы, ал кейін беттегі жекелеген Зельдер аймақтарына тарайды. Тіл, көмей, жұтқыншақ және жұмсақ таңдай босаң салдануы ықтимал. Ол XII, IX және X жұпты бас сүйек-ми нервтері ядроларының патологиялық үрдіске ілігуіне байланысты.

Сирингомиелиямен ауырғандарда ми-жұлын сұйығы өзгермейді, бірақ асқынған жағдайларда белок-клетка ыдыраушылығы анықталады. Спондилограммаларда мойын омыртқалары доғаларының бітелмегендігі мен краниовертебралдық ауытқулар көрінеді.

Жұлындағы қуыстар мен краниовертебралдық ауытқуларды анықтауда МРТ деректері аса маңызды.

Еңбекке жарамдылығы мен емдік шаралар мәселесін шешуде клиникалық көріністердің айқындық деңгейі мен бейімделу белсенділігі, сонымен қатар сирингомиелияның өтуі мен даму кезеңдерінің сипаты маңызды роль атқарады.

Аурудың жеңіл білінетін деңгейінде организмге жоғары талап қойылғанда бейімділік белсенділігі аз өзгеруімен қатар, сезімділік пен вегетативті-трофикалық бұзылыстар байқалады.

Орташа деңгейге әдеттегі тіршілік жағдайларына қажетті бейімділік белсенділігі бұзылуы, орта дәрежеде білінетін қимыл мен сезімділік және айқын вегетативті-трофикалық бұзылыстар тән.

Ауыр деңгей еңбекке жарамсыздық пен аяқ-қолдың әлсіздігінің күшеюіне, сезімділік пен вегетативті-трофикалық бұзылыстар пайда болуына байланысты өзін өзі күту мүмкіндігі шектелуімен білінеді.

Сирингомиелияның үдемей өтуіне неврологиялық көріністер мен бейімделу белсенділігі бұзылуының ұзақ уақыт бірқалыпта сақталуы тән. Аурудың баяу үдеуіне байланысты айқын гомеостаздық ауытқулармен қабаттас зақымдану симптомдары да молаяды. Патологиялық үрдістің тез үдеуі оның көп таралуы мен гомеостаздық ауытқудың күшейе түсуімен қабаттасады.

Сирингомиелияның клиникалық көріністерінің басталуы мен үдеу кезеңі патологиялық үрдістің қарқынды өтуіне ықпал жасайтын гомеостаздық өзгерістерімен қосарланады. Үрдістің тұрақтануы әдетте емдеу шараларын өткізгеннен кейін, ал кейде өздігінен басталады.

Емдеу шаралары патологиялық үрдісті тұрақтандыруға бағытталады. Қазіргі заманда негізгі патологиялық үрдіске әсер ету үшін рентген және радионуклидтік терапия, ал кисталар анықталса — ламинэктомия (П.П. Пусепшше кистаны босату) және Арнольд-Киари мальформациясы қабаттаса — бас сүйектің артқы шұңқырын жаншылудан босату (декомпрессия) мен С₁—С₂ ламинэктомиясы, мидың қатты қабығы мен кистаны жару қолданылады. Киста жұлынның кеуде бөлігінде орналасса, тікелей қосу (шунттайтын) операциясы жасалады — шунттың бір ұшы киста қуысына қондырылады да, екіншісі плевралдық қуысқа енгізіледі. Сонымен қатар патологиялық үрдістің үдеуін тоқтату мен қайталану механизмінің негізін жою мақсатында қалыптастыру (коррекциялық) емдік шараларын қолдану керек.

Сәулемен емдеудің табыстылығы аурудың даму кезеңі мен сәулемен емдеу әдісін дұрыс таңдауға байланысты. Сәулелендіру жұлынның 6—7 сегментін, сирингобульбияны емдегенде — жүйке аймағын қамтиды. Әр

сәулелену өрісіне 600—800 рентген тағайындалады. Барлығы 5—6 дүркіндік ем қолданылады. Екінші дүркінді 3—6 айдан, үшінші дүркінді 6—8 айдан, ал келесі дүркіндерді 1—1,5 жылдан кейін жүргізген жөн. Емдеу нәтижесі ауырсынулардың, парестезиялардың, сезімділік, қимыл, вегетативті-трофикалық бұзылымдар қарқынын азаюымен білінеді. Мұндайда неврологиялық көріністер толық жойылмайды. Көбінесе бас ауыруы, лоқсу, анорексия, жүректұсының ауыруы және лейкопения түрінде білінетін рентгенотерапияның жағымсыз әсерлері болуы мүмкін. Сондықтан сәулемен емдеген кезде амин қышқылы препараттарын, белок гидрализаттарын, В₆ витаминін, унитиол, купренил, ангиопротекторлар және басқа вазоактивті препараттар тағайындау керек.

Гомеостазды реттеу үшін дәрі-дәрмектердің орнына рефлексотерапияны (10 сеанс электропунктура немесе акупунктура, немесе аурикулотерапия) пайдалануға болады.

Родон ванналарын пайдалану да тиімді. Радиотерапияның бір реттік үйлесімді дозасы — 182 нКи/л, ұзақтығы 36—37°жылылықта 15 минут (бір дүркінге 12 сеанс). Тітіркендіру терапиясын дәрі-дәрмектермен (прозерин, дибазол, В, витамині, стрихнин, дуплекс, т.б.) қабаттастыра жүргізгенде аса тиімді нәтиже байқалады.

Бүгінгі күнде синингомиелияны емдеуде йод-131, фосфор -32 және алтын-192 пайдаланылатын радионуклидтік терапия арқылы айтарлықтай нәтижеге қол жеткізуге болады. Йод-131 жиі қолданылады. Ол таңертеңгі тағам қабылдағаннан 2 сағаттан кейін 50—100 мкКи (1,85 мБК) мөлшерінде 3 күнде 1 рет тағайындалады. Ересектер үшін дүркіндік дозасы 500—700 мкКи (18,5—20 мБК), балаларға беретін доза ересектерден екі есе кем. 10 айдан асырмай йод-131-мен емдеуді қайталау керек. Барлығы 4—5 дүркіндік ем ұсынылады. Аса тиімді нәтиже аурудың алғашқы кезеңдерінде байқалады. Радионуклидтік терапияның тиімділігі дәрі-дәрмектермен немесе рефлексотерапиямен бірге жүргізгенде арта түседі. Синингомиелияны емдеуді барынша ерте бастап, емдік шараларды қайталап отыру керек.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы
ЭКГ, жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі, қан құрамында глюкоза, электролиттер - жылына 2 рет (3 күн аралығында)

КТ, МРТ, электронейромиография, УЗДГ, қан тамырларды дуплексті сканирлеу— жылына 2 рет (1 апта аралығында).

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштерімен ЖТД дәрігерге жолдама.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау. Қауіп факторлары байқалса терапияны коррекциялау.

Негізгі аурудың белгілері өрши бастағанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаса невропатологқа жолдама.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау. Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия.

Фертилді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік ұсынылмайды.

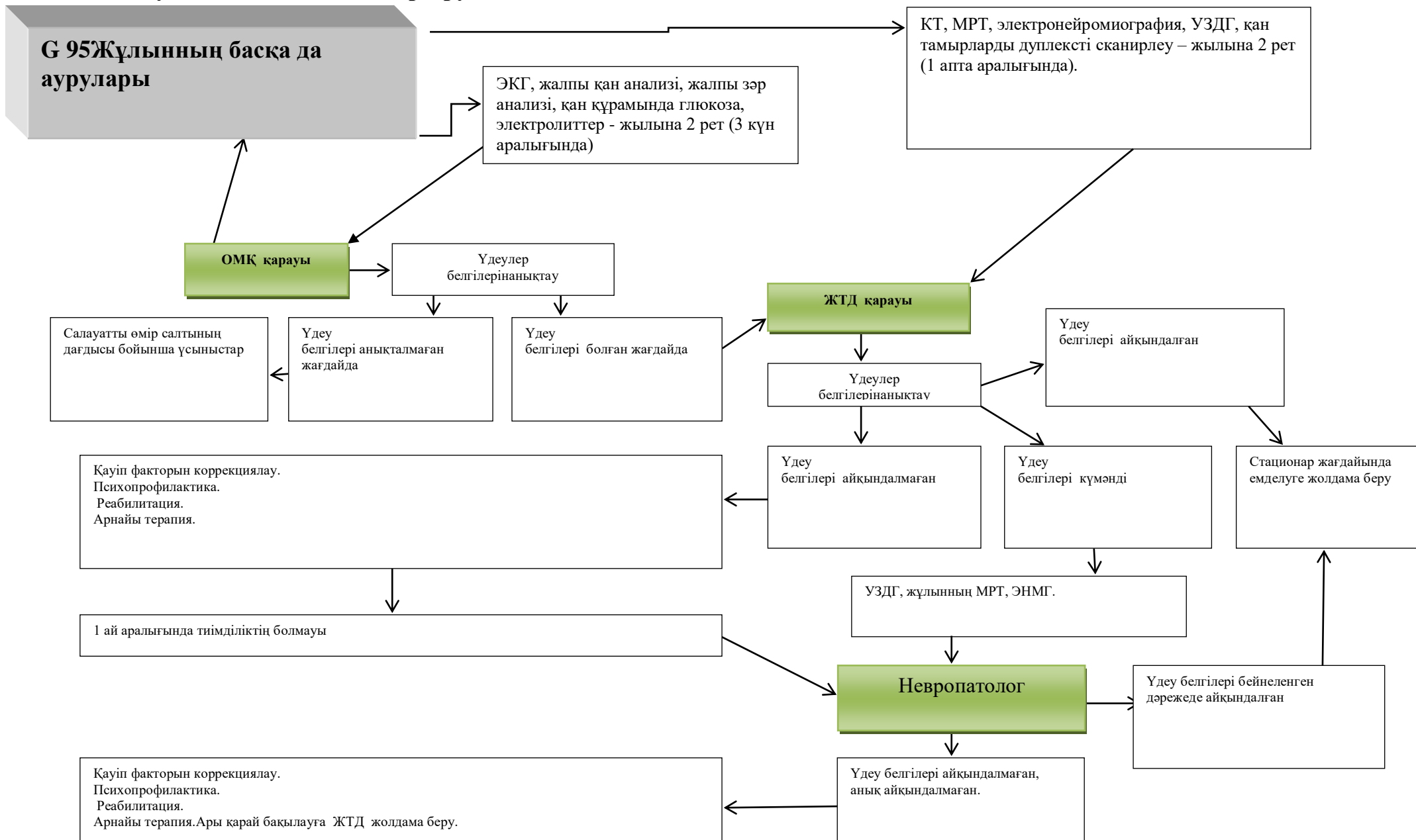
Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Бұзылған функциялардың регрессі немесе тұрақтануы. Уақытша жұмыс жарамдылығын төмендету; мүгедектіктен шығару немесе мүгедектік тобын ауыстыру.

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

Өмір бойы бақылауда болу.

Емделуші қозғалысының маршруты



I 67.2 Церебральды атеросклероз

I 67.2 Церебральды атеросклероз

Нозологиялық форма

I 67.2 Церебральды атеросклероз

I 67.2 Церебральды атеросклероз

I 67.3 Өрістеуші қантамырлық лейкоэнцефалопатия

I 67.4 Гипертензивті энцефалопатия

I 67.8 Анықталған басқа да бас миы қантамырларының зақымдануы

I 67.9 Анықталмаған цереброваскулярлық аурулар

I 69 Цереброваскулярлық аурулардың салдары

I 69.0 Субарахноидальдық қан құйылудың салдары

I 69.1 Бас миішілік қан құйылулардың салдары

I 69.2 Басқа да жарақаттық емес бас миішілік қан құйылудың салдары

I 69.3 Бас миының инфарктының салдары

I 69.4 Анықталмаған бас миының инфаркты немесе қан құйылулар, инсульттен кейінгі салдары

I 69.8 Басқа да анықталмаған цереброваскулярлық аурулардың салдары

Анықтамасы: Атеросклероз үлкен және орта калибрдегі артериялар интимінде бляшкатурінде липидтердің жиналуымен мінезделеді; фиброз және кальцинациямен қатар жүреді.

Церебралды атеросклероз экстра және/немесе интракраниалды артериялар, яғни бас миын қанмен қамсыздандыратын артерияларды окклюзирлейтін, стеноздайтын зақымданулар салдарынан дамиды. Ми қанайналымының бұзылыстарын, миокард инфарктына немесе аралық ақсаңдауға алып келетін, қантамырлардағы сондай өзгерістер туындатады. Ми қанайналысы бұзылыстары созылмалы формасының жұмыстық жіктемесі ретінде Е.В.Шмидт (1985) жіктемесі пайдаланылуы мүмкін. Бұл жіктемеге сәйкес ДЭ термині созылмалы цереброваскулярлық бұзылыстар көріністерінің барлық спектрін көрсетеді – минималды айқын бұзылыстардан қантамырлық деменцияға дейін, ангионеврологиялық бұзылыстардың барлық преддементті формалары кіреді. Дисциркуляторлық энцефалопатия (ДЭ) – біртіндеп мидың үдемелі құрылымдық өзгерістері мен функцияларының бұзылыстарына алып келетін, бас ми қанайналымының баяу үдемелі бұзылуы. ДЭ негізгі патогенетикалық механизмдеріне ДЭ экстра – және интракраниальді ми қантамырларының зақымдануы жатады.

Жіктемесі: дисциркуляторная энцефалопатия:

I стадия – шашыранды ошақты неврологиялық симптоматика.

II стадия мнестикалық функцияның, үдемелі нашарлауымен, жұмысқа қабілеттіліктік төмендеуімен, мінезделеді, тұлғаның өзгеруі байқалады, ошақтық симптомдар анық.

III стадия мидың қандай да бір облысының зақымдалуына, мнестикалық және психикалық бұзылулардың деменцияға дейін ауырлауы байланысты,

ошақтық синдромдардың дамуына алып келетін, ми тіндерінің диффузды өзгерістерімен мінезделеді.

Қауіп-қатерлі факторлар:

1. Темекі тарту
2. Холестериннің жоғары деңгейі
3. Триглицеридтердің жоғары деңгейі
4. Гипергомоцистеинемия
5. Тұқымқуалаушылық бейімділік
6. Ауыз арқылы ішетін контрацептивтерді қабылдау
7. Артериалдық гипертензия
8. Транзиторлық ишемиялық шабуылдар
9. Қантты диабет
10. Семіздік

Диагностика критерилері:

Шағымдар мен анамнез:

Ошақтық неврологиялық симптоматикалармен бірлескен, субъективтік шағымдар (бас ауыруы, бас айналу, бастағы шу, ұйқының бұзылуы, тітіркенгіштік, жұмыс қабілетінің төмендеуі, мнестикалық бұзылыстар, когнитивтік бұзылыстар, түрлі парестезиялар).

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі: Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

Бас ми қантамырларын ультрадыбыстық зерттеу
Магниторезонанстық томография (қантамырлық режимде)
Холестерин, глюкоза, триглицеридтерді анықтау

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

Офтальмолог консультациясы (көз түбі)
Кардиолог консультациясы
Электрокардиография
Компьютерлік томография

Емдеу тактикасы:

Ем мақсаты:

Атерогенез процессінің қауіп қатер факторларын түзету;
Перфузияны жақсарту;
Нейропротекторлық терапия.

Дәрі-дәрмексіз ем: Қауіп қатерлі факторларды түзетудің мәні артериалдыққысымдеңгейін бақылауда, холестерин деңгейін төмендетуде, емделушінің темекіден бас тартуында.

Дәрі-дәрмектік ем:

Артериалдық гипертензияны емдеу диуретиктер, β - блокаторлар , АПФ ингибиторларын немесе кальций каналдарын бөгейіштердің аз дозасын қолданумен жүргізіледі. Цереброваскулярлық аурулардың маңызды қауіп қатерлі факторлары болып гиперхолестеринемия табылады.

Дислипотеидемияны емдеуді диета көмегімен липидтік метаболизм бұзылуын түзетуден бастайды. Өмір салтын өзгерту қажет:

физикалық белсенділікті арттыру, темекіден бас тарту, салмақты азайты және басқалар.

Жүргізілген шаралардың тиімсіздігі кезінде диетаны әрі қарай қатандандыру қажет, сонан соң статиндер және фибраттармен дәрілік терапия тағайындалады. Ловастатиннің бастапқы дозасы ұйықтар алдында 20 мг құрайды . Дозаны 80 мг/тәулігіне дейін жоғарылатуға болады (1 немесе 2 рет тағайындалады). Правастатин: 20-40 мг/ тәулігіне. Симвастин: бастапқы доза 10-20 мг, 80 мг/тәулігіне дейін жоғарылатуға болады, флувастатин: 20-40 мг (80 мг дейін). Қосымша жүрек қантамыр аурулары бар емделушілерге (ЖИА, инсульт) жалпы холестерин деңгейі 6,0 ммоль/л аз болғанда, статиндерді қабылдау ұсынылған.

Ми созылмалы ишемисымен науқастарды емдеу кешенді болуы және негізгі қантамырлық ауруларды түзетуге, қайталамалы церебралды дигемия профилактикасына, миға қан келу көрсеткіштерін сандық және сапалық қалпына келтіруге және бас ми функцияларының бұзылуларын қалыпқа келтіруге, цереброваскулярлық аурулар қауіп факторларына әсер етуге бағытталған шараларды қосу қажет.

Антиагреганттарды қолдану қажет, жүрек қантамырлық асқынулар жоғарғы қауіп бар емделушілерге қарсы көрсетімдер болмаған кезде 50 жастан үлкен АГ бар, 10 жылдық қауіп бар 20% емделушілерге жүрек қантамыр ауруларының профилактикасы үшін ацетилсалицил қышқылының төмен дозасы (75 мг/тәулігіне) ұсынылады (жоғары немесе өте жоғары), ал АҚ 150/90 мм.с.б. төмен деңгейде бақыланады.75 мг/тәулігіне дозадағы аспирина қарт адамдарға ұсынылады:

А) ацетилсалицил қышқылын қабылдауға қарсы көрсетімдер жоқ болса
Б) АҚ 150/90 мм.с.б. төмен деңгейде бақыланады, сонымен қатар келесі тізімдегі бір пункт болса: жүрек қантамыр асқынулары, нысана ағзаларының зақымдануы, жүрек қантамыр асқынуларының 10-жылдық қауіп бар 20%.Жіті ми қанайналымы бұзылыстарының (ЖКАБ), транзиторлық ишемиялық шабуылдар (ТИШ) профилактикасы үшін 75мг күнделікті ацетилсалицил қышқылын тағайындайды. Ацетилсалицил қышқылын көтере алмау кезінде, сонымен қатар ТИШ, ЖКАБ болса, күнделікті 75 мг клопидогрель тағайындайды.

Нейропротекторлық терапия: пиритинол 1 таблеткадан күніне 3 рет, емдеу курсы 1 ай, винпоцетин 5, 10 мг 1 таблеткадан тәулігіне 2-3 рет . Доңыз миынан алынған пептидтер кешенін ұсынуға болады, 50,0 ден 100,0 мл ға дейін, емдеу курсына 5 тен 10 инъекцияға дейін, көктамыр ішіне.

Гинко-билоб 40-80 мг – тамақтану уақытында күніне 3 рет. Емдеу курсы 1-3 ай. Препарат ми қанайналымын, жақсартады, клеткалық метаболизмді стимулдейді, антиагрегациялық әсерге ие. Үдемелі ДЭ кезінде – бұзау қанынан жасалған депротейнизиленген гемодериват ұсынылады (драже 200 нан 600 мг дейін немесе 40 мг бұлшықет ішіне) ұсынылады; этамиван гексобендин кешені + дигидрохлорид + этофиллин 6 апта бойы тәулігіне 3 реттен 1-2 таб. немесе 1 таб. тәулігіне 3 рет форте

тағайындалады (максималды 5 таб.). 2 мл бұлшықет ішіне немесе 200 мл венаға 5% глюкоза ерітіндісін тамшылатып парентералды тағайындайды. Енгізу реттілігі - 1-2 рет/тәулігіне. Емдеу курсы - 7-10 күн.

Госпитализациялау үшін көрсетімдер:

Артериалдық гипертензияның кризді ағымы, ми қанайналымының жіті бұзылуы, ми қанайналымының перифериялық бұзылуы, прогрессивтік ағым, амбулаторлық емнің тиімсіздігі.

Негізгі және қосымша дәрі-дәрмектер тізімі: Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

Правастатин 20 мг, табл

Симвастин 20 мг, табл

Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл

Флувастатин 20 мг, табл

Ацетилсалицил қышқылы 100 мг, табл

Винпоцетин 5, 10 мг, табл

Гинко-билоба, стандартталған экстракт 40 мг

Этамиван гексобендині кешені + дигидрохлориді + этофиллині

Шошқаның бас миынан алынған пептидтер кешені, инъекция үшін ерітінді 5, 10 және 20мл

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

Клопидогрель 75 мг, табл

Ем тиімділігінің индикаторлары:

Перфузияны жақсарту;

Нейропротекторлы терапия.

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің жиілігі және аталуы

Жалпы қан анализі, жалпы зәр анализі - жылына 4 рет (3 күн аралығында), ПТИ, МНО, қандағы глюкоза, жалпы холестерин фракцияларымен – 4 рет жылына (1 апта аралығында);

ЭКГ – жылына 4 рет (3 күн аралығында); бас миының УЗДГ, МРТ – жылына 2 рет (1 апта аралығында).

ОМҚ медициналық қарауы

Зертханалық және басқада диагностикалық зерттеулерден өтуін, өту жиілігінің сақталуын бақылау және бағыттау.

Емделушінің маршрут бойынша әрекеті, аурудың үдеу белгілері пайда болса және зертханалық көрсеткіштерімен ЖТД дәрігерге жолдама.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет

ЖТД медициналық қарауы

Емделушінің күйін бақылау. Қауіп факторлары байқалса терапияны коррекциялау.

Негізгі аурудың белгілері өрши бастағанда неврологиялық бөлімге госпитализациялау туралы мәселені шешу.

Емделудің 1 ай аралығында тиімділігі болмаса невропатологқа жолдама.

Бақылау жиілігі

Жылына 4 рет (жоспарлы).

Көрсеткіштері бойынша жиілігі көбеюі мүмкін.

Профильді мамандардың кеңесі

Невропатолог – дәрігерге аурудың ағымын анықтау үшін және госпитализациялау туралы мәселені шешуде.

Бақылау жиілігі

Жылына 2 рет (жоспарлы).

ЖТД деңгейінде терапия тиімділігі болмаған жағдайда жиілігі көбеюі мүмкін.

Негізгі емдік-сауықтыру шаралары

Салауатты өмір салтының дағдысы бойынша ұсыныстар. Қауіп факторын коррекциялау. Психопрофилактика. Реабилитация. Арнайы терапия

Фертильді жастағы әйелдердің жанұя жоспарлауы

Жүктілік ұсынылмайды

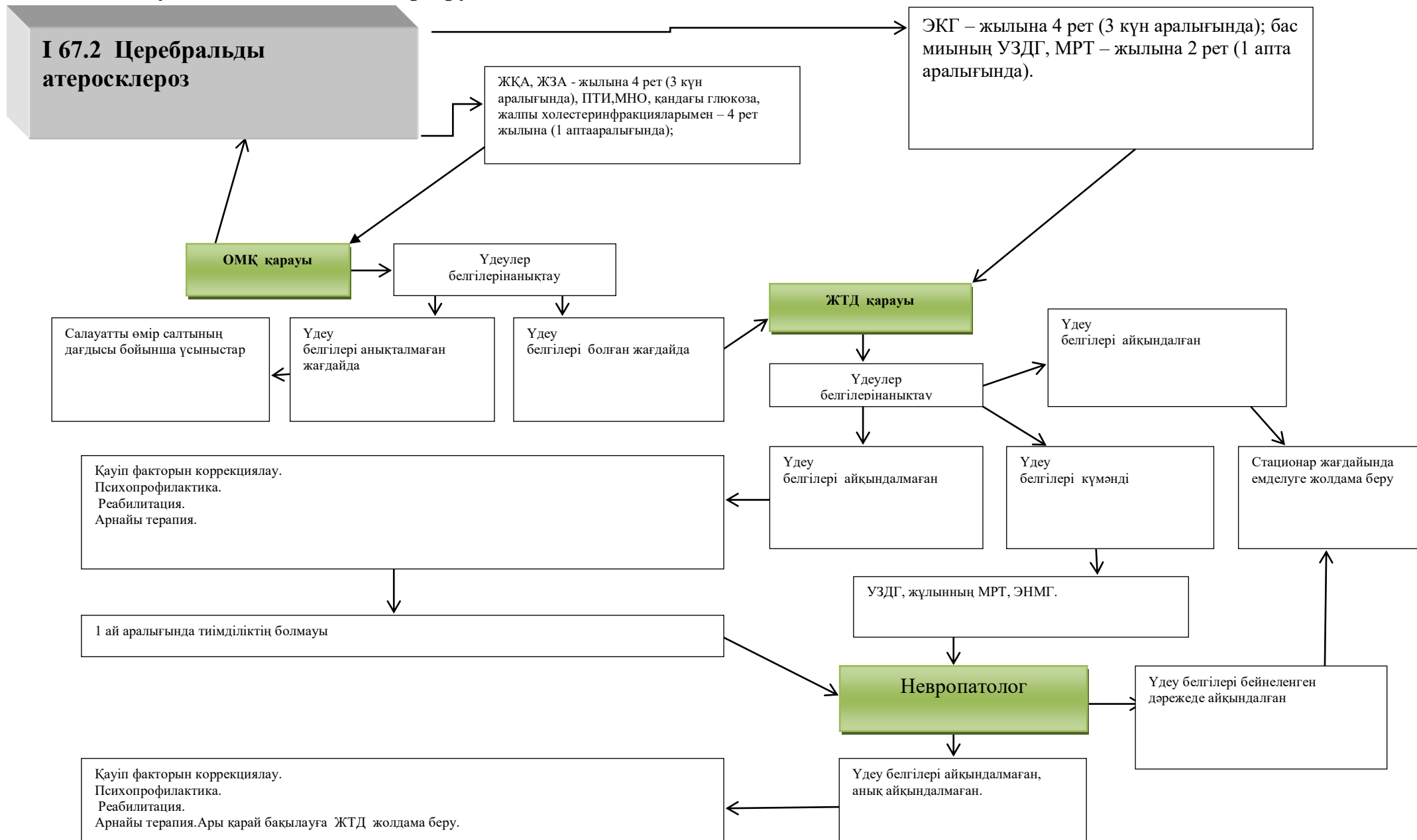
Бір диспансеризация тобынан екінші топқа аударуда диспансеризацияның тиімділік белгілері

Бұзылған функциялардың регрессі немесе тұрақтануы (қозғалыс, сезімталдық, сөйлеу және жоғары ми қызметтері). Өзіне өзі қызмет көрсетудің жақсаруы. Уақытша жұмыс жарамдылығын төмендету;

Есептен шығару индикаторы және бақылау мерзімі

Өмір бойы бақылауда болу.

Емделуші қозғалысының маршруты



Балалардың церебралдық параличі (салдануы)

G80 Балалардағы ми салдануы

G80.1 Спастикалық диплегия

G80.2 Балалар гемиплегиясы

G80.3 Дискинетикалық ми салдануы

G80.4 Атаксикалық ми салдануы

G80.9 Балалардағы айқындалмаған ми салдануы

G81 Гемиплегия

G82 Параплегия мен тетраплегия

G83 Басқа салдану синдромдары

Балалардың церебралдық салдануы — қимыл, психикалық бұзылуларының және сөйлеулерінің бұзылуының әр алуан түрлерімен білінетін мидың полиэтиологиялық ауруы. Ол жатыр ішінде жетілу кезеңінде, босану кезінде немесе туғаннан кейін пайда болады. Мидың зақымдануы ұрық дамуының ең ерте кезеңінде, оның морфологиялық және функционалдық толығы кезінде пайда болады.

Баланың церебралдық сал ауруының алғашқы клиникалық көрінісін 1861 жылы ағылшын хирургі Вильям Литтл сипаттап жазған. Ауру перинаталдық кезеңде басталып, көп жылға, кейде өмірдің соңына дейін созылады.

Этиологиясы мен патогенезі

Патологиялық үрдістің, басталуына байланысты балада сал ауруының пайда болуы мен дамуына ықпал жасайтын факторлар үш топқа бөлінеді: босануға дейінгі, босану кезіндегі және босанғаннан кейінгі.

I. Босануға дейінгі факторлар (жатыр ішінде немесе туа пайда болатын):

1) қан құйылу, жүрек-қан тамыр жетімсіздігі, жүктілік кезіндегі токсикоз, инфекциялық аурулар, т.б. әсерінен ұрыққа оттегінің жеткіліксіздігі жеткізілмеуінен болатын гипоксия;

2) зиянды экзо және эндогендік факторлар (дәрі-дәрмектер, әсіресе антибиотиктер, сульфамидтер, ПАСК, т.б., зат алмасу бұзылуы және ананың басқа да аурулары, жүкті ананың дұрыс тамақтанбауы, инфекциялар, әкесі мен анасының созылмалы алкогольизмге ұшырауы, анасының немесе әкесінің созылмалы аурулары, радиация);

3) резус-фактор.

II. Босану кезіндегі (наталдық) факторлар (босану кезіндегі жарақаттану және туу кезіндегі асфиксия).

III. Босанғаннан кейінгі (постнаталдық) факторлар. Бұлар барлық факторлардың 10—15 %-ын құрайды. Бұл кезеңде баланың церебралдық салдануына параинфекциялық энцефалопатиялар аса жиі әсер етеді.

Сонымен, баланың церебралдық сал ауруының этиологиясында ұрыққа әсер ететін әр түрлі зиянды факторлар, асфиксия және туу кезіндегі жарақаттану маңызды роль атқарады. Асфиксия және қан құйылуымен қосарланатын туу кезіндегі жарақаттың пайда болуы қан тамыр жүйесінің мүмкіншілігінен айырылуы мен фибринген азайғандықтан қан ұйығыштығының төмендеуіне байланысты.

Мидағы деструктивті-атрофиялық кемшіліктер нерв жүйесіндегі аутоиммундық үрдістер әсерінен пайда болуы мүмкін. Олардың патогенезінде инфекциялар, уытты-аллергиялық реакциялар ерекше орын алады.

Мидың жатыр ішінде зақымдануы АВО жүйесі бойынша ана мен ұрық қанының сәйкессіздігіне, ана қоректенуінің бұзылуына, экстрагениталдық ауруларға, алкогольизмге, дәрілік және басқа уыттануларға байланысты болуы мүмкін. Мұндай жағдайда некроздық және атрофиялық үрдістерге себеп болатын жатыр іші мен туу кезіндегі асфиксия, бас-сүйек-ми жарақаттануы, қатты қабық астына, тор қабық асты кеңістігіне және миға қан құйылу жиі болып тұрады. Жатыр ішіндегі гипоксия туу кезіндегі асфиксия мен метаболикалық ацидоз пайда болуына ықпал жасауы мүмкін.

Нәресте миының зақымдануы мен баланың церебралдық салдануына гемолиздік ауру, диатез (сары аурудың ауыр түрлері, резус-сәйкессіздік, АВО сәйкессіздік, т.б.) маңызды роль атқарады.

Босану кезіндегі жарақаттануға байланысты ми затындағы өзгерістер мен ыдырау жарақаттанумен бір мезгілде басталып, одан әрі біраз уақытқа созылуы мүмкін. Вазомоторлық иннервация бұзылуының ерекше маңызы бар. Ол кейін мидың әр бөлігінде құрылымдық өзгерістер пайда болуына мүмкіндік жасайтын гипоксияның аймақтық құбылыстары мен ми қан айналысының қайталанатын өткінші бұзылыстарына себепші болуы ықтимал.

1—3 жастағы балаларда церебралдық салдану әдетте инфекциялық аурулардан, сирегірек жарақаттанудан болады. Мидың анта- және перинаталдық зақымдануы, постнаталдықпен салыстырғанда, әлде-қайда жиі байқалады.

Патоморфологиялық өзгерістер

Ми құрылымындағы ең кең таралған өзгерістер эмбрионалдық өмірдің 3—4 айында — нерв клеткаларының аса жоғары жетілген кезеңінде болады. Егер ми зақымдануы эмбриогенездің алғашқы кезендерінде пайда болса, онда аса қарқынды өзгерістер ерте қалыптасатын сопақша мида білінеді. Ол ұрықта өмір сүруге қажетті функциялардың бүлінуінен баланың өліп қалуына себеп болады.

Эмбрион дамуының кейінгі кезендерінде, ал одан кейін ұрықта болатын ми зақымдануының сипаты әр түрлі функционалдық жүйелерді реттеуші ми құрылымдарына зиянды факторлардың әсер ету қарқынына байланысты.

Соңғы өзгерістер жекелеген құрылымдар бұзылуымен қатар, мидың көлемі мен массасының кішіреюімен де білінеді. Баланың церебралдық салдануына байланысты мидың маңдай белігінде айқынырақ тараған немесе ошақтық склероз байқалады. Склерозға ұшыраған бөліктердің қан тамырларының жиі өзгерістер білінеді. Жалпы және ішкі гидроцефалия құбылыстары да жиі пайда болады. Ми қартысында пирамидалық

клеткалар көбірек зардап шегеді. Мұнымен қатар тыртықтық өзгерістер, кистаның жұмсаруы және порэнцефалия да болады.

Жатыр ішіндегі зақымдануларда эмбриогенездің кез келген кезеңінде ми қыртысы құрылымдары қалыптасуының кешігуінен агирия, микрогирия, ми қабаттарының жұқаруы мен дұрыс орналаспауы, цитоархитектоникалық ерекшеліктерінің бұзылуы, гетеротопия — ақ затта сұр зат ошақшалары пайда болуына байланысты даму кемістіктері (ми қыртысы агнозиясы) байқалады.

Мидың жатыр ішінде зақымдануына тән нақты порэнцефалия сильвиев артериясы арқылы қанмен қамтылатын аймақта жиі пайда болады, ол бір немесе екі жақты болуы мүмкін. Ол ми затының шұңқырлану кемістігі ретінде көрінеді. Шұңқырдың ұшы миға тереңдеп, ал оның асты (етегі) сыртқа бағытталады. Шұңқырдың іші ми-жұлын сұйығына толы. Порэнцефалдық кемістік арқылы бүйірлік қарынша қуысы тор қабық асты кеңістігімен байланысуы мүмкін.

Мидың постнаталдық зақымданулары артериялардың бітелуі, қан құйылу немесе қабынудан болатын некроз салдарынан псевдопорэнцефалияның пайда болуына әсер етеді. Мұндайда фиброздық қабырғалары, мөлшері мен түрі әр түрлі кисталар байқалады. Псевдопорэнцефалиялық қуыс тор қабық асты кеңістігімен байланысып, көптеген фиброзды-глиялық талшықтар арқылы қалқаланған.

Жіктемесі

ТМД елдерінде психикалық, сөйлеу және қимыл бұзылымдары ерекшеліктеріне негізделген, К, А. Семенова (1973) ұсынған балалардың церебралдық сал ауруларының жіктемесі пайдаланылады. Бұл жіктеме бойынша балалардың церебралдық салданулары 5 клиникалық түрлерге (сіреспелі диплегия, қосарланған гемиплегия, гиперкинездік, атониялы-статикалық, гемиплегиялық немесе гемипарездік сал) бөлінеді.

Сонымен қатар балалардың церебралдық салдануын үш кезеңге (бастапқы, екі деңгейлі ауыртпалықтағы алғашқы және кешеуілдеген резидуалдық) бөледі, Екінші дәрежелі ауыртпалықты соңғы кезеңде балалар әдетте өмір сүре алмайды.

Балалар салдануының бірінші кезеңі туа сала немесе нәрестелік кезеңде басталады.

Екінші (алғашқы) резидуалдық кезең нәрестенің 4-5 айлығында анықталып, 2-3 жылға дейі созылады, ауыр жағдайларда одан да ерте (6-8 ай ішінде) үшінші (кешеуілдеген) резидуалдық кезеңге ауысуы мүмкін.

Аурудың үшінші кезеңінде патологиялық қимыл стереотипі толығымен қалыптасады, алғашқы екі кезеңде пайда болған неврологиялық көршістерде контрактуралар мен деформациялар байқалады,

Клиникалық көрінісі

Балалардың церебралдық салдануларының клиникасы пирамида жолы, қыртыс асты түйіндері, мишықтық және ми бағандық құрылымдар

зақымдану симптомдарымен қабаттасатын әр алуан қимылдық бұзылымдармен сипатталады,

Ең алдымен әр түрлі типтегі гиперкинездер және синкинезиялармен қосарланатын сіреспелі салданулар немесе парездер мен булбарлық бұзылыстар білінеді. Көптеген науқастарда таралымды және ошақты эпилепсиялық ұстамалар байқалады. Балалар церебралдық салдануларының басым көпшілігінде байқалатын психикалық бұзылымдар аздаған даму кедергілерінен имбецильдікке дейін білінеді.

Сіреспелі диплегия (Литтл синдромы) туу кезіндегі жарақаттануға байланысты жиі пайда болады, бірақ ол жатыр ішіндегі зақымданудан да болуы мүмкін. Негізгі клиникалық көріністерін Литтл суреттеген.

Алдымен орталық қатпар, әсіресе парацентралдық бөлім, өте жиі зақымданады. Ең алдымен санды жанастыратын және жазатын бұлшық еттер тонусының өте қатты көтерілгендігі білінеді. Баланың аяқтары біріне бірі жанасып, қисайған, аяқ ұшы бүгілген. Аз дәрежеде қол, әсіресе оның жоғарғы бөліктері, зардап шегеді. Қол ұшындағы қимылдар әдетте өзгермейді. Кейде қитарлану, мұрын-ерін әжімінің тегістелуі, тілдің ауытқуы түрінде білінетін бас сүйек-ми нервтерінің зақымдану симптомдары болуы мүмкін.

Сіңірлік және периосталдық рефлексдер, әсіресе аяқта жоғарылайды, аяқ ұшында патологиялық рефлексдер білінеді. Науқастардың 20—30 % - ында қолдың төменгі бөлігінде гиперкинездер (атетоз немесе хорео-атетоз) айқынырақ байқалады. Олар қимылдағанда және көңіл-күй толқығанда күшейеді де, тыныштықта немесе ұйықтағанда білінбейді. Бұл синдромда, бала церебралдық салдануының басқа түрлеріне қарағанда, психика онша өзгермейді, кейде эпилепсиялық ұстамалар көрініс береді.

Ауру туғаннан кейінгі алғашқы күндерде білінеді. Балалар жөргектегенде және суға шомылдырғанда қимылдамайды, аяқтарын бүгуге немесе жазуға әрекеттенгенде бұлшық ет тонусының жоғарылауынан қатты қарсылық байқалады.

Статикалық функциялардың дамуы кешігеді. Балалардың басын ұстауы, отыруы, тұруы кешеуілдейді, тұрғанда тек бақайларына сүйенеді. Аурудың ауыр түрлерінде және ұзақ емдеген жағдайда бала 3-5 жасқа келгенде жүре бастайды. Жүргенде аяқтары шамадан тыс жазылған, бір-біріне түйіскен, тізелері біріне бірі сүйкеледі, тек бақайларының ұшымен жүреді. Тізе және тізе-аяқ ұшы буындарында контрактура, аяқ ұшы деформациясы пайда болуынан жүре алмай қалады.

Эпилептикалық ұстамалар пайда болған жағдайда аурудың келешегін болжау мүмкіндігі қиындай түседі.

Қосарланған гемиплегия - сау баланың алғашқы аптадағы өмірінде жойылып кететін, бірақ осы жағдайда жылдар бойы сақталып қалған тонустық рефлексдер (мойын және лабиринттік) әсерінен күшейе түсетін бұлшық еттер сіресуі басым тетраплегия.

Нұсқаушы тіктегіш рефлексдер, еркін қимылдар тәрізді, мүлде болмаған немесе дамымаған. Балалар отырмайды, тұрмайды және жүрмейді.

Гиперкинездік түрі. Церебралдық салданудың басқа түрлерімен жиі қосарланады, бірақ гиперкинездер басым болады. Олар бірнеше түрлерге бөлінеді (туа біткен қос атетоз, туа біткен қос хорей, туа біткен экстрапирамидтік сіреспе және атиптік гиперкинездер). Соңғылар сіреспе салдану және басқа да симптомдармен қосарланды.

Бұл түрдің пайда болуына көбінесе билирубиндік энцефалопатия әсер етеді.

Стриопаллидарлық жүйе өте жиі зақымданады.

Бұлшықеттер тонусының бұзылулары оның таралымды (диффузды) жоғарылауы (экстрапирамидтік сіреспе) түрінде білінеді. Кейде тыныштық жағдайда бұлшық ет тонусы өзгермеуі немесе тіпті төмендеуі мүмкін, бірақ ол белсенді қимылдар әсерінен кенеттен жоғарылап кетеді.

Қосарланған атетозда атетоидтық гиперкинездер ым бұлшық еттерінде, қол мен аяқтың төменгі бөліктерінде айқынырақ білінеді, ол кейде денені қамтуы мүмкін.

Бұл түрде интеллект өзгерістері мен эпилепсия тәрізді ұстамалар, балалар церебралдық салдануларының басқа түрлеріне қарағанда, сирек байқалады.

Балалар церебралдық салдануларының гиперкинездік түрі нерв жүйесінің антенаталдық кезеңде зақымдануынан болады.

Атониялы-астатикалық түр (Ферстер синдромы) - бұлшық ет тонусының төмендеуі мен қимыл үйлесімділігінің бұзылуы.

Клиникалық белгілері туа сала қалыптаса бастайды. Нәрестерде қалыпты жағдайдағыдай аяқ пен қолды бүгетін бұлшық еттер тонусы күшеймейді, ұзақ уақыт сақталып қалатын көлденең нистагм байқалады.

Аурудың түрімен зардаптанған балалар кеш қаз тұрады және жүреді. Олардың қимылдары жедел, шамадан тыс және үйлесімсіз. Жүрісі төселмеген, тәлтіректеп, аяғын алшандатып жүреді. Кейде атетоз немесе хорееатетоз түрінде білінетін аса айқын емес гиперкинездер пайда болады.

Сіңірлік рефлексдер патологиялық пирамидалық белгілермен қабаттасып, көтеріңкі болуы мүмкін. Сөйлеу бұзылуы (буын-буынға бөлуден анартрияға дейін) мен дебильдік немесе имбецильдік психикалық өзгерістер жиі болып тұрады.

Гемиплегиялық немесе гемипарездік түр— әдетте жүктіліктің соңғы айларында жатыр ішінде зақымданудан, сонымен қатар алғашқы постнаталдық кезеңде нерв жүйесі инфекциялық аурулары (энцефалиттер, менингоэнцефалиттер) немесе бас сүйек-ми зақымдануы әсерінен балалар церебралдық салдануларының жиі кездесетін түрлерінің бірі.

Ең алдымен қолда басымырақ білінетін дененің бір жағының парезі немесе салдануы байқалады. Аяқты жақындататын және бүгетін бұлшық еттер тонусы жоғарылайды. Бала Веринке-Манн кейпінде тұрады. Парез болған жағында рефлексдердің жоғарылауымен патологиялық рефлексдер

анықталады. Кез келген сыртқы күштену әсерінен салданған қолды жоғары көтеру түріндегі синкинезиялық қимылдар жиі байқалады.

Көбінесе аяқтағы белсенді қимылдар қалпына келеді де, қолдағы парез қалып қояды. Салданған қол-аяқтың (сүйектер мен бұлшық еттер) өсуі кешігеді.

Көз қозғайтын, бет және тіл асты нервтерінің аздаған зақымдану белгілері жиі көрініс береді. Сезімділік бұзылымдары сирек кездеседі. Патологиялық үрдіс мидың сол жағында басымырақ болған жағдайда моторлық афазия мен дизартрия болуы мүмкін.

Бұл түрде кейде атетоидтық немесе басқаша (хореялық, миоклониялық, т.б.) түрде білінетін гиперкинездер пайда болады. Дебильдіктен нақұрыстыққа дейін психикалық бұзылымдар (25—30 %) болуы мүмкін. Эпилепсиялық ұстамалар жиі білініп қалады. Олар да интеллекттің одан әрі төмендеуі мен тұлғаның өзгеруіне ықпал жасайды.

Церебралдық салдың бұл түрінде балаларды оқытуға және еңбекке баулуға болады.

Емдеу мен реабилитация

Балалар церебралдық салданулары патогенезінің күрделілігі мен клиникалық көрінісінің көптігі оны емдеуге невропатологты, психиатрды, ортопедті, логопедті, емдік дене шынықтыру дәрігерлерін қатыстыруды талап етеді. Алғашқы кезеңнен соңына дейін емдік шаралардың нәтижелі болуында бала невропатологы пен ортопедінің бірлескен әрекеттері маңызды роль атқарады.

Реабилитацияның алғашқы кезеңінде қан айналасын қалпына келтіруге, ми ткані оксигенациясын арттыруға және ісінуді жоюға бағытталған емдік шаралар жүргізу қажет. Бұл шараларды іске асыру үшін баланы арнайы палатаға орналастырып, бас жағы сәл көтеріңкіленген төсекке жатқызады және оның басынан 2 см қашықтықта мұзды қабық қояды (1—4 сағаттан тәулігіне 4—5 рет 1—3 күн бойы).

Ми ісінуімен күресу мақсатында венаға глюкоза немесе магний сульфатын құю тағайындалады. 1—2 күн аралығында 10—15 мл-ден плазма құйған тиімді. Қайта қан құйылу қаупі болған жағдайда викасол және сіреспе ұстамаларға қарсы натрий бромиді пайдаланылады.

Баланың өмірге келгеннен кейінгі үшінші-төртінші онкүндікте (нәрестеліктің кешеуілдеген кезеңі) балалар ауруханасындағы арнайы бөлімшелерде қажетті дәрі-дәрмектер арқылы қарқынды емдік шаралар іске қосылады. В тобындағы витаминдер қолданылады, әсіресе В₁₂ витамині ерекше тиімді. Глутамин қышқылы 1 % ерітінді түрінде 25 % глюкоза ерітіндісінде тағайындалады. 6 айлығына дейін 0,5—1 шай қасықтан күніне 2—3 рет тамақтанудан 15—25 минут бұрын беріледі.

Мидағы зат алмасу үрдістерін, қимыл функциясы мен психикалық дамуды реттеу үшін ұзақ уақыт церебролизин мен аминалон пайдаланылады.

Аурудың алғашқы кезеңдерінде қозудың синапстық түрде өтуін қамтамасыз ету үшін дибазол тағайындайды. Ми ткані дамуының

ширығуына ацефен ықпал жасайды. Оны 0,01—0,05 г мөлшерінде бір жасқа дейінгі балаларға тағайындайды.

Өмір сүрудің алғашқы апталарынан бастап ортопедиялық шаралар мен емдік гимнастика жүргізіледі.

Салданған қол-аяқты қалыпты жағдайға келтіруді көздейтін ортопедиялық көмек деформация мен контрактурадан сақтандырады.

Емдік гимнастика ерте басталып, көп жылдар бойы жалғасады. Баланың жас шамасы мен қимыл мүмкіндіктеріне сәйкес арнайы жаттығулар пайдаланылады. Жаттығулар 30—40 минуттан күніне 1-2 рет жүргізіледі. Жаттығуларды жылы суда (гидрокинетотерапия) өткізгенде тиімді нәтижелерге қол жеткізуге болады.

Резидуалдық кезеңде дәрі-дәрмекгермен қатар (аминалон, церебролизин, миорексал, В және В₁₂ витаминдер, антихолинэстераздық препараттар — галантамин, оксазил, дибазол) комплекстік ем құрамында физиотерапиялық ем шаралар қолданылады. Жылы ванналар (35—36°), ал 2—3 жастағыларға және одан да ересектерге — мойын-жаға аймағына емдік лай аппликациясы (37-38°С, 5-8 минут бойы) тағайындалады. Бұлшық еттерді жұмсарту мақсатында парафин және озекерит аппликациясы пайдаланылады.

Салданудың гиперкинездік түрлерінде импульстік тоқты пайдалануға болады. Мойындағы симпатикалық түйіндер тұсына синусоидальдық модульденген ток қолданылады.

Сіреспелі диплегия мен гемиплегия түрлерін емдеу кезінде дидинамикалық токтар қолдану арқылы тиімді нәтижеге қол жеткізуге болады. Олар сіреспе қолда басым болған жағдайда мойын және жоғарғы кеуде сегменттеріне, ал аяқта басым болса, бел-сегізкөз сегменттеріне бағыт-талады. Ток мөлшерлері балалардың жас ерекшеліктеріне қарай анықталады. Әдетте мектеп жасына дейінгі балаларға — 1—2 мА, мектеп жасындағыларға 2—3 мА ток тағайындалады. Бұлар денеде ауырсынусыз діріл сезімдері білінгенше қолданылады.

3 жастан бастап емдік лай, сонымен қатар бальнеологиялық ем шараларды (родондық, сульфидтік және натрий-хлоридтік ванналар) қабылдау үшін санаторийлық-курорттық ем ұсылады.

Балалардың церебралдық салдануының кешеуілдеген қалыптасу кезеңінде ортопедиялық емдік шаралар маңызды орын алады. Деформациялар мен контрактураларды жою қимыл мүмкіндіктерін едәуір жақсартады. Ортопедиялық ем емдік гимнастиканы, кейде механотерапияны, дәрі-дәрмектерді, физиотерапиялық әдістерді қамтитын реабилитациялық шаралар жиынтығымен қатар жүргізілуі тиіс.

Ми қыртысы мен мишық бұзылымдары бар балаларды емдеу аса нәтижелі болмайды. Гиперкинездік түрмен зардаптанғандарға артан, динезин, метимизил, ал ырықсыз қимылдарды тежеу мақсатында нейролептикалық (френолон), транквилизаторлық (амизин) және депрессияға қарсы ем (триптизон) тағайындалады.

Көбінесе мишық зақымдануына байланысты бұлшық ет тонусы төмендегенде, стрихнин препараттары (дулекс, фаулеров ерітіндісі), секуринин, ахинопсин, т.б., сонымен қатар медиаторлық алмасуды ширықтырушылар (дибазол, галантамин, прозерин, т.б.) тағайындалады.

Эпилептикалық ұстамалар пайда болған жағдайларда құрыспаға қарсы препараттар (фенобарбитал, дифенин, гексамидин, тегретол, т.б.) қолданылады. Олардың мөлшері соғыұстамадан кейін бір жыл өткенде төмендетіледі.

Баланың церебралдық салдануының барлық түрлерінде нерв жүйесі қызметін ширықтыру үшін бұлшық етке пирогендік препарат - пирогенал тағайындалады. Оның алғашқы мөлшері 3—5 мкг, одан әрі біртіндеп 35—40 мкг-ға дейін жоғарылатылады (бір дүркінде — 15—20 инъекция).

Сонымен, ерте басталып, үздіксіз жүргізілген емдік шаралар бұзылған функциялар мен еңбекке жарамдылықты қалпына келтіруге едәуір ықпалын тігізеді.

Қорытынды

Ұсынылған материал басқа емханалардың мамандықтары бойынша жалпы практика дәрігерлері мен дәрігерлеріне арналған, сондықтан материалды ұсыну неврологтар үшін жазылған оқу құралдарынан ерекшеленеді.

Неврологиялық сейсмологияның және топтық диагностиканың бөлімі жоқ, өйткені біз өзекті диагнозды құру тек қана неврологтардың құзыретіне жатады деп санаймыз және жүйке жүйесінің функционалдық анатомиясын толық білуді талап етеді. Нерв жүйесіндегі патологиялық анатомия мен патологиялық физиологияны диагностикалау мен емдеуге қажетті жалғыз ақпарат берілді, өйткені нұсқаулық тәжірибелік дәрігерлерге арналған.

Мазмұны

Кіріспе	3
Дорсалгия	3
Бас жарақаттарының зардаптары	21
Гидроцефалия.....	30
Гиперқозғыштық синдромы.....	35
Миастения	38
Альцгеймер ауруы	42
Микроцефалия	45
Фенилкетонурия	50
Тырыспалық синдром.....	53
Шашыранды склероз.....	55
Эпилепсия	63
Мигрень	75
Бет жүйкесінің зақымдалуы.....	82
Үштік жүйкесінің зақымдалуы.....	88
Басқа да бас ми нервтерінің зақымдалуы.....	93
Жұлынның басқа да аурулары.....	96
Церебральды атеросклероз.....	103
Балалардың церебральды салдануы.....	109
Қорытынды	118
Мазмұны	119