**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Неврологии**

Зав. кафедрой д.м.н.,

Реферат

на тему:

## Неврологическая патология

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

**Пенза**

**2008**

# План

1. Нарушения мозгового кровообращения

* ОНМК по ишемическому типу
* ОНМК по геморрагическому типу

1. Полирадикулоневриты

Литература

**1. Нарушения мозгового кровообращения**

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) чаще всего является осложнением гипертонической болезни и атеросклероза. Реже ОНМК является следствием болезней клапанного аппарата сердца, инфаркта миокарда, аномалиями сосудов мозга, тромбогеморрагическим синдромом и артериитами. Выделяют ишемический и геморрагический инсульты.

***ОНМК по ишемическому типу***. Ишемический инсульт может протекать по типу эмболического и неэмболического (вызванного тромбозом или сужением церебральной артерии). В зависимости от того, насколько долго сохраняется неврологический дефект, выделяют преходящую ишемию мозга, называемую также транзиторной ишемической атакой (полное восстановление в течение 24 ч), малый инсульт (полное восстановление за срок, больший 24 ч, но меньший 1 недели) и завершившийся инсульт (дефект сохраняется более 1 недели). Неврологические расстройства при эмболиях обычно (хотя и не всегда) развиваются внезапно и сразу достигают максимальной выраженности; инсульту могут предшествовать приступы преходящей ишемии мозга, однако они наблюдаются значительно реже, чем в случае первичной тромботической окклюзии. При тромботических инсультах неврологическая симптоматика обычно нарастает постепенно или ступенчато (в виде серии острых эпизодов) в течение нескольких часов или суток (прогрессирующий инсульт); возможна волнообразная смена улучшений и ухудшений.

Для ишемического инсульта характерно преобладание очаговых симптомов поражения головного мозга над общемозговыми. Наблюдаются гемипараличи и гемипарезы, гемигипестезия и гемианопсия, зрачковые и глазодвигательные нарушения, нарушения координации, речи и глотания. Эмболия мозговых сосудов развивается остро, часто с потерей сознания, на фоне мерцательной аритмии, перенесенного инфаркта миокарда, ревматического поражения клапанного аппарата сердца или септического эндокардита. «Мерцание» очаговых симптомов, заканчивающееся затем стойким расстройством функции, свойственно для неэмболического инсульта.

Дифференциальная диагностика характера нарушения мозгового кровообращения в первые часы в большинстве случаев затруднена, поэтому лечебные мероприятия разделяются на недифференцированные и дифференцированные. Последние возможны только на госпитальном этапе после окончательного установления диагноза.

Для правильного лечения важно провести окончательную диагностику уже на ранней стадии. В первую очередь проводят компьютерную томографию (КТ), так как она почти во всех случаях позволяет отличить кровоизлияние от инфаркта. Однако геморрагический инфаркт (кровоизлияние в область инфаркта) выявляется не всегда. Магнитно-резонансная томография (МРТ) — еще более чувствительный метод диагностики инфаркта на ранней стадии. Однако она уступает КТ в выявлении острых кровоизлияний и поэтому менее пригодна для экстренной диагностики. Если нет возможности провести КТ и МРТ, ценную информацию дает исследование спиномозговой жидкости (СМЖ), поскольку у большинства больных с внутримозговым кровоизлиянием и во всех случаях субарахноидального кровоизлияния в СМЖ можно обнаружить кровь. Для неинвазивного исследования кровотока в сонных артериях используют окулоплетизмографию и ультразвуковое исследование (УЗИ) сонных артерий. Наиболее информативно дуплексное УЗИ, которое объединяет визуализацию сонных артерий и доплеровское исследование кровотока в них. Методы компьютерной обработки позволяют с высокой точностью выявлять поражения в области бифуркации сонных артерий, однако для исследования дистальных отделов сонных артерий они менее надежны, а для оценки состояния вертебробазилярной системы и внутричерепных артерий практически бесполезны. Новый ультразвуковой метод — транскраниальное допплеровское исследование — позволяет косвенно оценить скорость кровотока в некоторых внутричерепных артериях. Церебральная ангиография - наиболее надежный метод диагностики, практически незаменимый, если планируется операция. В опытных руках вероятность осложнений невелика, особенно при использовании доступа через бедренную или плечевую артерию. Однако всегда есть риск инсульта или повреждения артерии катетером, поэтому ангиография должна использоваться строго по показаниям и только в тех случаях, когда без нее невозможно планирование лечения.

Стратегическими направлениями интенсивной терапии ишемического инсульта являются раннее восстановление кровотока по тромбированному или стенозированному сосуду, улучшение агрегационных и вязкостных характеристик крови, лечение синдрома внутричерепной гипертензии, профилактика и лечение осложнений, ранняя реабилитационная терапия.

В некоторых случаях проводимая интенсивная терапия без хирургического лечения неэффективна. Самая распространенная операция при ишемических поражениях мозга — каротидная эндартерэктомия. При обширном полушарном или мозжечковом инфаркте со сдавлением ствола мозга по жизненным показаниям необходима декомпрессивная трепанация черепа. Доказано, что при выраженном (70% и более) клинически проявляющемся стенозе каротидная эндартерэктомия эффективнее, чем медикаментозная терапия (если только нет серьезных противопоказаний к операции). При окклюзии сонной артерии операция целесообразна лишь в первые 24 ч. При доказанном ангиографически тромбозе в первые 4 ч следует рассмотреть вопрос о фибринолитической терапии, которую лучше проводить селективно.

Наиболее распространенным препаратом для улучшения текучести крови является гепарин. Он активирует антитромбин III — ингибитор тромбина и других факторов свертывания. Существуют две схемы гепаринизации. При первой вводят в/в струйно 5000—10000 МЕ с последующей постоянной инфузией со скоростью 800-1000 МЕ/ч. Вторая схема - повторные инъекции по 5000-10000 МЕ каждые 4-6 ч подкожно. Дозу корректируют таким образом, чтобы время свертывания крови по Лиз-Уайту либо АЧТВ увеличивалось до 10-15 мин. Показатели свертываемости определяют не реже 1 раза в сутки (при постоянной инфузии их можно определить уже через 4 ч после струйного введения первой дозы). Признаки передозировки гепарина — кожные кровоизлияния или микрогематурия. При возникновении геморрагических осложнений действие гепарина можно нейтрализовать в течение нескольких минут с помощью раствора гепарина содержащего 2 мг препарата в 1 мл (для этого 5 мл 1% гепарина разводят в 20 мл физиологического раствора).

Применение антиагрегантов для профилактики и лечения тромбозов основано на том, что агрегация тромбоцитов запускает свертывание крови. Многие лекарственные средства препятствуют агрегации тромбоцитов, однако наибольший клинический опыт накоплен в отношении аспирина. Поскольку риск геморрагических осложнений при применении антиагрегантов невелик, их можно использовать, когда прямые антикоагулянты противопоказаны. Аспирин более эффективен в низких дозах, избирательно подавляющих синтез тромбоксана A2 и может назначаться в дозе 150-250 мг/сут. Хотя аспирин способен оказывать многочисленные побочные эффекты, в обычных дозах он вызывает в основном желудочно-кишечные осложнения (например, гастрит или обострение язвенной болезни).

Эффективной считают гемодилюцию, которую следует достигать за счет изотонических растворов (0,9% раствор натрия хлорида). Растворы, содержащие большое количество свободной воды (например, 5% раствор глюкозы), противопоказаны, так как они способствуют отеку мозга.

Интенсивная терапия синдрома внутричерепной гипертензии неспецифична. Действие кортикостероидов при ОНМК признано неэффективным. При выраженной внутричерепной гипертензии используют осмодиуретики, «барбитуровую кому».

Многоцентровые исследования не показали эффективности большинства лекарственных средств, относящихся к категории нейротропных. По большей части, лекарственная терапия используется для коррекции сопутствующей патологии, профилактики и лечения осложнений (антибактериальная терапия, седативные препараты при проведении респираторной терапии, противосудорожные и антацидные средства).

Многие осложнения обусловлены обездвиженностью. Для предупреждения ТЭЛА используют эластичные чулки, хотя их эффективность в профилактике тромбофлебита сомнительна. В ногах помещают упоры для стоп. Применяют также пневматические устройства для перемежающегося сдавления ног, способствующие ускорению венозного кровотока. При длительной неподвижности для предупреждения пролежней больного поворачивают в постели каждые 2-3 ч. Через 24-48 ч после завершения инсульта начинают пассивные движения в конечностях (3-4 раза в день) для предотвращения контрактур. В фазе восстановления, когда состояние больного практически всегда в той или иной степени улучшается, большое значение имеет логопедическая помощь, а также ранняя трудотерапия и ЛФК.

***ОНМК по геморрагическому типу***. К геморрагическим инсультам относятся: паренхиматозное, вентрикулярное и субарахноидальное кровоизлияния, эпидуральные и субдуральные геморрагии.

Кровоизлияние в вещество мозга протекает на фоне повышенного АД с преобладанием общемозговых симптомов в виде глубокого нарушения сознания, психомоторного возбуждения, рвоты, эпилептических припадков, гипертермии с быстро нарастающими явлениями отека головного мозга, нарушения дыхания и сердечной деятельности. Во многих случаях выявляются менингеальные симптомы. Примесь крови в спинномозговой жидкости обнаруживается в 90% случаев. Отсутствие крови в ликворе не исключает возможности паренхиматозной геморрагии, протекающей без прорыва крови в ликворные пути.

Субарахноидальное кровоизлияние, для которого характерны выраженные менингеальные и общемозговые симптомы при отсутствии очаговых, уверенно диагностируется по наличию крови в спинномозговой жидкости. Наиболее частой причиной субарахноидального кровоизлияния является разрыв аневризмы или мальформации сосудов головного мозга.

Компьютерная томография - метод выбора при внутримозговых кровоизлияниях. Она позволяет не только подтвердить диагноз, но и определить распространенность поражения. До широкого внедрения КТ применялась ангиография, при которой очаг кровоизлияния выглядит как бессосудистая зона. Селективная церебральная ангиография является золотым стандартом выявления аневризматической природы ОНМК по геморрагическом типу.

Основные мероприятия интенсивной терапии при внутримозговом кровоизлиянии те же, что и при ишемическом инсульте, но АД при внутримозговом кровоизлиянии поддерживают в пределах нормы. Удаление гематомы, если она локализована в доступном участке мозга (например, в мозжечке, скорлупе, таламусе или височной доли), может спасти жизнь. Операция показана, если состояние не улучшается и появляются признаки вклинения. В иных случаях преимущества экстренной операции перед консервативным лечением не доказаны.

Для коррекции артериальной гипертензии используются различные схемы: от назначения таблетированный антигипертензивных средств до внутривенной инфузии нитропрепаратов. Контроль АД позволяет снизить вероятность повторного кровоизлияния. Для этих же целей в первые 24-48 ч целесообразно использовать нативную или свежезамороженную плазму, ингибитор плазминогена – трансамин. В последующем для улучшения мозгового кровотока рекомендуется применять дезагреганты (трентал, аспирин), а также антикоагулянты (геперин, низкомоллекулярные гепарины).

Коррекцию водно-электролитных нарушений лучше проводить энтерально (через зонд – при нарушении глотания или угнетении сознания).

При нарушении дыхания и при прогрессировании расстройств газообмена показана респираторная терапия. При угнетении сознания более чем умеренная кома, целесообразно раннее наложение трахеостомы. При проведении механической вентиляции нежелательно использовать режимы с высоким средним давлением в дыхательном контуре. При возникновении госпитальной инфекции нижних дыхательных путей следует назначать антибактериальную терапию в соответствии с результатами бактериограммы.

Равнозначно важными остаются мероприятия по уходу и профилактике трофических расстройств.

### 2. Полирадикулоневриты

Полирадикулоневриты – это инфекционно-аллергические заболевания, характерным признаком которых является поражение ганглиев, корешков и нервов. Полирадикулоневриты могут возникать как после перенесенного инфекционного заболевания (т.н. идиопатический полирадикулоневрит Гийена-Барре), так и на фоне инфекционного процесса вирусной, риккетсиозной или бактериальной природы (например, полирадикулоневрит при дифтерии, ботулизме и проч.). Кроме того, полирадикулоневриты могут развиваться после выполнения прививок и введения лечебных сывороток, при системных заболеваниях соединительной ткани и другой патологии неинфекционной природы (гломерулонефрит, лейкоз и др.).

При полирадикулоневрите любой этиологии ведущим морфологическим изменением в корешках и нервах является демиелинизирующий процесс, сочетающийся с той или иной степенью поражения сосудов. Характерными неврологическими симптомами являются боли и парестезии, атрофия мышц и вазомоторно-трофические нарушения в дистальных отделах конечностей, периферические парезы и параличи рук и ног, поражения черепных нервов. В генезе дыхательной недостаточности, которая бывает наиболее частой причиной перевода больных с полирадикулоневритами в ОРИТ, ведущими являются нарушение иннервации дыхательных мышц, в т.ч. диафрагмы, парез мышц мягкого неба, глотки, гортани и языка, что нарушает проходимость дыхательных путей, нарушение кашлевого рефлекса с накоплением мокроты, формированием ателектазов и пневмоний. Нередко пневмонии носят аспирационный характер.

Лечение полирадикулоневритов, в том числе интенсивная терапия, в значительной степени определяется этиологией, сроками от начала заболевания, состоянием иммунной системы.

Терапия должна носить этиотропный (например, при герпетической инфекции – зовиракс), патогенетический (глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, методы эфферентной терапии – плазмаферез, плазмообмен), синдромальный (респираторная поддержка, кардиотропная терапия и проч.) и симптоматический характер. Очень важным в лечении являются мероприятия ухода, полноценное питание и профилактика осложнений. Желательно использовать функциональную кровать, позволяющую легко придавать больному разные положения, необходим тщательный уход за кожей для предотвращения пролежней. Большое внимание следует уделять уходу за глазами и полостью рта. Очень важна психологическая поддержка.

В комплексном лечении обязательно применяются витамины (особенно группы В), препараты метаболического действия, антихолинэстеразные препараты (прозерин и др.). Для улучшение микроциркуляции используются антиагреганты (трентал), проводится профилактика тромбозов и тромбоэмболий – антикоагулянты в обычных дозах под контролем времени свертывания крови. В последнее время все чаще используют для лечения больных препарат иммуноглобулинов пентаглобин.

Методы экстракорпоральной гемокоррекции (плазмаферез, плазмообмен) эффективны и выполняются на ранних стадиях заболевания. Считается, что они существенно уменьшают летальность и укорачивают сроки пребывания больных в стационаре. Однако вопрос о применении конкретного метода всегда определяется состоянием больного, сроками от начала заболевания, характером нарушений иммунного статуса.

Профилактическое применение антибиотиков не рекомендуется, чтобы не провоцировать развитие дисбактериоза кишечника и не стимулировать селекцию госпитальной микрофлоры. Пневмония у больных полирадикулоневритом, как правило, назокомиальная, поэтому назначение антибактериальных средств для ее лечения осуществляется только на основании результатов посевов мокроты с определением чувствительности флоры к антибиотикам.

Многих больных беспокоят боли в мышцах и суставах. В этом случае оправдано назначение ненаркотических анальгетиков. После исчезновения болей необходимо производить пассивные, а затем и активные движения во всех суставах для предотвращения анкилозов.

При выраженной слабости дыхательных мышц показан перевод больного на вспомогательную или искусственную вентиляцию легких. Как правило, требуется наложение трахеостомы, поскольку респираторная терапия может продолжаться длительное время. При любой степени дыхательной недостаточности больному показаны мероприятия, улучшающие дренажную функцию трахеобронхиального дерева (ингаляции муко- и бронхолитиков, антисептиков, сеансы ВчВЛ, дыхание с ПДКВ, массаж груди). Для улучшения эвакуации секрета из дыхательных путей необходимо использовать различные дренажные положения больного в кровати.

Питание должно обеспечить не менее 2000 ккал/сут, а при присоединении гнойных осложнений – не менее 3000 ккал/сут. При нарушении глотания обычно используют зондовое питание, дополняя его, при необходимости, парентеральным. Необходим тщательный контроль за водно-электролитным обменом и кислотно-основным состоянием.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. **Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь:** Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. — М.: Медицина.— 2000.— 464 с.: ил.— Учеб. лит. Для слушателей системы последипломного образования.— ISBN 5-225-04560-Х