

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті
Шымкент медицина институты

ИӨЖ

ОЖЖ тамырлы аурулары. Естің бұзылысы

Қабылдаған: Есен Л.М.

Орындаған: Әлімбек С.Ғ.

ЖТД-636

Жоспары:

I.Кіріспе

ОЖЖ тамырлы аурулары.Естің бұзылысы(кома)

II.Негізгі бөлім

Жіктемесі

Клиникасы

Диагностикасы

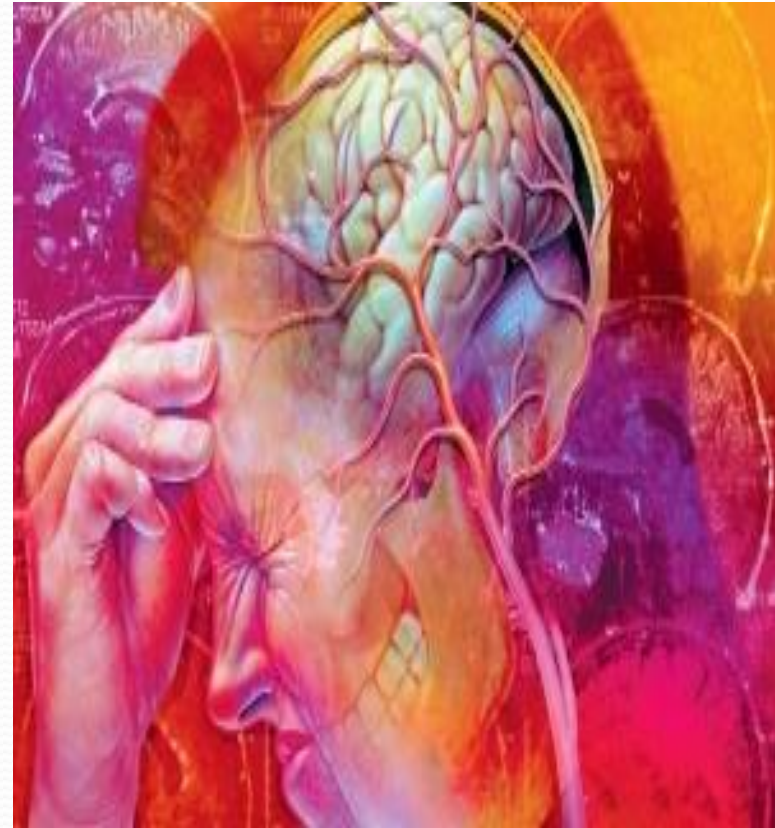
Емдеу тактикасы

III.Қорытынды

IV.Пайдаланылған әдебиеттер

Бас миының тамырлы(сосудистый) аурулары

Церебральді атеросклероз
Гипертоникалық/гипотоникалық
аурулар кезіндегі психикалық
бұзылыстар.



Церебральды атеросклероз

Психикасы біртіндеп дамиды. Ұйқының бұзылысы байқалады. Есте сақтау қабілеті төмендейді, гиппоамнезия және анэфориямен көрінеді. Жаңа есім, кітап мазмұнын және әрқашан еске салдуы қажет етеді. Өз ауруына критикалық көзқарас, жабырқаңқылық танытады. Науқастар ауруын жасырып, жылаңқы және эмоциональді лабильді, депрессивті болады. Терең органикалық дефекті болып деменция көрініс береді. Қан айналымының төмендеп немесе жоғарлауына байланысты жедел психикалық кезеңдер байқалады. Естің күңгірттенуі немесе делирия. Инсультсіз ағымда деменция байқалмайды, тек дәрменсіздік, есте сақтаудың нашарлауы, ойы тұтқыр (вязки, склонны к детализации). Мида микроинсульт, мультинфаркт ошақтары болса, психикада созылмалы ағымдағы сандырақтық (преследование, материального ущерб). Көру, есту галлюцинациялар байқалады. Шынайы галлюцинациялар байқалады, кешке басталады немесе гемодинамика бұзылғанда.

Гипертоникалық ауру

Көбіне атеросклерозбен араласып келеді. Психопатологиялық бұзылысы криздермен тұтасып келеді. Бастың қатты ауруында, бас айналуында көздің алдына шыбын-шіркейлер, тұман байқалады, үрей, өлім туралы қорқыныш байқалады. Делириозды кезеңмен сандырақтық психоздар көрініс береді.

Таблица 16.1. Дифференциально-диагностические признаки заболеваний, приводящих к слабоумию в пожилом и старческом возрасте

Признаки	Болезнь Альцгеймера	Болезнь Пика	Сосудистая (атеросклеротическая) деменция
Изменения личности	Сначала малозаметны, однако позже становятся очевидными	Отчетливо выражены с самого начала болезни	Заострение личностных черт без разрушения «ядра личности»
Расстройства памяти	Прогрессирующая амнезия и амнестическая афазия, выраженные уже в самом начале заболевания	В начале заболевания не выражены	При безынсультном течении нарастают медленно, носят характер гипомнезии с анэксфорией
Сознание болезни	Формальное признание своих «ошибок» без глубокого психологического переживания в начале болезни и отсутствие критики в последующем	Полное отсутствие критики	Критическое отношение к болезни, переживание своей беспомощности, стремление компенсировать дефект памяти с помощью записей
Привычные моторные навыки (праксис)	Апраксия на раннем этапе течения болезни	Длительное время сохраняется способность выполнять привычные действия и простейшие профессиональные операции	При безынсультном течении болезни праксис грубо не страдает, после инсульта нарушения возникают остро и соответствуют зоне поражения
Речь	Часто выраженные дизартрия и логоклония, нередко персеверации	Стоячие речевые обороты	При безынсультном течении не нарушена

Способность к счету и письму	Нарушается в самом начале заболевания (повторы и пропуски букв в письме)	Может длительное время сохраняться	Изменение почерка без грубых орфографических ошибок
Эмоционально-волевые расстройства	Элементы благодушия с общительностью и говорливостью в начале болезни и безразличием к окружающему в последующем	Пассивность, аспонтанность или расторможенность влечений, грубость, отсутствие стыдливости	Слабодушие и эмоциональная лабильность
Продуктивная психотическая симптоматика	Бредовые идеи ущерба или преследования в инициальном периоде болезни	Нехарактерна	Возникает остро на фоне нарушения мозгового кровотока, нередко помрачение сознания
Неврологическая симптоматика	Возникает постепенно на поздних этапах течения болезни; нередко эпилептические припадки	Нехарактерна	Возникает остро в связи с острым нарушением мозгового кровообращения, иногда эпилептические припадки
Соматическое состояние	Длительное время отмечается соматическое благополучие	Длительное время отмечается соматическое благополучие	Типичны жалобы на головные боли и головокружение, часто сочетанное поражение сердца
Течение заболевания	Неуклонное прогрессирование	Быстрое неуклонное прогрессирование	Волнообразный, «мерцающий» характер течения на фоне общего нарастания симптомов

Кома – бұл сыртқы тітіркендіргіштерге реакциялары болмайтын ессіз жағдай. ОЖЖ-ң координациялық қызметінің бұзылысымен, тұтас ағза деңгейінде өздігінен реттелуге және гомеостазды ұстап тұруға мүмкіншілігін жоғалтқан жеке жүйелердің автономды қызмет етуімен сипатталатын ОЖЖ-ң жеткіліксіздік жағдайы; естің тануымен, қозғалыс, сезімтал және соматикалық, оның ішінде өмірлік маңызды қызметтердің бұзылысымен көрінеді.

Этиология:

Біріншілік: бас ми жарақаты (соққы алу, бас ішілік гематома) цереброваскулярлы аурулар (ми ішілік, субарахноидальды қан құйылу, ми инфаркті), ОНЖ инфекциялары (менингит, энцефалит), ісіктер, қояншық ұстамалар.

Екіншілік: метаболикалық бұзылыс (гипогликемиялық диабеттік кетоацидоз, кетоздық емес гипергликемиялық жағдай, уремия, бауыр жетіспеушілігі) гипоксия (өкпе аурулары, анемия, шок, Моргани-Адамс-Стокс синдромы, миокард инфаркті).

Сыртқы әсер: уланулар (алкогольмен, этиленгликольмен, иісті газбен, дәрілік заттармен).

Команың клиникалық көрінісі.

Естің бұзылу дәрежесіне байланысты келесі түрлерін ажыратамыз:

Есеңгіреу (беткей және терең)

Сопор

Комалар (I-III сатысы).

Естің бұзылу дәрежесін Глазко шкаласы арқылы анықтаймыз.

Белгі	балл	Реакция мінезі
Көздерін ашу	4	Өз бетімен
	3	Бұйрық бойынша
	2	ауырсынуына
	1	жоқ
Ең жақсы ауызша жауап	5	Толық сайма сай
	4	Қиыншылықпен
	3	Дұрыс емес
	2	Былдыр былдыр
	1	жоқ
Ең жақсы қимыл реакциясы	6	Толық сайма сай
	5	Ауырсыну жерінде
	4	Ауырсынуына тартып алу
	3	Ауырсынуына бұгу
	2	Ауырсынуына созу
	1	Жауабы жоқ

KazMedic.kz

қазақ тіліндегі медицина

Есеңгіреу – (Глазго шкаласы бойынша 13-14 балл)
ес бұзылуының бастапқы фазасы, ми қыртысы
қорғанысының тежелуіне байланысты.
Немқұрайлық, ұйқышылдық психикалық және
қозғалыс белсенділігінің төмендеуі, сөйлеу
қабілеті бұзылысының болуы мүмкін. айқын емес
бір буынды жауап береді.

Сопор (Глазго шкаласы бойынша 9—12 балл) —
есі төмендеген, бірақ мимикалық реакция түрінде
күшті дыбыстарға, жарық және аурулық
тітіркендіргіштерге реакциясы сақталған,
сұрақтарға айқын емес бір буынды жауап береді.
Қарашық, түбірлік, жұтатын рефлексдер сақталған,
сіңірлік рефлекстері жоғары, тері рефлекстері
төмендеген, еріксіз зәр шығару.

Беткей кома (I сатысы, Глазго шкаласы бойынша 7-8 балл): науқасты ояту мүмкін емес, бірақ аурулық тітіркендіргіштерге реакциясы қарапайым ретсіз қимылдар түрінде сақталған.

Терең кома (II сатысы, Глазго шкаласы бойынша 5—6 балл): науқас ауырсынулық тітіркендіргіштерге қимыл қозғалыспен жауап береді.

Атониялық кома (III сатысы, Глазго шкаласы бойынша 3-4 балл): өте ауыр аурулық тітіркендіргіштерге реакциясының толығымен жойылуы. Атония, арефлексия, тыныс алудың бұзылысы немесе жойылуы, жүрек қызметінің жоғалуы.

Кома жеке ауру емес; ол ОЖЖ қызметінің бұзылысы немесе ми тінінің зақымдалуы (бас миының ауыр жарақаты) нәтижесінде дамиды. Комалық жағдайлар **шығу тегіне** және **патогенезіне** байланысты ажыратылады, соған байланысты терапевтикалық шаралар қолданылады. Этиологиясына байланысты жіктелген команың **классификациясында 30-ға жуық түрі көрсетілген**. Соның ішінде бір бөлігі жеке ауруларға емес бір топ аурулар мен синдромдарға жатады.

ажыратады. Токсикогенді кезең (ағзада арнайы токсикалық эффект тудыратын әсер етуші заттың белгілі бір мөлшерде болуы).

Соматогенді кезең (токсикалық агентті бұзу немесе жоюдан кейін пайда болып, мүшелер мен жүйелердің құрылымдарымен функцияларының бұзылыстарымен көрінеді). Бет тері жамылғысы гиперемияленген, дене қызуы төмендеген болады. Құсу, еріксіз дәреттің бұзылуы байқалады. Қарашықтары аздап тарылған, ал гипоксия кезінде олар кеңейген болады. Тыныс алу бұзылысының аспирациялы-обтурациялық түрін анықтайды, кейде механикалық асфиксия болуы мүмкін. Пульс жиі, бірақ әлсіз болады. Алкоголді заттарға гидролизді және сульфитті спирттерді, денатураттарды, одеколондар мен лосьондарды, политураларды, желімдерді жатқызады.

Жарақаттық кома.

Әртүрлі жарақаттар әсерінен пайда болған: бастың ауруы, лоқсу, құсу, психомоторлы қозу. Жалпы милық симптоматика, менингеальды белгілер бас ми ісіктері кезінде беруіде мүмкін. Брадикардия және сирек тыныстың кеш стадиясындағы тахикардия мен тахипноэ.

Гипоксиялық кома.

Жүрек миокард инфарктінде, оттегі жетіспеушіліктен және құнарлы заттар жетіспеушілігінен болады. Өте жедел оттегі жетіспеушіліктен ми жасушалары 5 минутта өле бастайды. Бір себебі болып тромбоэмболия жатады. Тромб артерияны бітеп, содан оттегі жетіспей жүрек тоқтайды. комадағы науқастың мойны, аяқ қолдары көгереді, науқас бірнеше минут ішінде өліп кетуі мүмкін.

Уремиялық кома.

Бүйрек ауруларында (пиелонефрит, жедел бүйрек жетіспеушілігі) кездеседі. Кома біртіндеп дамиды бас ауру, анемия, бозару, құлақ шуылы болады. Бұл организмнен азоттық қалдықтардың шығарылуы нашарлағаннан пайда болады. Науқастың аузынан аммиак иісі шығады мен терісінде тұзды кристалдар көрінеді.

Бауыр комасы – науқастың санасындағы бұзылыстармен білінетін бауыр ауруларының соңғы кезеңі. Бауыр жеткіліксіздігінің үдеуі.

Негізгі түрлері

- **Бауырлық-жасушалық**
- **Шунтты (портокавальды)**
- **Аралас**

Көлемді бауырлық некрозбен жедел вирусты гепатит, ауыр жедел алкогольды гепатит, жедел токсикалық гепатит, бауырдың қанмен қамтамасыз етілуінің жедел бұзылыстары, бауыр церозы, т.б

Бауырлық кома.

Бауыр қызметі әлсіреген шақта дамиды. Алдымен психикалық аурулар (невроз, ұйқы бұзылуы, эйфория, депрессия) ретінде байқалуы мүмкін.

Эпилепсиялық кома.

(Қояншық комасы) қояншық ауруы болған науқастарда ауруларының асқыну нәтижесінде дамидын патологиялық үрдіс.

Гипергликемиялық кома.

Инсулин жеткіліксіздігі, соның нәтижесінде тіндердің глюкозаны шығаруының бұзылуы. бауырда гликонеогенез шапшандайды, **гипергликемия** және **глюкозурия** дамиды. Глюкокортикоидтардың артық мөлшері гипоталамус-гипофиз-адреналдық жүйені қоздырып, гликонеогенездің белсенділігін арттырады, май қышқылдары деполарынан шығады. Олардың толық тотықпауы **кетоацидозға** алып келеді. Сутегі иондарының көбеюі ацидозды ұлғайтады, **полиурия** мен **дегидратация** алмасуы бұзылады.

Гипогликемиялық кома.

Гипогликемиялық команы тудыратын негізгі себеп бас миының көмірсутегінің жеткіліксіздігінен қызметінің нашарлауы болып табылады. Оны тудыратын жағдайларға: улану (хлорпропамид, тобутамид), ұйқы безінің өспесі (инсулома), асқазан резекциясынан кейінгі демпинг синдромы, нефрогендік себептер, бүйрек қызметінің жеткіліксіздігі, организмнің әр түрлі себептерімен көмірсутегінің қажетті мөлшерден аз түсуі.


Токсикалық кома .

Экзотоксикалық. Қоршаған ортадан ағзаға қандай да бір токсиндердің енуінен пайда болады. (инекция арқылы т.б)

Эндотоксикалық. Ағзаның улы токсиндерді қандай да бір себептерге байланысты бөліп шығаруы.

Инфекциялық кома.

Ағзаға сытқы ортадан инфекциялық вирустар мен бактериялардың түсуінен пайда болатын кома.




***Дифференциальная
диагностика ком
«центрального»
происхождения.***

Клиническая характеристика	Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт	Эмболия мелких ветвей мозговых артерий	Субарахноидальное кровоизлияние
Анамнез	Гипертоническая болезнь, гипертензивный синдром любой этиологии	Атеросклероз сосудов головного мозга	Ревматизм, мерцательная аритмия, варикозная болезнь вен	Гипертонический криз, врождённая сосудистая аномалия (аневризма мозгового сосуда), травма
Дебют	Внезапно, может предшествовать головная боль	Постепенное, чаще возникает ночью или в утренние часы	Быстрый	Резко, совпадает с внезапной, интенсивной головной болью
Сознание	Быстрая утрата сознания, кома глубокая	Утрачивается постепенно, нередко — «ступенеобразно», начинаясь с парезов, нарушения речи. Степень комы варьирует.	Утрата сознания быстрое, кома носит поверхностный, неглубокий характер. Возможны повторные эмболические атаки, усугубляющие состояние больного	Потеря сознания происходит быстро. Нередко возникает симптом «поплавка» — больной то приходит в сознание, то заново впадает в глубокий сон и кому

Тонус мышц, рефлексы	Общий тонус мышц и разница в рефлексах (парез, плегия) возникновение патологических рефлексов зависят от локализации патологического очага			
Судорожный синдром	При прорыве крови в желудочки мозга	Нет	Часто встречается	Часто, в виде эпилептиформных припадков
Ассиметрия лица	Есть	Как правило, нет или нерезко выражена	Встречается	Нет
Исследование глаз	Роговичный рефлекс резко ослаблен или отсутствует, реакция на свет слабая или отсутствует, «плавающий взор», девиация глазных яблок — «больной	Реакция на свет несколько ослаблена, но сохранена, роговичный рефлекс сохранён	Зависит от массивности поражения. В лёгких случаях никаких особенностей не определяется, в тяжёлых — картина напоминает геморрагическ	Часто возникают птоз, косоглазие

Артериальное давление	Резко повышено	Нормальное или понижено	Нормальное	Может быть резкое повышение в начале с дальнейшим снижением вплоть до гипотонии
Характер пульса	Напряжённый, редкий	Мягкий, частый	Часто определяется мерцательная аритмия	Тахикардия в начальной стадии, которая затем сменяется стойкой брадикардией
Дыхание	Клокочущее, шумное, часто Чейн-Стокса	Если кома не достигает терминальной стадии, как правило, не нарушено	Поверхностное	Часто возникает дыхание Биота. Может наступить спонтанное апноэ
Рвота	Однократная, в начале	Нет	Нет	Повторная или многократная. В положении на спине у больного в коме происходит



***Дифференциальная
диагностика ком
метаболического
происхождения.***

Клиническая характеристика	Диабетическая кома	Гипогликемическая кома	Уремическая кома	Хлоридропическая кома	Печёночная кома
Анамнез	Часто дебют сахарного диабета, анамнеза нет	Сахарный диабет, опухоли надпочечников	Хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, врождённые anomalies — поликистоз, единственная почка	Любые заболевания, сопровождающиеся многократной рвотой	Хронический гепатит В, С, D; хронический алкоголизм, цирроз печени любой этиологии
Дебют	Постепенный. Иногда предшествует период психической депрессии	Начало острое, сознание утрачивается быстро может предшествовать период кратковременного возбуждения с бредом, агрессией	Постепенный, нередко предшествует период энцефалопатии и (галлюцинации, бред, нарушения сна)	Постепенный	Постепенный, нередко предшествует период энцефалопатии и (галлюцинации, бред, нарушения сна)

Рефлексы, мышечный тонус	Тонус мышц снижен, сухожильные рефлексы снижены, нередко отсутствуют	Мышечный гипертонус, нередко — тризм жевательной мускулатуры, патологические рефлексы. В поздних стадиях — гипотонус	Повышение сухожильных рефлексов. Мышечные (миоклонические) подёргивания в различных частях тела	Фибриллярные подёргивания, гиперрефлексия, тетания	Нередко возникают судороги, менингеальные явления
--------------------------	--	--	---	--	---

Пульс	Частый, мягкий	Частый, напряжённый	Частый, напряжённый . В финале — нарастающая брадикардия с остановкой сердца в диастоле	Частый, мягкий	Тахикардия, которая сменяется стойкой брадикардией
-------	----------------	---------------------	---	----------------	--

Артериальное давление	Снижено	Повышается в начале, затем снижается	Повышено	Гипотония	Гипотония
Дыхание	Куссмауля, запах ацетона в выдыхаемом воздухе	Поверхностное	Чейн-Стокса, запах аммиака в выдыхаемом воздухе	Поверхностное, выдыхаемый воздух с неприятным специфическим запахом	Куссмауля, специфический «сладкий» запах («печёночный»)
Зрачки	Расширены	Расширены	Узкие	Расширены	Расширены
Кожа	Бледная, сухая. На щеках — нередко красная	Бледная, влажная	Следы расчёсов, отёчность, цвет кожи — землисто-серый	Сухая, тургор и эластичность снижены	Сухая, желтушная, сосудистые «звёздочки», петехии
Судорожный синдром	Отсутствует	Возникает часто	В терминальной стадии	В терминальной стадии	Нехарактерен

Клиническая характеристика	Ацетонемическая кома	Тиретоксическая кома	Гипотиреодная кома	Кома при болезни Аддисона	Алкогольная кома
Анамнез	Часто возникает у детей-невропатов	Указания на заболевания щитовидной железы, упоминания о нарушении углеводного обмена, частое повышение АД, гипертония	Указания на заболевания щитовидной железы. Анамнеза может не быть.	Болезнь Аддисона в анамнезе, диспансерный учёт в поликлинике у эндокринолога или терапевта по месту жительства	Употребление алкоголя и его суррогатов, склонность к частой алкоголизации.
Рефлексы, мышечный тонус	Мышечная гипотония, снижение рефлексов	Тонус мышц и рефлексы нормальный или повышен..	Тонус мышц снижен. Рефлексы понижены	Тонус мышц повышен	Тонус мышц снижен. Рефлексы понижены
Пульс	Частый, мягкий	Частый, галопирующий	Редкий, мягкий	Тахикардия, пульс слабого наполнения	Тахикардия, пульс обычного или слабого наполнения

Дыхание	Глубокое, редкое, с запахом ацетона	Частое, поверхностное. Запах неспецифиче н	Редкое. Запах неспецифиче н	Частое. Запах неспецифиче н	Затруднённое (западение языка), поверхностное. Запах алкоголя
Зрачки	Изменения не характерны	Расширены	Расширены	Изменения не характерны	Узкие
Кожа	Сухая, бледная	Снижение тургора	Отёчность, кожа «холодная» на ощупь	Снижение тургора	Влажная, липкая на ощупь
Судорожный синдром	Редко	Иногда	Нет	Часто	При развитии токсического отёка мозга.

**Жалпы қарау(тері түсі,жатысы бүріскен,
тырысқан)**

Анамнез (туысынан,куәгерден)

Неврологиялық статус:

Беттің ассимметриялығы.

Беткей және терең рефлексстер.

Сезімталдылық.

Бұлшықет тонустары.

Пассивті қозғалыс.

Менингиальді симптомдар .

Лабораториялық тексеру

(науқас клиникасына қарай
Глюкоза, Креатинин, белок, Алт,
Аст, Билирубин, Алко тест) ЖЗА.,
ЖҚА. Ликвор

Аспаптық зерттеулер.

Рентгенография

МРТ

КТ

Ангиография





Емі.

АВС» ережелеріне сәйкес орындалу қажет.

А - тыныс жолдарына өтімділігін жақсарту.

В - қалыпты тынысты қалыптастыру

С - жүрек қан тамыр жүйесінің жұмысына қарау: тез АҚК қалыптастыру (криссталойд және каллойд ерітіндісін құю) миокард жетіспеушілігі кезінде бөтен препараттарды енгізу (допамин, добутамин) немесе вазопрессорларды (адреналин, норадреналин, мезатон) айналымдағы қанның массасын қалпына келтірмей вазопрессорларды енгізу қауіпті.

Кома себебі белгісіз
болғанда алғашқы көмек:
Декстро 50% 25 мл.
Қандағы глюкоза деңгейін
тексерген соң **Тиамин** 100
мл.
Налоксан 0.4 мл в.в



Қосымша емді науқастың клиникалық және лабораториялық көрсеткіштеріне қарап тағайындаймыз.

Патогенетикалық және симптоматикалық ем :
(Антиагреганттар, антикоагулянттар, дезинтоксикациялық терапия, плазмаферез, гемосорбция, осмотикалық диуретик, тырыспаға қарсы препараттар, инфекция табылса антибиотиктер)

Қорытынды

Қорытындылай келе, гипертоникалық ауру көбіне атеросклерозбен араласып келеді. Психопатологиялық бұзылысы криздермен тұтасып келеді. Бастың қатты ауруында, бас айналуында көздің алдына шыбын-шіркейлер, тұман байқалады, үрей, өлім туралы қорқыныш байқалады. Делириозды кезеңмен сандырақтық психоздар көрініс береді. Кома – бұл сыртқы тітіркендіргіштерге реакциялары болмайтын ессіз жағдай. ОЖЖ-ң координациялық қызметінің бұзылысымен, тұтас ағза деңгейінде өздігінен реттелуге және гомеостазды ұстап тұруға мүмкіншілігін жоғалтқан жеке жүйелердің автономды қызмет етуімен сипатталатын ОЖЖ-ң жеткіліксіздік жағдайы; естің тануымен, қозғалыс, сезімтал және соматикалық, оның ішінде өмірлік маңызды қызметтердің бұзылысымен көрінеді.

Пайдаланылган әдебиеттер тізімі:

- Авербух Е.С.* Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Психиатрический аспект геронтологии и гериатрии. — Л.: Медицина, 1969. — 284 с.
- Гиляровский В.А.* Психиатрия. — 2-е изд. — М. — Л.: Гос. изд-во биологической и медицинской литературы, 1954. — 752 с.
- Дворкина Н.Я.* Инфекционные психозы. — М.: Медицина, 1975. — 184 с.
- Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н.* Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. — М.: Медицина, 1977. — 360 с.
- Завалишин И.А., Ройхель В.М., Жученко Т.Д., Шитикова И.Е.* Прионовые заболевания человека // Журн. невропатол. и психиатр. — 1998. — Т. 98, № 1. — С. 61—66.
- Клиническая психиатрия:* Пер. с нем. / Под ред. Г. Груле, К. Юнга, В. Майер-Гросса. — М., 1967. — 832 с.
- Ковалев В.В.* Психические нарушения при пороках сердца. — М.: Медицина, 1974. — 191 с.