

ДИАГНОСТИЧЕН И ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ ОСТРИ НЕВРОЛОГИЧНИ СЪСТОЯНИЯ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

E. Viteva

Катедра по неврология, Медицински Университет – Пловдив

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACH TO ACUTE NEUROLOGICAL DISORDERS IN THE GENERAL MEDICAL PRACTICE

E. Viteva

Department of Neurology, Medical University – Plovdiv

Резюме. В този обзор са разгледани актуалните практически насоки за диагностичен и терапевтичен подход при най-често срещаните остри състояния в неврологията: травми, инсулти, епилептични пристъпи, акинетична криза при паркинсонова болест, невроинфекции, миастенна криза, мигренозен пристъп, кластърно главоболие, неврит на n. facialis, невралгия на n. trigeminus, синдром на Guillain-Barré, остра болка в шията, гърба и кръста с дискогенен произход, световъртеж. Тяхното популяризиране би могло да доведе до подобряване качеството на медицинското обслужване в доболничната помощ – както в общата медицинска, така и в специализираната неврологична практика, а също и в денталната практика

Ключови думи: *диагностичен, терапевтичен, подход, остри състояния, неврология*

Summary. This review aims to provide a practical guidance for the current diagnostic and therapeutic approaches to the most frequent acute neurological disorders: trauma, stroke, epileptic seizures, akinetic crisis in Parkinson's disease, neuroinfections, myasthenic crisis, migraine, cluster headache, neuritis of the facial nerve, trigeminal neuralgia, Guillain-Barré syndrome, acute discogenic neck, back or low back pain, vertigo. We consider that the popularization of this guide might improve the quality of outpatient medical care in the area of general medical practice, neurological practice, and dental practice as well.

Key words: *diagnostic, therapeutic, approach, acute disorders, neurology*

Острите неврологични състояния са с висока честота в общата медицинска практика. Своевременният и адекватен диагностичен и терапевтичен подход при тези състояния е с решаващо значение за оцеляването на пациентите, по-благоприятното протичане на заболяването, по-цялостното възстановяване и по-добрата дългосрочна прогноза. В обзора са систематизирани и пречупени през практическите познания и опит на автора актуални насоки за поведение при най-често срещаните остри състояния в нев-

рологията: травми, инсулти, епилептични пристъпи, акинетична криза при паркинсонова болест, невроинфекции, миастенна криза, мигренозен пристъп, кластърно главоболие, неврит на фа-циалис, невралгия на n. trigeminus, синдром на Guillain-Barré, остра болка в шията, гърба и кръста с дискогенен произход, световъртеж.

Целта на статията е представяне на основните диагностични и терапевтични принципи при най-често срещаните остри състояния в неврологията за подпомагане работата на лекари

от Спешна помощ, общопрактикуващи лекари и специалисти невролози от доболничната помощ.

1. Остри неврологични състояния, при които е наложителна хоспитализация по спешност

1.1. Травми

Диагностичен подход

Общопрактикуващият лекар (ОПЛ) и/или лекар от Спешна помощ снемат анамнестични данни за травматичен момент и преглеждат пациента.

При прегледа:

- Глава – опипва се черепът за болка, търсят се неравности и подвижни части.
- Шийни прешлени: проверява се за болка при натиск по *processi spinosi*.
- Раменен пояс: регистрират се подвижността, болка, размествания.
- Торс: регистрират се болки при дишане, болки по хода на ребрата.
- Гръбначен стълб: прокарват се 2-3 пръста по продължението на гръбначния стълб от врата към таза.
- Таз: обхващат се двете страни на таза и леко се раздвижват, не се притискат една към друга.
- Долни крайници и стъпала – регистрират се подвижност, болка, размествания.

Всяко нарушение в съзнанието насочва за черепномозъчни травми (ЧМТ) с евентуално ограничение на дихателните функции. Съществува и опасност от аспирация поради липсващи защитни рефлексии.

Терапевтичен подход

- Положение
 - При ЧМТ – повдигната горна част на тялото, глава в срединно положение или върху ненаранената страна с цел намаляване на мозъчното налягане, намаляване на кръвенето; ригидна яка.
 - При травма на прешлените – запазване на завареното положение, ригидна яка, преместване с помощта на 4-5 помощници, използване на носилка, поставяне върху предварително оформен вакуумен дюшек с цел покой, избягване на допълнителни увреди.
 - При травма на крайниците – покой, положение по гръб, в някои случаи противошоково положение; носилка, вакуумен дюшек с цел облекчаване на болката, предпазване от допълнителни увреди.
- Спиране на кръвенето.
- Подаване на кислород при необходимост.
- Венозен път и енергична инфузия. Необходимо е заместваща терапия с кристалоиди и колоиди за поддържане на микроциркулацията; поставяне на минимум две широки периферни канюли.

• Обезболяване, в дадени случаи въвеждане в наркоза.

- Обездвижване на фрактурите.
- Бърз и щадящ транспорт до Спешно отделение, противошокова зала.
 - При наличие на закрыта средна (ГКС 9-13) и тежка ЧМТ (ГКС 3-8) пациентът се хоспитализира в ОАРИЛ или неврохирургично отделение за активно наблюдение и преценка за хирургично лечение. При лека ЧМТ (ГКС 14-15) пациентът се насочва към невролог/неврохирург за неврологичен преглед и определяне на рискови фактори за значима мозъчна увреда и за КТ на главен мозък до 2-ри час при ГКС ≤ 15 и наличие на други рискови фактори (възраст над 65 г., антикоагулантно лечение, алкохолизъм). Хоспитализация е наложителна при: 1. Клинични прояви в първите 4 часа от травмата; 2. Клинично влошаване; 3. Нормална КТ без клинично подобрене; 4. Абнормна КТ; 5. Невъзможна КТ и абнормна оценка по ГКС; 6. Повръщане или силно главоболие над 4 часа от травмата; 7. Съмнение за черепна фрактура; 8. Огнищна неврологична симптоматика; 9. Качествени промени в съзнанието. Нехоспитализираните болни остават под активно наблюдение от ОПЛ в първите 24 часа от травмата и се назначава симптоматично медикаментозно лечение [13].

• Документиране на всички находки и мероприятия [3, 12, 13].

1.2. Мозъчни инсулти

Диагностичен подход

Лекарят от спешна помощ или ОПЛ събират анамнестични данни за остър момент с нарушение на съзнанието, двигателен дефицит, световъртеж, повръщане, залитане, „изкривяване“ на лицето, говорни нарушения, двойно виждане. Важна е анамнезата за придружаващи заболявания като рискови фактори, вкл. повтарящи се транзиторни исхемични атаки (> 2 седмично) и приемани медикаменти (вкл. антикоагуланти, хипотензивни, антидиабетни средства).

С бърз и целенасочен първичен преглед се констатира нарушения на виталните функции и се предприемат следните мерки:

- Освобождаване и поддържане на свободни дихателни пътища.
- Почистване на орофаринкса.
- При необходимост – аспирация на секретите.
- Двустранна проверка на пулса на а. каротис.
- Ранно мониториране с оглед диагностициране на необходимостта от дефибрилация.

След овладяването на животозастрашаващата ситуация може да се премине към диагностициране.

- Проверка на състоянието на съзнанието
- Проверка за синдром на менингоградикулярно дразнене

- Описване на зенична реакция на светлина
- Описание на положението и движението на булбусите

- Корнеален рефлекс
- Масетерен тест
- Защитни рефлексии
- Гълтателен рефлекс
- Описание на мускулния тонус
- Описание на сухожилните и надкостните рефлексии, проверка за рефлекс на Бабински

- Регистриране на типа дишане
- Регистриране на видими наранявания, прехапване на езика

- Контрол на тазови резервоари
- Артериална хипертония >180/100 mm Hg
- Пристъпно предсърдно мъждене
- Абнормни резултати от кръвни изследвания
- Foetor ex ore.

Особено важно е да се открие и регистрира „латерализация“ на симптоматиката:

- едностранно зенично разширение
- едностранно намалени спонтанни движения
- едностранно намалена реакция на болка
- еднострани положителен рефлекс на Бабински

- едностранно намален или повишен мускулен тонус

- едностранно намалени или усиленни сухожилни и надкостни рефлексии.

Терапевтичен подход

1. Субарахноидна хеморагия

Най-същественият момент е да се мисли за тази диагноза при внезапно започнало главоболие на фона на физическо и/или психическо пренапрежение и/или хипертонична криза, повлияващо се от аналгетици и хипотензивни средства. Пропускането на тази диагноза застрашава живота на пациента.

- Положение: повдигната горна част на тялото
- Инхалация на кислород
- Понижаване на артериалното налягане, но не под 150/100 mm Hg

- Аналгетици – Analgin amp. i.m.
- Антиеметични средства – Degan amp. i.m/i.v.

2. Преходно нарушение на мозъчното кръвообращение и исхемичен или хеморагичен мозъчен инсулт

До уточняване на диагнозата с КАТ или МРТ лечението е поддържащо и симптоматично:

- Положение: повдигната горна част на тялото при артериална хипертония; на равно при артериална хипотония

- Инхалация на кислород
- Седиране с Diazepam 1 amp. i.m/i.v. само при епилептични пристъпи

- Внимателно и постепенно понижаване на артериалното налягане, но не под 150/100 mm Hg поради опасност от мозъчна хипоперфузия

- Антипиретици при фебрилитет
- При хипогликемия – глюкозни разтвори – 40% Glucosa 50 ml болус i.v., след което – венозна инфузия с 5% Glucosa.

- При възможност – консултация с невролог по спешност, назначаване на КТ и/или бърз транспорт до Спешно отделение и хоспитализация в неврологично отделение [3].

1.3. Епилептичен статус

Диагностичен подход

Епилептичният статус е животозастрашаващо състояние, при което епилептичният пристъп продължава повече от 5 мин или се наблюдават 3 пристъпа без възстановяване на съзнанието между тях [1].

- Лекарят от спешна помощ или ОПЛ събират анамнестични данни за епилепсията като придружаващо заболяване и за рискови фактори (внезапно спиране на антиепилептичните медикаменти, стрес, алкохолна употреба, безсъние, прием на други медикаменти).

Терапевтичен подход

- Първата основна цел при адекватно реагиране е предотвратяване на нараняване. За тази цел пациентът се освобождава от стягащи дрехи, слага се да легне и се придържа да не падне. Между зъбите се слага мек предмет, за да се избегне прехапване.

- Втората основна цел е да се избегне аспирация на повърнати материи – главата се обръща встрани и се придържа така.

- Медикаменти за овладяване на статуса:
 - Diazepam amp. 10 mg – i.m. или бавно i.v. за 2-5 мин. Важно е да се има предвид потискането на дишането като страничен ефект. Действието продължава около 30 мин. Не се правят повече от 3-4 ампули.

- Phenobarbital amp. 100 mg i.m. Започва да действа от 30-ата мин и действието продължава часове. Възможно е комбиниране на Diazepam и Phenobarbital.

- Mannitol 10% 500 ml i.v. като антиедемно средство.

- Glucosa 5% 1 банка i.v.
- Документиране на приложените медикаменти.

Пациентът се транспортира по най-бързия начин до интензивно неврологично отделение или ОАРИЛ [1, 8, 11].

1.4. Менингити, менингоенцефалити

Диагностичен подход

ОПЛ или лекарят от спешна помощ събират анамнестични данни и/или обективизират:

- Фебрилитет
- Ухапване от комар, кърлеж
- Контакти с кучета, котки, гризачи, домашни птици и други животни
- Обрив
- Диария
- Главоболие
- Гадене, повръщане
- Фотофобия, фонофобия.

При възможност пациентът се насочва към невролог по спешност за уточняване на неврологичния статус и по-конкретно наличието на:

- Синдром на менингоградикулярно дразнене
- Огнищна отпадна или възбудна неврологична симптоматика
- Общомозъчна симптоматика – количествени или качествени нарушения на съзнанието.

Терапевтичен подход

До уточняване на диагнозата лечението е поддържащо и симптоматично и включва:

- Реанимационни мероприятия при необходимост
- Антиедемни средства – Mannitol 10% 500 ml i.v.
- Антипиретици
- Антиконвулсанти.

При съответни анамнестични данни и отклонения в неврологичния статус пациентът се насочва по спешност към Инфекциозно отделение [7].

1.5. Синдром на Guillain-Barré

Диагностичен подход

ОПЛ събира анамнестични данни за:

- Предшестващи: респираторна, гастроинтестинална инфекция, травма, операция, ваксиниране, употреба на тромболитични агенти, хероин, преживени инфекции като морбили, варицела зостер, хепатит С.

• Придружаващи заболявания като лимфом на Hodgkin, HIV инфекция, системен лупус еритематодес.

• Слабост на долни крайници, която обхваща впоследствие тялото и горните крайници.

- Болки в крайниците, парене, изтръпване.

Пациентът се насочва към невролог за обективизиране на:

- Полиневритен синдром със симетрична дистална пареза за долни крайници, която бързо асцендира, хипо- до арефлексия за сухожилните и надкостни рефлексии, дистална хипестезия до анестезия по полиневритен тип в началото

за долни, след това – и за горни крайници. Възможно е засягане на черепномозъчните нерви – лицевия и очевдигателните нерви. Позитивират се растежните симптоми (Ласег, Васерман). Възможни са и автономни нарушения – тахикардия или брадиаритмия, артериална хипо- или хипертония, смутена sudo- и вазомоторика.

- Палпаторна болка по мускулите.

Животозастрашаващо усложнение е развитието на дихателна недостатъчност.

Терапевтичен подход

Неврологът от доболничната помощ насочва пациента за ЕМГ и започва лечение със:

- Milgamma N amp. 2 ml – x 1 amp. i.m. или 4 x 1 caps.

• Вазоактивни средства – Agapurin SR tabl. 400, 600 mg – 400, 600, 800 mg дневно

• Нестероидни противовъзпалителни средства (споменати по-долу медикаменти и дози).

При изразени оплаквания и полиневритен синдром с бърза прогресия специалистът невролог насочва за хоспитализация по спешност в неврологично отделение.

При белези за дихателна недостатъчност болният се транспортира от екип на Спешна помощ до неврологично отделение или ОАРИЛ и при необходимост се започва дихателна реанимация [4, 15].

2. Остри неврологични състояния, при които лечението започва в амбулаторни условия от общопрактикуващ лекар и невролог от доболничната помощ с готовност за насочване за хоспитализация по спешност при липса на подобрение или влошаване на състоянието

2.1. Акинетична криза при болест на Паркинсон

Диагностичен подход

• ОПЛ събира анамнестични данни за: уточнена диагноза болест на Паркинсон, стрес, предшестваща оперативна интервенция, внезапно спиране на антипаркинсоновите медикаменти и/или обективизира:

- Афагия
- Фебрилитет
- Пълна неподвижност
- Продължителност от няколко часа до няколко дни.

Терапевтичен подход

- рехидратация
- контролиране на хипертермията
- антитромботична профилактика
- Пациентът се насочва към невролог от доболничната помощ за прецизиране на паркинсоновия синдром, подновяване на лечението с

антипаркинсонови медикаменти при спирането им или адаптиране на антипаркинсоновото лечение, и евентуално назначаване на РК Merz 200 mg/500 ml – 1-2 банки i.v. дневно.

При невъзможност за справяне в амбулаторни условия болният се насочва за хоспитализация в неврологично отделение [10].

2.2. Епилепсия с чести епилептични пристъпи

Диагностичен подход

- ОПЛ или лекарят от Спешна помощ събират анамнестични данни за епилепсията като придружаващо заболяване.

Най-често наблюдаваните епилептични пристъпи са:

- Генерализирани тонично-клонични пристъпи – с внезапна загуба на съзнание, спиране на дишането, тризмус, гърчове на крайниците, изпускане на тазови резервоари, продължават 1-2 мин, възможна е постиктална дезориентация или сънливост.

- Генерализирани миоклонични пристъпи – внезапна загуба на съзнание и генерализирани миоклонии.

- Абсанси – в хода на някаква дейност втрещаване на погледа, премигване за 4-5 сек, след което – продължаване на извършваната дейност.

- Комплексни парциални пристъпи – пациентът започва да обикаля из стаята, говори несвързано, почесва се, съблича се, облича се, сяда на земята – 1-3 мин, след това е без спомен.

- Прости парциални пристъпи с моторна, сензорна симптоматика, отклоняване на очните булбуси и/или главата встрани, вкусови, мирисни, слухови, зрителни, вестибуларни, вегетативни, психични прояви, без загуба на съзнание.

Парциалните пристъпи могат да прогресират във вторични генерализирани тонично-клонични пристъпи.

Важно е разграничаване на епилептичните пристъпи от хистерични припадъци и от синкопи при нарушения на общото и мозъчното кръвообращение.

За разлика от генерализираните тонично-клонични пристъпи при хистеричните припадъци:

- винаги има провокиращ фактор психотравма,
- те винаги целят демонстративност и са пред хора
- не настъпват внезапно, а постепенно
- продължават поне 15-20 мин
- липсва травматизъм, пациентите винаги намират къде да се подпрат
- зеничната реакция е запазена
- стискат клепачите
- ако има прехапване на езика, то е на върха
- липсват дихателни нарушения
- липсва изпускане на тазови резервоари

- пристъпите могат да бъдат манипулирани [1].

При синкопите:

- има провокация (рязко ставане от легнало положение, гладуване, продължително стоене в изправено положение, болка и др.)

- причерняване, шум в ушите, отмаляване, побледняване, изпотяване, гадене

- краткотрайна загуба на съзнание (секунди)

- свличане на земята

- мускулна хипотония

- артериална хипотония

- липсват дихателни нарушения

- продължителност няколко секунди

- обикновено липсват гърчове на крайниците (по изключение – леки гърчове на рамената при т.нар. конвулсивен синкоп)

- много рядко изпускане на тазовите резервоари

- липсва прехапване на езика

- възможни ритъмни нарушения при сърдечен произход [1].

ОПЛ назначава изследване на ПМК, биохимия, ЕКГ (за диференциална диагноза с кардиогенен синкоп) и насочва към специалист невролог от доболничната помощ за поставяне на диагноза, започване или оптимизиране на антиконвулсивното лечение, назначаване и интерпретиране на ЕЕГ, КТ и/или МРТ, при необходимост провеждане на ДСГ, ангиография, МРТ ангиография. При чести пристъпи и/или странични ефекти от приеманите антиконвулсанти болният се насочва за хоспитализация в неврологично отделение.

Терапевтичен подход

При епилептичен пристъп поведението включва: предотвратяване на нараняване, обръщане на главата встрани за избягване на аспирация и прилагане на медикаменти (Diazepam amp. и/или Phenobarbital amp. – описани при епилептичен статус) [1, 4, 5, 18].

При започване на лечение за новооткрита епилепсия най-напред се включват медикаменти от първи ред (Valproate, Carbamazepine) в постепенно възходящо титриране до съответните терапевтични дози. При неуспех се преминава към битерапия от двата медикамента или пациентът се насочва към специализирани комисии за преценка и изготвяне на експертно становище за включване на по-новите антиконвулсанти [14].

2.3. Миастенна криза

Диагностичен подход

ОПЛ събира анамнестични данни за:

- Поставена диагноза миастения гравис
- Интеркурентна инфекция, физически усилия, стрес, оперативна интервенция, раждане, лактация, лъчелечение, неадекватно антихолин-

нестероидно лечение, прием на относително или абсолютно противопоказани медикаменти (антибиотици с изключение на цефалоспорици, миорелаксанти, инхалационни анестетици, хинин, бензодиазепини, барбитурати, антидепресанти, антиаритмични средства – хинидин и хинидинови производни, бета-блокери, калий губещи диуретици и лаксативи, прилагане на локални анестетици, съдържащи прокаин или новокаин).

- По-изразено спадане на клепачите, двойно виждане, засилена уморяемост на скелетната мускулатура, затруднен говор и гълтане, дихателни нарушения.

При прегледа се обективизират:

- Синдром на патологична мускулна уморяемост със слабост на скелетната мускулатура
- Птоза на клепачите, двойно виждане
- Булбарна симптоматика с тежки говорни и глътателни нарушения
- Бързо развиваща се остра дихателна недостатъчност, която е животозастрашаваща.

Терапевтичен подход

- Спиране на противопоказани медикаменти
- Лечение на интеркурентни инфекции
- При липса на дихателна недостатъчност общопрактикуващият лекар насочва пациента към невролог по спешност за адаптиране на поддържащото лечение с антихолинестеразни средства (увеличаване на дозата Kalymin, промяна в часовете на прием) и преценка за необходимостта от включване на кортикостероиди, което е препоръчително да стане в болнични условия.

- При белези на дихателна недостатъчност:
- Дихателна реанимация
- Транспорт и хоспитализация по спешност в специализирано неврологично отделение или ОАРИЛ [15].

3. Остри неврологични състояния, при които лечението се провежда предимно в амбулаторни условия от ОПЛ и невролог от доболничната помощ и пациентът се насочва за хоспитализация само при неповлияване или усложнения

3.1. Неврит на лицевия нерв

Диагностичен подход

ОПЛ събира анамнестични данни за:

- Простуда
- Болка зад ухото
- Нарушен вкус
- Хиперакузис
- Промяна в слъзоотделянето и слюноотделянето
- „Изкривяване“ на лицето, събиране на храна между бузата и зъбите.

Обективизиране на изолирана увреда на лицевия нерв по перифернонервен тип.

Терапевтичен подход

Общопрактикуващият лекар насочва пациента към специалист невролог от доболничната помощ, който преценява според тежестта на увредата дали болният ще се лекува амбулаторно или ще се насочи за хоспитализация към неврологично отделение. Терапевтичният подход в амбулаторни условия включва:

- Mannitol i.v. 10% 500 в х 1 б. i.v. дневно за 3-4 дни
- Dexamethasone amp. 4 mg/1 ml – 2 x 1 amp. i.m. за 3-4 дни
- Milgamma N amp. 2 ml – х 1 amp. i.m. или 4 x 1 caps.
- Вазоактивни средства – Agapurin SR tabl. 400, 600 mg – 400, 600, 800 mg дневно
- Препоръки за избягване на простуда
- Затваряне на окото по време на сън (с марля) и при необходимост очни капки за профилактика на възпалителен процес
- Болният се проследява от невролог и се насочва за провеждане на ЕМГ и към физиотерапевт за назначаване на адекватни процедури [4].

3.2. Невралгия на n. trigeminus

Диагностичен подход

ОПЛ събира анамнестични данни за:

- Поставена диагноза невралгия на n. trigeminus – възможен пореден пристъп
- Заболявания в лицево-челюстната област (симптоматична невралгия)
- Болкови пристъпи с типична характеристика: силна стрелкаща болка, съпроводена с болезнен тик (премигване), локализирана в зоната на съответния клон на n. trigeminus, с продължителност секунди до 1-2 минути, провокира се от говор, дъвчене, гълтане, промяна в температурата.
- При прегледа се позитивират точките на Вале, съответни на засегнатия клон. Липсва отпадна сетивна, рефлексна, двигателна симптоматика.
- Провеждане на изследвания и консултации при необходимост за уточняване на заболявания в лицево-челюстната област.

Терапевтичен подход

ОПЛ насочва пациента към невролог от доболничната помощ, който провежда лечение със:

- Carbamazepine (Tegretol, Finlepsin) 200 mg tabl. – в постепенно възходящо титриране до дневна доза 600-1200 mg.

- Gabapentin (Neurontin, Gabaneural, Gabagamma) 100, 300, 400 mg tabl./caps. – в постепенно възходящо титриране до дневна доза 900-1200 mg.

- Pregabalin (Lyrica) – 150 mg caps. – в постепенно възходящо титриране до дневна доза 600 mg.

- Amitriptylin – 25 mg tabl. – в постепенно възходящо титриране до обичайна дневна доза 75 mg.

- Alprazolam (Xanax) – 0.25, 0,5 mg – в постепенно възходящо титриране до дневна доза 2-4 mg.

- Baclofen – 10, 25 mg tabl. – в постепенно възходящо титриране до дневна доза 30-60 mg.

- Наркотични аналгетици – Tramadol 50 mg caps. – в постепенно възходящо титриране до дневна доза 150 mg.

- При необходимост пациентът се насочва към физиотерапевт и лицево-челюстен хирург.

- При невъзможност за повлияване в амбулаторни условия болният се насочва за хоспитализация в неврологично отделение [4, 9].

3.3. Мигренозен пристъп

Диагностичен подход

ОПЛ събира анамнестични данни за:

- Поставена диагноза мигрена
- Повтарящи се пристъпи от силно, едностранно (по-рядко двустранно), пулсиращо главоболие

- Гадене, повръщане

- Фотофобия, фонофобия

- Продължителност на пристъпа 4-72 часа

- Възможна преходна огнищна корова или стволова неврологична симптоматика

- Провокация на пристъпа от: хормонални нарушения, нарушения на ритъма на съня, гладуване, метеорологични промени, релаксация след преживян стрес, прекомерна употреба на въглехидрати, мазнини, сол, кафе, алкохол, шоколад, сирена, цитрусови плодове.

Обикновено соматичният и неврологичният статус са без съществени отклонения (с изключение на случаите с ретинална, офталмоплегична и базиларна мигрена, при които има съответна огнищна неврологична симптоматика от страна на зрението, очевдигателните нерви и мозъчния ствол).

Терапевтичен подход

- Немедикаментозни средства (при по-леки пристъпи): покой в тиха, полутъмна стая, сън, масаж, студени компреси, релаксационни техники, диетичен режим с избягване на посочените храни.

- Медикаментозни средства (при по-тежки пристъпи):

- Антиеметици – Degan i.m./i.v.

- Нестероидни противовъзпалителни средства – Aspirin tabl. 100, 325, 500 mg, Paracetamol tabl. 500 mg, Indomethacin tabl. 25 mg, Voltaren – tabl. 25, 50, 100 mg, Feloran – tabl. 25, 50, 10 mg, Aflamil tabl. 100 mg, Ibuprofen tabl. 400 mg, Piroxicam, caps. 10, 20 mg, Flamexin tabl., pulv.,

Meloxicam (Movalis, Movix) – tabl. 7.5, 15 mg, Enetra – tabl. 100 mg, Aulin pulv., Celebrex – caps. 200 mg, Vimovo tabl. 500/20 mg [9].

– Триптани – обичайно се прилагат до 2 дози за 24 часа през интервал от поне 2 часа, не повече от общо 300 mg за 24 часа – Amigren 50, 100 mg, Headan 50 mg, Imigran 50, 100 mg, Nazdav 50, 100 mg; Imigran nasal spray 20 mg еднократно.

- След овладяване на пристъпа пациентът се насочва към невролог за назначаване на системно лечение с неселективни блокери на калциевите канали, антиконвулсанти, антидепресанти, бета-блокери, нестероидни противовъзпалителни средства за профилактика на пристъпите.

- При мигренен статус (продължителност на пристъпа над 72 часа въпреки проведеното лечение) пациентът се насочва за хоспитализация по спешност към неврологично отделение [5, 6, 15].

3.4. Кластърно главоболие

Диагностичен подход

ОПЛ събира анамнестични данни за:

- Периодично повтарящи се пристъпи от силна периорбитална болка с продължителност до 3 часа, повтарят се до 8 в денонощие.

- Автономна симптоматика на страната на главоболието: инекция на конюнктивата, сълзотечение, набъбване на носната лигавица и ринорея, лицева хиперхидроза, синдром на Клод-Бернар-Хорнер

- Обща автономна симптоматика – тахикардия, брадикардия, артериална хипертония, гадене

- Провокация от стрес, алкохол, нитроглицерин, студен вятър, ярка светлина, продължителна хипогликемия.

Терапевтичен подход

- Инхалация на 100% кислород със скорост 7 л/мин чрез лицева маска за 15 минути

- Облекчение от дигитална компресия на повърхностната темпорална артерия

- Imigran nasal spray 20 mg еднократно

- Локални анестетици – Lidocaine

- Насочване към невролог за назначаване на системно лечение с кортикостероиди, литиев карбонат, калциеви антагонисти, антиконвулсанти за профилактика на пристъпите [5, 15].

3.5. Остра болка в шията, гърба, кръста

Диагностичен подход

ОПЛ събира анамнестични данни за:

- Физическо натоварване, престой на течение

- Рецидивиращи болкови пристъпи

- Внезапно започваща болка със съответната локализация, която е по-силна при движения и се облекчава при покой

- Ограничени движения поради болка

- Възможна ирадиация на болката към крайниците

- Изтръпване и/или мравучкане в определена част на крайниците.

При прегледа се обективизират:

- Вертебрален синдром (сколиоза, изгладена лордоза, паравертебрална ригидност, ограничени поради болка движения в кръста).

- Позитивират се паравертебралните точки на Вале.

- Може да се установи коренчев синдром с отпадни или възбудни сетивни нарушения в съответния дерматом, отпадна рефлексна и двигателна симптоматика.

- Може да се позитивират растежните симптоми (Ласег, Боне, Нери, Васерман).

- ОПЛ насочва пациента към невролог от доболничната помощ за прецизиране на неврологичния статус, уточняване на етиологията (провеждане на КТ, МРТ, ЕМГ) и оптимизиране на лечението.

Терапевтичен подход

– Нестероидни противовъзпалителни средства – Diclofenac Na (Voltaren) – tabl. 25, 50, 100 mg – до 200-300 mg/d, amp. 75 mg – x 1 amp./d, gel, supp. 50-100 mg – x 1 supp./d; Diclofenac K (Feloran) – tabl. 25, 50, 100 mg, ung. 1%/60 g, supp. 50 mg, amp. 75 mg/3 ml; Ibuprofen tabl. 300, 400, 600, 800 mg – до 2400 mg/d; Ketoprofen (Profenid, Fastum gel) – tabl. 50, 100, 200 mg, supp, amp. 150 mg – x 1 i.m/d, Bi-Profenid 2 x 150 mg p.o.; Piroxicam, caps. 10, 20 mg, supp. 20 mg – 20 mg/d, Hotemin amp. 20 mg/1ml – 1-2 amp. i.m./d, Reumador gel, Flamexin tabl., pulv. – 1 tabl./pulv./d; Meloxicam (Movalis, Movix) – tabl. 7.5, 15 mg, amp. 7.5, 15 mg, supp. – 7.5-15 mg/d; COX-2 специфични инхибитори: Arcoxia – tabl. 60, 90, 120 mg – 30-120 mg/d, Celebrex – caps. 200 mg – 1 caps./d; Enetra 100 mg tabl. – 200 mg дневно; Vimovo 500/20 mg tabl. (Naproxen + Omeprazole) – 2 x 1 tabl. [9].

– Антиедемни средства – Mannitol 10% 500 ml i.v. 3-4 дни

– Витамини от група В – Milgamma N amp. 2 ml – x 1 amp. i.m. или 4 x 1 caps.

– Миорелаксанти – Baclofen – 10, 25 mg tabl. – в дневна доза 30-60 mg, Tizanidine (Musant) – 2 mg tabl., обичайна дневна доза 12-24 mg.

– При овладяване на болковата симптоматика – насочване към физиотерапевт за назначаване на адекватни процедури.

– При неовладяване на симптоматиката в амбулаторни условия неврологът насочва болния за хоспитализация към неврологично отделение.

– При необходимост се провежда консултация с неврохирург.

3.6. Световъртеж

Диагностичен подход

ОПЛ събира анамнестични данни за:

- Замайване, световъртеж
- Провокиращи фактори
- Продължителност на световъртежа
- Гадене, повръщане
- Изпотяване, побледняване, сърцебиене
- Нарушения на слуха
- Залитане
- Фебрилитет.

Снема се неврологичен статус с акцент върху наличието и вида на нистагъм, атаксия. Регистрира се и друга неврологична симптоматика (общомозъчна и/или отпадна или възбудна огнищна симптоматика).

Терапевтичен подход

Degan – amp. 10 mg/2ml i.m., i.v., tabl. 10 mg
Betaserc, Vestibo – 8, 16, 24 mg tabl. – дневна доза 48 mg

Dimenhydrinat 50 mg tabl. – 2 x 1, 3 x 1 tabl.

Piracetam (Nootropil) – 800, 1200 mg tabl. (1600-4800 mg дневно), amp. 1 g, 3 g (3-6 g дневно) [2].

ОПЛ насочва към невролог или отоневролог от доболничната помощ за прецизиране на неврологичния статус и уточняване на етиологията на световъртежа (провеждане на отоневрологично изследване, КТ на главен мозък, ДСГ) и проследяване. При неовладяване в амбулаторни условия или по-тежко изразена симптоматика пациентът се насочва за хоспитализация в неврологично или оториноларингологично отделение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Смятаме, че представените практически насоки за диагностика и терапия при най-честите остри неврологични състояния са актуални, приложими и представляват интерес за голяма част от медицинската общност. Популяризирането им би могло да доведе до подобряване качеството на медицинското обслужване в доболничната помощ – както в общата, така и в специализираната медицинска практика.

Библиография

1. Захариев, З. и Л. Хранов. Епилепсия. Sanofi-Synthelabo, С., 1999, 96-101, 132-133.
2. Колев, О. Световъртеж. – Бълг. неврол., 12, 2012, № 2, 157-158.
3. Методически указания за поведение при спешни състояния – http://www.csmp-bl.com/informacia/pdf/Klinichni_protokolii_FINAL_FINAL.pdf.
4. Миланов, Ив. и Д. Атанасова. Диагностика и терапевтичен алгоритъм при заболявания на краниалните и периферни нерви. – Бълг. неврол., 12, 2012, № 2, 73-85.

5. Миланов, Ив., Д. Богданова и И. Райчев. Алгоритъм за диагноза и лечение при главоболие. – Бълг. неврол., **12**, 2012, № 2, 130-136.

6. Миланова, М. и Д. Атанасова. Алгоритъм за диагностика и лечение на Myasthenia gravis и миастенни синдроми. – Бълг. неврол., **12**, 2012, № 2, 96-98.

7. Миланова, М., В. Божинова и С. Исаков. Остри вирусни и бактериални инфекции на ЦНС. – Бълг. неврол., **12**, 2012, № 2, 66-72.

8. Национален консенсус за диагностика и лечение на епилепсията. – Двигателни нарушения, **9**, 2011, № 2, 6-47.

9. Национален консенсус за диагностика и лечение на неврологично обусловените болки. – Cephalgia, **12**, 2010, № 1, 7-62.

10. Национален консенсус за диагностика и лечение на Паркинсоновата болест. – Двигателни нарушения, **7**, 2010, № 2, 5-32.

11. Рашева, М. Патогенеза и лечение на епилептичния статус – съвременно състояние на проблема: обзор. – Бълг. неврол., **9**, 2009, № 1, 1-7.

12. Стаменов, Б., Е. Титянова и Д. Маринова Д. Алгоритъм за поведение при гръбначно-мозъчни травми (ГМТ). – Бълг. неврол., **12**, 2012, № 2, 139-140.

13. Титянова, Е., Б. Стаменов, Т. Ефтимов, С. Андонова и И. Велчева. Алгоритъм за поведение при закрити краниални травми (КТ). – Бълг. неврол., **12**, 2012, № 2, 138.

14. Търнев, И., В. Божинова, А. Алексиев и П. Колев. Алгоритъм за диагностика, лечение и проследяване на пациента с епилепсия. – Бълг. неврол., **12**, 2012, № 2, 60-65.

15. Янчева, Ст., П. Стаменова, Ив. Миланов. и др. Клинична неврология – том 2. Ст. Загора, Знание, 2000, 55, 180, 195, 200, 270-272, 274-275.

✉ Адрес за кореспонденция:
Д-р Е. Витева, дм
Катедра по неврология
Медицински университет
бул. "В. Априлов" 15А
4000 Пловдив

ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

организира

курс

ОСНОВИ НА ИНФОРМАЦИОННАТА ГРАМОТНОСТ БИОМЕДИЦИНСКА ИНФОРМАЦИЯ – ПОТРЕБИТЕЛСКИ СТРАТЕГИИ ЗА ИЗДИРВАНЕ, ОБРАБОТКА И ИЗПОЛЗВАНЕ

•• структура и правила за работа в медицинска библиотека, с библиотечни каталози и специализирани информационни източници от областта на естествените науки, клиничната медицина и здравеопазването •• избор на източници и разработване на стратегии за търсене във всеки от тях •• работа с индекси и особено с тезауруса на МЕДЛАЙН •• мултимедийни продукти в различни медицински области •• издирване в интернет на медицинска информация, отговаряща на критериите за научност •• оформяне на научни публикации и аналитико-синтетична обработка на информацията.

Хорариум – 20 часа – 10 часа лекции и 10 часа семинари и упражнения.

Дати за провеждане ще се насрочат при записване на не по-малко от 5 души.

За информация: Д-р Ж. Сурчева – тел. 952-05-16; e-mail: surcheva_j@abv.bg