Реферат

на тему: «Клиническая картина и лечение параличей»

Параличи беременных вследствие тромбоза мозговых сосудов. Тромбозы могут наступить вследствие больших кровопотерь во время родов и в раннем послеродовом периоде. В послеродовом периоде тромбозы образуются главным образом вследствие инфекции (послеродовой сепсис, тромбофлебит). Возраст больной и количество предшествовавших родов в этиологии тромбоза, по-видимому, не играют существенной роли. При параличах беременных вследствие тромбоза мозговых сосудов симптомы нарастают медленно, причем в начальных стадиях заболевания потери сознания не отмечается. По Геслину, на 24 случая тромбоза мозговых сосудов во время беременности у 23 беременных первым симптомом была гемиплегия. Прогноз весьма серьезный; смертность достигает 40—45%. Хотя параличи вследствие эмболии мозговых сосудов наблюдаются большей частью в послеродовом периоде на почве генерализованного сепсиса или тромбофлебита, однако отмечаются случаи эмболии мозговых сосудов в послеродовом периоде и без наличия септического процесса (Е. И. Кватер).

Параличи вследствие кровоизлияния. Апоплексии наблюдаются большей частью во второй половине беременности, особенно при наличии тяжело протекающего токсикоза, который сопровождается поражением периферических сосудов. Предрасполагающими моментами являются гипертония, атеросклероз, хронические инфекции и др. Особенно резки повышения кровяного давления во время потуг. Апоплексия может наступить в любой период беременности, родов и послеродового периода. Однако в первой половине беременности кровоизлияния встречаются реже, т. к. в первой половине беременности кровяное давление несколько снижается, а тяжелые токсикозы беременности и гипертония наступают главным образом во второй половине беременности.

Заболевание наступает внезапно без всяких предвестников. В зависимости от локализации кровоизлияния развивается соответствующая гемиплегия, которая может сопровождаться афазией. Кроме гемиплегии, могут наступить бульбарный или псевдобульбарный паралич. Если заболевание наступает во время родов, то в таких случаях наблюдается обширное кровоизлияние; прогноз при этом крайне плохой. Смерть наступает или внезапно, или же по истечении нескольких часов. Прогноз более благоприятен, если кровоизлияние наступает перед родами или после них. При угрожающих жизни симптомах необходимо родоразрешение путем кесарева сечения.

Травматические параличи корешков и сплетений имеют периферический характер и, как правило, наступают в послеродовом периоде после длительных, осложненных родов (узкий таз, трудные акушерские щипцы и др.). В таких случаях обычно наблюдаются односторонние параличи пояснично-крестцового сплетения или отдельных его ветвей. Наиболее частым симптомом, указывающим на травматизацию нервов при родах, является боль в виде приступов, которые сопровождают каждую потугу или тракцию наложенных акушерских щипцов. Боль отдает в бедро и нередко сопровождается судорогами нижних конечностей. Болезненность нервных стволов, пораженных конечностей и сакральных корешков можно обнаружить при давлении на них. Болезненность сакральных корешков легко обнаруживается при влагалищном исследовании, что весьма часто используется для диагностики сакрального радикулита и вне беременности (Е. И. Кватер). При травматических параличах, кроме болей, часто обнаруживаются парестезии в тех же областях. В зависимости от интенсивности травмы наблюдаются также нарушения чувствительности в зоне пострадавших корешков и нервов по типу гиперестезии или анестезии. Травматические послеродовые параличи в большинстве случаев бывают односторонние в зависимости от позиции плода и расположения его головки; однако наблюдаются и двусторонние травматические параличи нижних конечностей; при этом параличи часто выражены сильнее на одной стороне, и соответственно этому стойкость паралича разная.

Односторонность травматических послеродовых параличей объясняется позицией плода, расположением головки. При реже наблюдающихся двусторонних параличах нижних конечностей обычно отмечается несимметричность поражения. На стороне более грубого поражения паралич бывает и более стойким. Слабая сопротивляемость тканей к давлению и растяжению или же перенесенные заболевания (полиневрит и др.) являются предрасполагающими моментами для развития травматического паралича после родов. Кроме того, большое значение имеет врожденное анатомическое предрасположение в виде аномалии локализации и прохождения сплетений и отдельных нервных стволов в малом тазе. Вот почему далеко не во всех случаях наложения акушерских щипцов наступает травматизация нервов. Более того, после наложения акушерских щипцов параличи наступают сравнительно редко, т. к. при наложении щипцов травмируются именно те части нервных сплетений и стволов, которые при обычном нормальном положении не могут быть затронуты. Клиническое наблюдение показывает, что чаще других поражаются; параличи обычно односторонние (хотя встречаются и двусторонние).

Частота поражений перонеального нерва у беременных объясняется его повышенной чувствительностью к различным механическим факторам вследствие особенности его расположения. Травматическое поражение пояснично-крестцовых корешков и сплетений наблюдается у некоторых беременных и до родов. Оно, как правило, выражается корешковыми болями, парестезиями, иногда очень мучительными, но без двигательных расстройств, параличей и парезов. Лишь изредка наблюдается слабость перонеальной группы мышц. Такого рода корешковые расстройства вызываются давлением плода и обычно проходят после родов или же вследствие уменьшения давления — после изменения положения плода.

Прогноз при травматических послеродовых параличах зависит от тяжести поражения и его распространения. Предсказание тем менее благоприятно, чем больше распространенность паралича (вся конечность, обе конечности). В прогнозе играют значительную роль общее ослабление организма после родов, кровопотеря, местные и общие септические процессы и т. д. Травматические параличи могут повторяться при последующих родах. Болезненность при травматических послеродовых параличах постепенно снижается и прекращается через несколько недель после родов; параличи с явлениями перерождения восстанавливаются в течение длительного времени — нескольких месяцев и больше. В некоторых случаях восстановление происходит только частично.

Лечение. При параличах вследствие токсикоза беременности проводится в основном лечение токсикозов. При параличах вследствие тромбоза сосудов или кровоизлияния в случае тяжелого состояния больной рекомендовано кесарево сечение; в легких случаях нужно выждать срок родов и произвести родоразрешение в срок путем кесарева сечения. При травматических параличах после родов — обычные методы лечения периферических параличей.

Массаж и лечебная гимнастика. Центральные (пирамидные) параличи и парезы. Лечебная гимнастика при центральных параличах и парезах состоит из следующих комплексов:

1) лечения положением,

2) массажа,

3) пассивных движений,

4) активных упражнений,

5) дыхательной гимнастики,

6) обучения сидению,

7) обучения ходьбе,

8) борьбы с синкинезиями,

9) упражнений, понижающих мышечный тонус.

В первые дни заболевания проводится лечение положением — особая укладка парализованных конечностей в постели. Эта укладка препятствует образованию контрактур, уменьшает наклонность к повышению мышечного тонуса и предупреждает развитие болей в плечевом суставе. Лечение положением проводится на спине и здоровом боку, меняясь каждые 1,5—2 часа.

При положении на спине паретичная рука разгибается, супинируется и отводится под углом 90°, между нею и грудной клеткой помещается валик из марли и ваты. На кисть с разведенными и выпрямленными пальцами накладывается лонгет. Для предупреждения развития болей в плечевом суставе, возникающих вследствие растяжения его сумки тяжестью конечности, вся рука и плечевой сустав должны находиться в одной горизонтальной плоскости. Для этого под паретичную руку подкладывают подушку. Рука в таком положении удерживается мешком с песком. Паретичная нога слегка сгибается в коленном суставе, под который подкладывают валик. Стопа в положении тыльного сгибания под углом 90° удерживается или резиновой тягой или упирается в деревянный ящик, обтянутый стеганым ватником.

При положении на здоровом боку паретичные конечности сгибаются в локтевом, тазобедренном, коленном и голеностопном суставах и укладываются на подушки.

Избирательный массаж следует начинать в течение первых 10 дней в зависимости от общего состояния больного. Мышцы, в которых обычно повышается тонус, лишь слегка поглаживаются, остальные мышцы массируются обычными приемами.

Пассивные движения начинаются одновременно с массажем. Они проводятся как на здоровой, так и на паретичной стороне, начиная с проксимальных отделов конечностей, в медленном темпе и полном объеме, изолированно в каждом суставе по 5—10 движений.

Активная гимнастика начинается со статического напряжения мышц, т. е. удержания всей конечности или ее отделов в приданном положении с учетом наиболее выгодных поз. Появившиеся активные движения развиваются облегченными упражнениями, которые являются одним из основных приемов лечебной гимнастики. Они проводятся при поддержке методиста, или в ванночках с теплой водой, или на прикроватных рамах при помощи гамачков и блоков, или с помощью здоровых конечностей больного.

По достижении достаточного объема активных движений вводятся упражнения со строго дозированным сопротивлением, направленным на увеличение мышечной силы. В качестве сопротивления используются резиновая или пружинная тяги, гири, мешочки с песком. Для уменьшения мышечного тонуса проводятся пассивные и активные упражнения.

Как только позволит общее состояние больного, его следует обучать сидению. Больной должен сидеть в кровати, опираясь на полумягкую подушку, паретичная рука его фиксирована косынкой, здоровая нога закладывается на паретичную.

Далее начинается комплекс упражнений для обучения ходьбе:

1) пассивная и активная имитация ходьбы в постели,

2) стояние на обеих ногах,

3) попеременное стояние на здоровой и паретичной ноге,

4) «ходьба на месте»,

5) ходьба с инструктором,

6) ходьба в коляске,

7) ходьба с трехопорным костыликом, а позднее с палкой,

8) ходьба по следовой дорожке (простой я с препятствиями),

9) ходьба по лестнице. Во время всего обучения ходьбе обращается внимание на осуществление тройного сгибания паретичной ноги во время шага.

Во время всех занятий по лечебной гимнастике больные должны выполнять дыхательные упражнения (вдох через нос, выдох через чуть приоткрытые губы). В течение всего курса гимнастики проводится комплекс упражнений по борьбе с синкинезиями.

Периферические параличи и парезы. Методика лечебной гимнастики определяется давностью и локализацией параличей, а также степенью нарушений двигательных функций и состоит из следующих комплексов:

1) лечения положением,

2) массажа,

3) пассивных движений,

4) облегченных движений,

5) обучения сидению и ходьбе.

В первые дни заболевания следует придать туловищу и конечностям среднефизиологическое положение с тем, чтобы в дальнейшем не развились контрактуры и деформации. Как только позволит общее состояние больного, нужно начинать массаж. Вначале массируется вся конечность (поглаживание), а затем применяется избирательный массаж, паретичные мышцы массируются всеми приемами, а антагонисты лишь поглаживаются. Одновременно с массажем начинаются пассивные движения. Основным видом лечебной гимнастики являются облегченные движения, которые проводятся с помощью инструктора, в ваннах, бассейнах с теплой водой, на прикроватных рамах с помощью гамачков и блоков.

При обучении ходьбе следует применять следующие упражнения:

1) имитация ходьбы в постели активно и пассивно,

2) стояние на четвереньках,

3) ползание на четвереньках, на кровати и на ковре,

4) стояние на коленях,

5) ходьба на коленях,

6) стояние на обеих ногах,

7) ходьба с инструктором,

8) ходьба в коляске,

9) ходьба с костылями и трехопорными костыликами. Во время обучения ходьбе и занятий по гимнастике в зале необходимо использовать фиксирующие приспособления (корсеты, беззамковые аппараты), г.Ткачева.

Параличи вследствие наркоза и анестезии. Параличи, возникающие вследствие наркоза, могут быть центральными и периферическими.

Центральные параличи могут возникать вследствие либо первичного отравляющего действия наркотика на жизненно важные стволовые центры, либо вследствие ишемических размягчений и кровоизлияний в мозг. Сосудистые нарушения в мозге не всегда могут быть поставлены в прямую связь с непосредственным действием наркотического вещества на стволовые центры; часто они являются проявлением общих тяжелых нарушений кровообращения, наступающих при проведении операции и наркоза.

Чаще всего причиной центральных параличей является передозировка наркотического вещества, или же слишком быстрое введение его в организм, что приводит к чрезмерной концентрации наркотика в крови. Смерть при хлороформном ингаляционном наркозе обычно происходит при остановке дыхания и сердца. Смерть от эфира почти исключительно зависит от паралича дыхания; смертельные исходы от первичной остановки сердца наблюдаются исключительно редко. Внезапная остановка дыхания и прекращение сердечно-сосудистой деятельности может наблюдаться при общем ингаляционном наркозе (хлороформном, эфирном и др.) и в стадии оглушения и в стадии возбуждения. Внезапная смерть от небольших доз хлороформа наблюдается иногда при таких конституциональных аномалиях. Употребляющаяся при ингаляционных наркозах закись азота, в противоположность хлороформу и эфиру, не является клеточным ядом, не токсична для сердца и действие ее на бульбарные центры незначительно. При передозировке циклопропана может наступить паралич дыхательного центра, однако интервал между наркотической концентрацией и токсической очень значителен.

Остановке дыхания, имеющей центральное происхождение, обычно предшествует угасание дыхания, которое должно быть своевременно замечено наркотизатором. Лечение — немедленное прекращение наркоза, искусственное дыхание, увеличение подачи кислорода, введение препаратов, стимулирующих сердечно-сосудистую и дыхательную деятельность.

Остановка сердечной деятельности может наступить неожиданно и внезапно в самом начале наркоза, что связывают с идиосинкразией к определенному наркотическому средству. В период глубокого сна остановка сердечной деятельности зависит обычно от передозировки наркотика. Важно своевременно учесть нарушение сердечно-сосудистой деятельности для того, чтобы уменьшить концентрацию наркотического средства или прекратить введение его в организм. Остановка сердечной деятельности во время наркоза может наступить от паралича сердечно-сосудистого центра в стволе мозга или от поражения иннервационного, мышечного и сосудистого аппаратов сердца. Лечение: назначение лекарственных веществ, стимулирующих сердечно-сосудистую деятельность, искусственное дыхание, массаж сердца, дробное артериальное нагнетание крови. При фибрилляции (мерцании) желудочков — введение 1 *мл* 5% раствора хлористого калия в правое сердце и применение электрического дефибриллятора.

При внутривенном барбитуровом наркозе передозировка гексенала, тиопентала и других препаратов или форсированное введение концентрированных растворов их ведет к расстройству дыхания вплоть до полного паралича дыхательного центра. При этом обычно в течение определенного времени сохраняется сердечно-сосудистая деятельность. Лечение: искусственное дыхание и применение средств, возбуждающих дыхательный центр.

При нарколановом (авертиновом) прямокишечном наркозе наблюдаются случаи асфиксии, связанные с угнетением дыхательного центра, являющиеся следствием передозировки наркотика; спустя некоторое время происходит и остановка сердечной деятельности.

При особой чувствительности организма к кокаину, дикаину или аналогичным препаратам, обладающим свойством на месте введения парализовать чувствительные нервы, или при передозировке этих препаратов могут появиться симптомы отравления с судорогами; смерть наступает в состоянии коллапса от паралича дыхания.

Главнейшие опасности спинномозговой анестезии начинаются с того момента, когда раствор из поясничного отдела начинает подниматься выше и достигает уровня ромбовидной ямки и мозгового ствола, следствием чего является нарушение или остановка дыхания или малообратимый бульбарный паралич. Менее серьезным осложнением при спинномозговой анестезии является падение кровяного давления, которое наблюдается при распространении раствора в районе грудных корешков, т. к. при этом наряду с блокадой средних и нижних корешков выключаются также и проходящие в их составе волокна, содержащие в себе вазомоторы, идущие к самой емкой сосудистой системе человеческого организма — к сосудам всей системы воротной вены. При этом происходит паралитическое расширение этих сосудов с острым падением кровяного давления, которое в угрожающих случаях может привести и к малокровию стволовых жизненно важных центров. При соблюдении правил проведения спинномозговой анестезии можно добиться распространения анестезирующего раствора до желаемого уровня и предотвратить попадание раствора в вышележащие отделы. При падении кровяного давления показаны

мероприятия, направленные к поднятию кровяного давления (инъекции кофеина, эфедрина, адреналина, введение жидкостей в организм и переливание крови). При расстройствах дыхания на почве выключения большего или меньшего количества вспомогательной дыхательной мускулатуры — искусственное дыхание, при расстройствах дыхания бульбарного характера— искусственное дыхание в сочетании с введением препаратов, стимулирующих дыхательный центр, а при полном бульбарном параличе с расстройством дыхания и одновременным падением сердечной деятельности — положение Тренделенбурга, введение в спинномозговой канал 2 см3 20% раствора кофеина и применение всего комплекса оживления организма.

Наиболее серьезным осложнением при паравертебральной, парасакральной или эпидуральной анестезии является ошибочное введение анестезирующего вещества в субарахноидальное пространство с последующим параличом дыхательного и сосудисто-двигательного стволовых центров. Этого осложнения легко избежать, если перед введением анестезирующего вещества надеть на иглу небольшой шприц и путем отсасывания убедиться в том, что игла не проникла в субарахноидальное пространство.

Периферические паралич и разделяют на параличи скелетной мускулатуры, плечевого сплетения и отдельных нервов.

Большое распространение в последнее десятилетие получило применение веществ, вызывающих расслабление поперечнополосатой мускулатуры (релаксантов). В одних случаях показано выключение спонтанного дыхания путем выключения всей дыхательной мускулатуры и операция проводится под управляемым дыханием. В других случаях ставится задача избежать выключения дыхательной мускулатуры. Миопаралитическое действие курареподобных препаратов — релаксантов недеполяризирующего типа (тубокурарина и др.) сказывается прежде всего на мышцах, ин-нервирующихся черепными нервами, мышцах лица и шеи, затем мышцах спины, живота, межреберных мышцах и, наконец, диафрагме. При введении больших доз препарата возникает паралич дыхательной мускулатуры и при этом показано управляемое искусственное дыхание. Если операция закончена и нужно купировать миопаралитическое состояние, вызванное релаксантом, больному предварительно вводят атропин в дозе 0,6 мг (до 1,2 мг) медленно в течение 5 мин., а затем также в течение 5 мин. 2,5 мг (до 5 мг)прозерина, являющегося антагонистом релаксантов недеполяризующего типа.