

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ - ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ**

Шымкент қаласындағы институты



СӨЖ

Тақырыбы: Эпилепсия

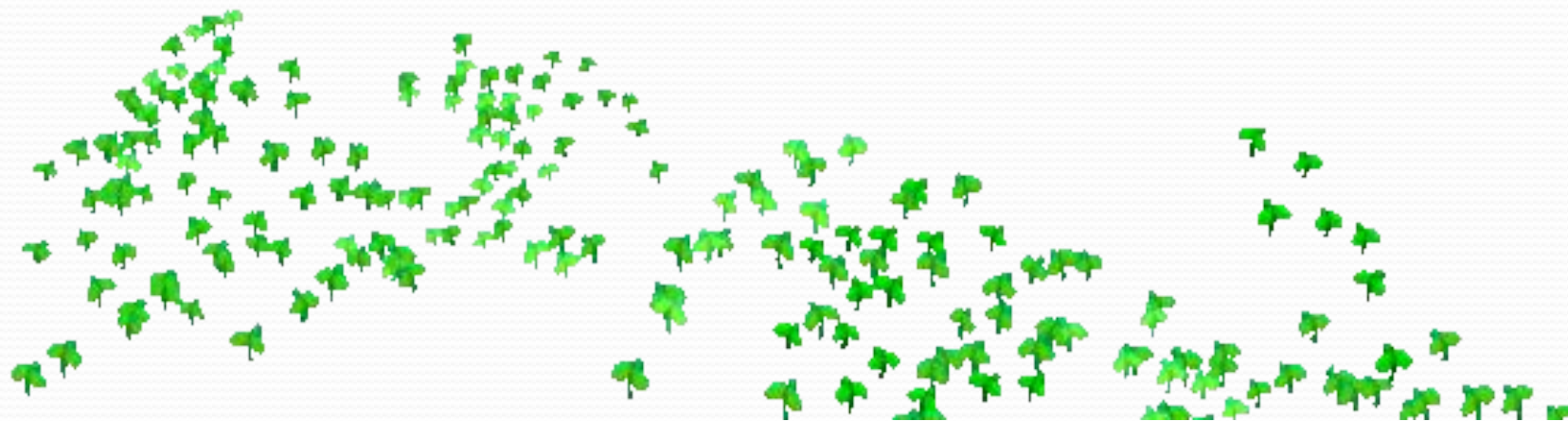
Қабылдаған:

Орындаған: Өміртай Сымбат

Тобы: ЖМҚ503

amedik.org

- Эпилепсия- әр түрлі себептерден пайда болып, аратура бәсеңдейтін, нейрондық қозулардың әсерінен қайталана беретін мидың құрыспалы ұстамалы созылмалы ауруы. Эпилепсия балаларда жиі кездеседі



Этиологиялық факторлары:

- **Эндогенді:** генетикалық негізі – көптеген нейронды разрядтардың пайда болуы үшін тырыспалық дайындық немесе параксизмальді реактивтілік, эпилептикалық ұстамалардың қайталануына әкеледі,
- **Экзогенді:** бас миының органикалық зақымдануымен байланысты эпилептикалық белсенділіктің тұрақты ошағы: перинатальді факторлар, бас-ми жаракаттары, нейроинфекция, интоксикация, тамырлар аурулары, жүйке жүйесінің аурулары.

- Ұрық бас миының дамуының бұзылысы, ол «дефекті ми» миға оттегі жетіспеушілігіне сезімталдығының жоғарлауына және тырыспаның реактивтілігіне әкеледі;
- Жатыр ішілік инфекция (қызамық, токсоплазмоз, листериоз);
- Жүктілік кезінде анасының науқастануы, интоксикация (ішімдік қабылдау, ұрықтың R-лық сәулеленуі);
- Анасы мен баласының қан тобы және қанның резус-факторлының сәйкессіздігі (гемолитикалық аурудың жоқ болуына қарамастан);
- Жатыр ішілік пиридоксинді жетіспеушілік; Босану жарақаттары; Босану кезіндегі асфиксия; инфекция; Ми-бассүйек травмалары; Поствакциналық асқынулар және т.б.

Классификация эпилептикалық синдромдарды

симтоматикалық

идиопатикалық

криптогенді



- Симптоматикалық түрінің себебі белгілі немесе морфологиялық бұзылыстардың айқын көрініс беруімен көрініс береді.
- Идиопатикалық түрінде эпилепсияны шақыратын басқа аурулардың болмауы.
- Криптогенді түрі немесе жасырын түрі ауруды шақырушы басқс аурудың болуы бірақ нақты симптоматикалық ерекшелігі жоқ аурулар тобы.

Эпилепсиялық ұстамалар жіктелімі:

1.Таралымды эпилептикалық ұстама

- А)құрыспалы үлкен эпилептикалық ұстама
- Б)құрысусыз кіші эпилептикалық ұстама

2.Ошақтық (парциалдық)

- А)Жабайылар сенсорлық ұстамалар
 - 1)Қимылдық ұстамалар
 - Джексондық ұстамалар
 - Версивтік ұстамалар
 - 2)Прациалды сенсорлық ұстамалар
- Б)Күрделі симптоматикалық парциалдық ұстамалар
 - 1)Иллюзорлық және галлюцинаторлық ұстамалар
 - 2) Психомоторлық немесе автоматтық ұстамалар

3.Бір жақтылы эпилептикалық ұстамалар

Таралымды эпилепсиялық ұстамалар:

- Естен тану мен көлемді вегетативтік бұзылулардың дененің екі жағын бірден қамтитын немесе оларсыз бола беретін құрыспалармен қосарлануы тән. ЭЭГ-да эпилепсиялық ұстама екі жақты симметриялық разряд көрінеді.

Үлкен генерализденген тонико-клоникалық ұстамалар — grand mal:

- Науқастың құлауы тоникалық фаза — 10-20 сек. Бірінен кейін бірі, келесілер:
- көздің ашуы,
- бұғу, қолдың ротациясы мен әкетуі,
- бастың жазуы,
- тоникалық айқай,
- қолдарын жазу,
- аяқтың жазу ротациясы және әкелуі.
- Апноэ терінің цианозын шақырады клоникалық фаза — шамамен 30 сек. Қысқа уақытты барлық дененің бүккіш тарылуларымен көрінеді. Бұл жағдайда жиі тілін тістеп алады, кейде еріксіз зәрдің шығаруыда болады. Ұстама жалпы вегетативті реакциямен: тахикардия және \uparrow АҚ, қарашықтың ұлғаюы, гипергидроз, гиперсаливациямен қатар жүреді. Ұстаманың жалпы ұзақтығы 20 сек-тан 2 минутқа дейін болады. Ұстамадан кейінгі кезең (кейде ұстамадан кейінгі қоманы қосқан кезінде) бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін болуы мүмкін

Абсанстар (кіші ұстамалар — petit mal):

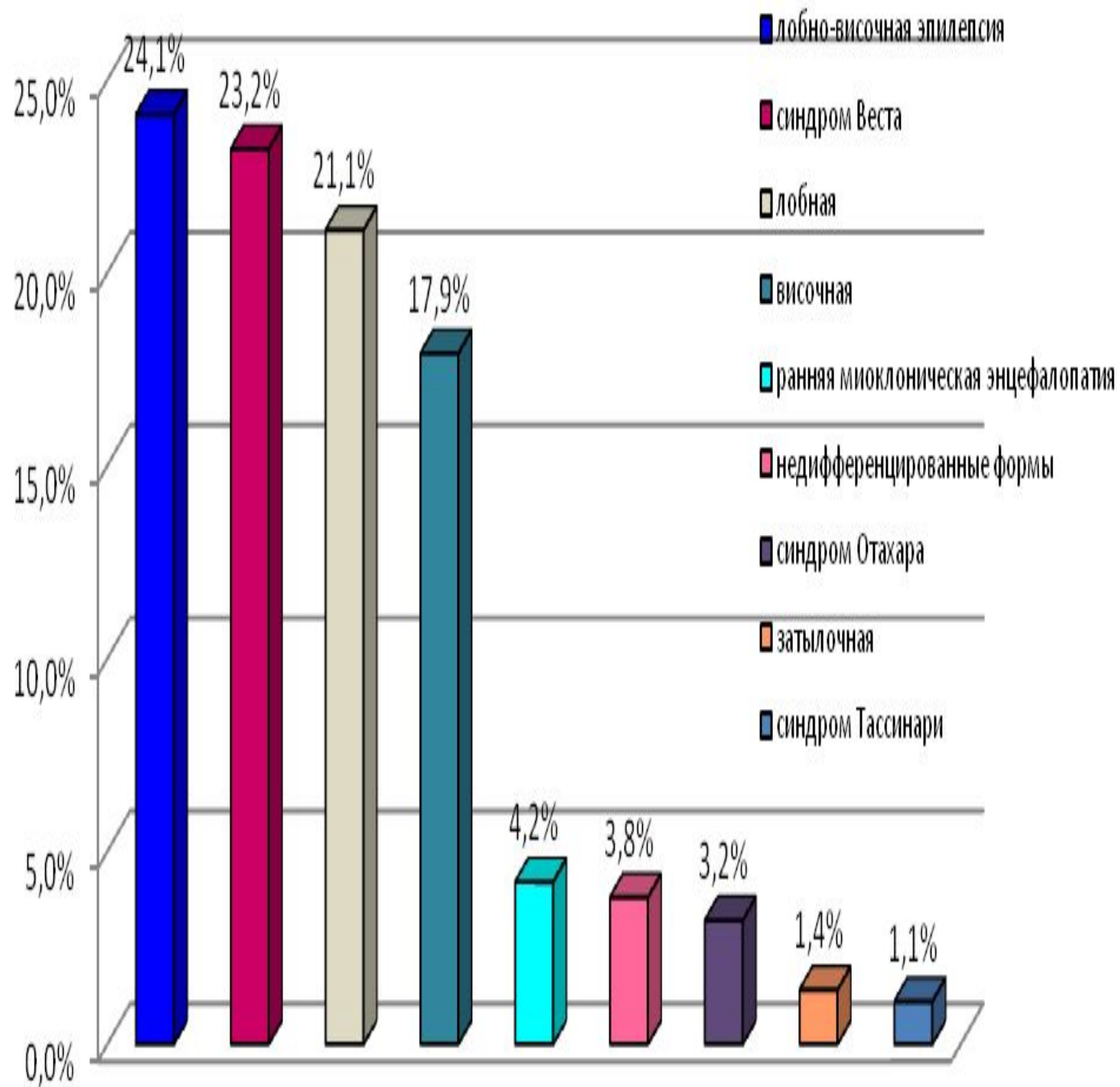
- Қысқа уақытта кенеттен естің өшуімен,
- ұзақтығы бірнеше секунд және жеңіл клоникалық, тоникалық немесе атониялық компонентты қатып қалумен,
- автоматизмдармен вегетативті көріністермен сипатталады.
- Типті абсанс – ұзақтығы 5-20 сек және ол жеңіл клоникалық тартылулармен, әсіресе мимикалық бұлшықеттерде, бұлшықет тонусының өзгеруімен, кейде қысқа автоматизмдармен, 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 орта тұрмақ науқастың өзінеде білінбеуі мүмкін.

Миоклониялық ұстама

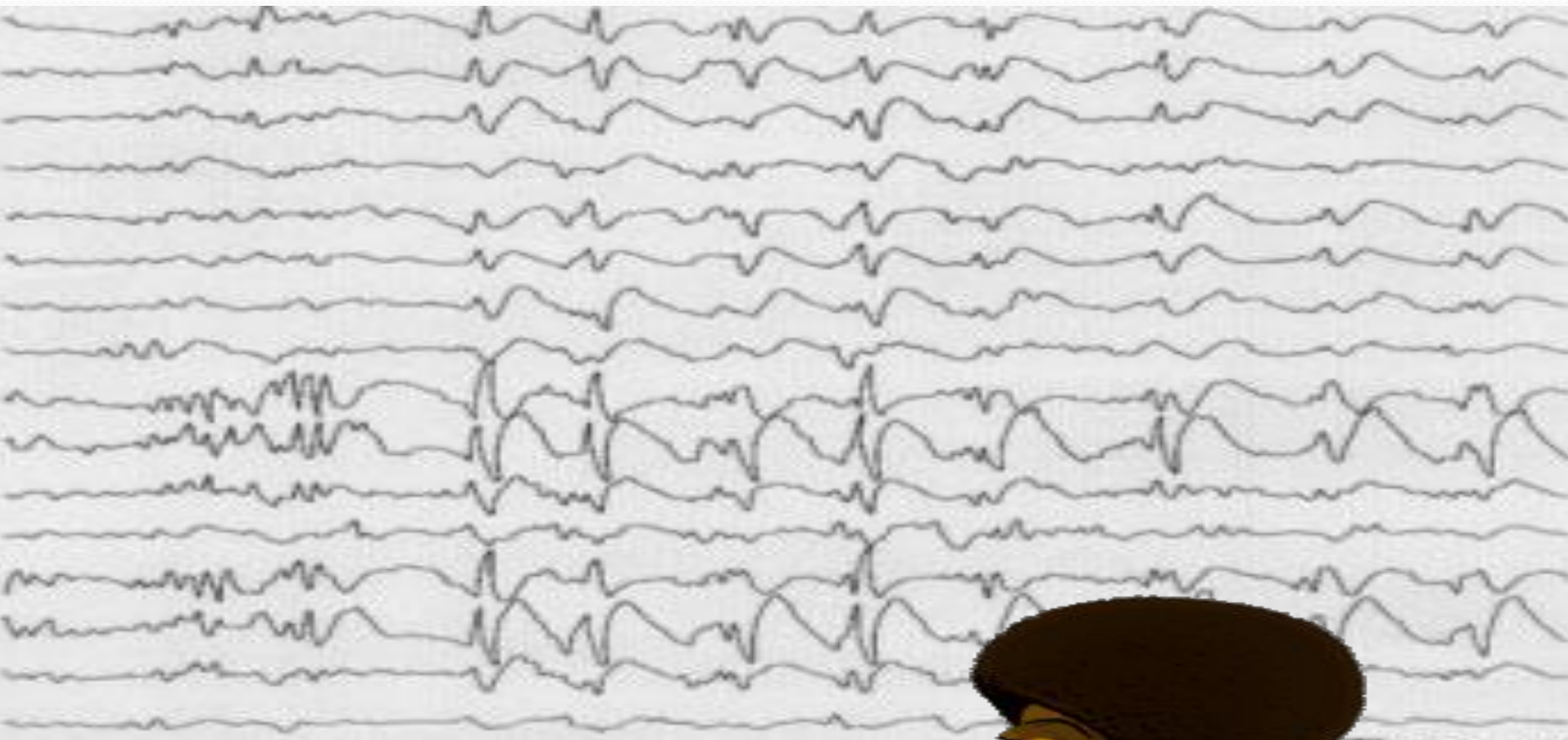
- Миоклониялар — қыртысты, қыртыс асты немесе жұлынды деңгейде үзікті, қысқа уақытты, ырғақты немесе ырғақсыз бұлшықеттердің тартылуларын айтады.
- Миоклониялық ұстамалар жалпы бір реттік немесе олардың қысқа сериялармен шектелуін сипаттайды. Эпилептикалық миоклонии көбінесе екі жақты, мультифокальді және асимметриялы болуы сирек емес, бір реттік ұстама шамамен 1 секундқа созылады, ол тоқ соққандай болып келеді. Миоклониялық тартылулар абсанстар және парциальді ұстамалар құрлымында байқалуы мүмкін.

Ошақтық (фокальдық, парциальдық)

- Ми қыртысындағы эпилетикалық қозумен шектелетін бөлік нәтижелері, Бас миындағы ошақты үрдісті көрсетеді Ұстаманың парциалдылығы туралы оның клиникалық көріністері мен ЭЭГ мәліметтері арқылы анықтайды, Парциальді ұстамалар 3 топқа бөлінеді



FP1 - F7
F7 - T7
T7 - P7
P7 - O1
FP2 - F8
F8 - T8
T8 - P8
P8 - O2
FP1 - F3
F3 - C3
C3 - P3
P3 - O1
FP2 - F4
F4 - C4
C4 - P4
P4 - O2



1500 μ V



- **Қарапайым парциальді ұстамалар**

- тек қана бір жартышардың қатысуымен байланысты,
- есі сақтаулы кезінде пайда болады,
- ұстама ұзақтығы 10 секундтан 3 минутқа дейін,
- ұстамадан кейінгі бұзылыстар болмайды немесе әлсіз байқалады, амнезиямен сипатталмайды,

- **Қарапайым моторлы парциалды ұстамалар:**

- соматомоторлы, постуральды ұстамалар (позасының өзгеруімен),
- Адверсивті ұстамалар (бас пен денесінің айналмалы қозғалысы),
- Фонаторлы ұстамалар (вокализация немесе сөйлеудің тоқтауы),
- Кейде ұстамадан кейін енді ғана пайда болған тырыспалы белсенділіктің, аяқ-қолдарының парезіне ауысуы (Тодд параличі) байқалады.

- **Қарапайым сенсорлы парциалды ұстамалар:**

- сомато-сенсорлы,
- дәм сезу,
- иіс сезу,
- көру, есту,
- вестибулярлы.

Версивтік эпилепсиялық ұстамалар бірнеше топқа бөлінеді:

- 1) Эпилепсиялық нистагм-эпилепсиялық ошақтың ми қыртысының шүйде бөлігінде орналасуына байланысты көз алмасының біріккен клоникалық ауытқуы;
- 2) Көз қозғалтқыш эпилепсиялық ұстамалар-мидың маңдай бөлігіндегі адверсивтік аумақта эпилепсиялық ошақтар болуына байланысты көздің біріккен тоникалық ауытқуы;
- 3) Адверсивтік эпилепсиялық ұстамалар-мидың маңдай немесе самай бөлігінде эпилепсиялық ошақтар болуына байланысты көздің, бастың, дененің топикалық ауытқуы.

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 ұстама симптоматикасынан кейін естің бұзылуы ұстама амнезиясы
- ұстама ұзақтығы бірнеше секундтан бірнеше минут арасында (орташа 2 мин),
- ұстамадан кейінгі кезең бірнеше секундтан оншақты минутқа дейін созылады
- амбулаторлы автоматизмдармен (психомоторлы ұстама) және вегетативті реакциялармен (мысалы, қарашықтың ұлғаюы немесе сілекейдің ағуы) көрінеді

Иллюзиярлық және галлюцинациялық ұстамалар

- Иллюзиярлық ұстамалар- шындықты бұрмалана қабылдау
- Галлюцинациялық ұстамалар- галлюцинациялар, әсіресе есту, көру түрінде білінетін эпилепсиялық ұстамалар.

Бір жақты тоникалық, клоникалық немесе Тонико-клоникалық ұстамалар

- Эпилепсиялық ұстаманың барлық клиникалық белгілері тән.
- беттің, тілдің, еріннің, жұтқыншақ бұлшықеттердің тартылып қалулары;
- Фаринго-оральды ұстама гиперсаливациямен бірге. Ұйқы кезінде балалар ерекше дыбыстар тамағын шайып жатқан сияқты дыбыстар шығаруы мүмкін.



Тырыспалы ұстама кезіндегі тактика



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



Зерттеу әдістері:

1. *ЭЭГ (Электроэнцефалография);*
2. *КТ мен МРТ;*
3. *Бас сауытының рентгенографиясы;*
4. *Пневмоэнцефалография.*



Емдеу мақсаты:



Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Вальпроев қышқылы 150 мг, 300 мг, 500 мг табл.
2. Клобазам 500 мг, 1000 мг табл.
3. Гексамидин 200 табл.
4. Этосуксимид 150-300 мг табл.
5. *Клоназепам 25 мг, 100 мг табл.
6. Карбамазепины 50-150-300 мг табл.
7. *Ацетозоламид 50-100-200 мг табл.
8. *Ламотриджин 25 мг, 50 мг табл. из доп.



Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. *Дифенин 80 мг табл.
2. *Фенобарбитал 50 мг, 100 мг табл.

Қолданылған әдебиеттер.

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
- Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Hopkins A., Appleton R. Epilepsy: Oxford University Press.1996. 2. Международная Классификация болезней 10 пересмотра; 3. Международная лига борьбы с эпилепсией (ILAE).Epilepsia 1989 vol. 30 P.389-399. 4. К.Ю.Мухин, А.С.Петрухин «Идиопатические эпилепсии: диагностика и лечение» - 2009ж. Авторлары: Төлеусаринов А. М., Нұрғожаев
Неврология II кітап – 2003ж. Авторы: С. Қайшыбаев

Синквейн

- Эпилепсия