

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ – түрік университеті

СӨЖ

Тақырыбы: Эпилепсиялық статус

Орындаған: Әшір Қуаныш

Қабылдаған: Алмұханбетова М.С

Тобы: ЖМ-519

Жоспар

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Эпилепсиялық статус жайлы түсінік
- Классификациясы.
- Клиникалық формалары
- Емдеу тактикасы
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер

Tonic phase



Clonic phase



ADAM

- Эпилептикалық (эпилепсиялық) статус — ол эпилептикалық ұстамалар бірінен кейін бірі өте жиі қайталанатын, арасында науқас есін жиып үлгермейтін (сериялы ұстамаларға қарағанда) немесе бір ғана ұстама 30 минутқа созылатын жағдайды айтады.
- Эпилепсиялық статусың 4 түрі бар:
- Үлкен ұстамалы эпилепсиялық статус.
- Джексондық ұстамалы эпилептикалық статус.
- Бір жақсы ұстамалы эпилептикалық статус.
- Кіші ұстамалы эпилепсиялық статус.
- Эпилепсиялық статус жиі эпилепсиялық ауруларда (51%), мидың органикалық ауруларында (41%), уыттануларда (8%) кездеседі.

○ Ең жиі себебі — ЭҚЗ (эпилепсияға қарсы заттарды) қабылдауды кенет тоқтату. Басқа себептері – ми ісігінің бастапқа көрінісі, метаболикалық бұзылыстар, алкогольді абстиненция, инсульт, менингит немесе энцефалит, мидың гипоксиялық зақымдалуы. Ал 25% жағдайда себебін табу қиынға соғады. Кеде эпилептикалық статус эпилепсияның дебюті болып табылады. Генерализденген тонико-клоникалық ұстамалар статусы (тырыспалы эпилептикалық статус) — жедел жағдай, соңы летальді болатыны сирек емес. Тырыспалы статус қоздырғыш аминқышқылдарының лаұтырысымен және екіншілік метаболикалық бұзылулармен байланысты нейрондардың өлу қауіпі бар, сондықтан да оны қайткенмен жылдам басу керек.

Эпилепсияның патогенезі

Триггерлі механизм

Эпилептикалық нейрондар – ерекше патофизиологиялық қасиеті бар (таламустың бейспецификалық ядролары)

Эпилептикалық ошақ

Екіншілік ошақтар

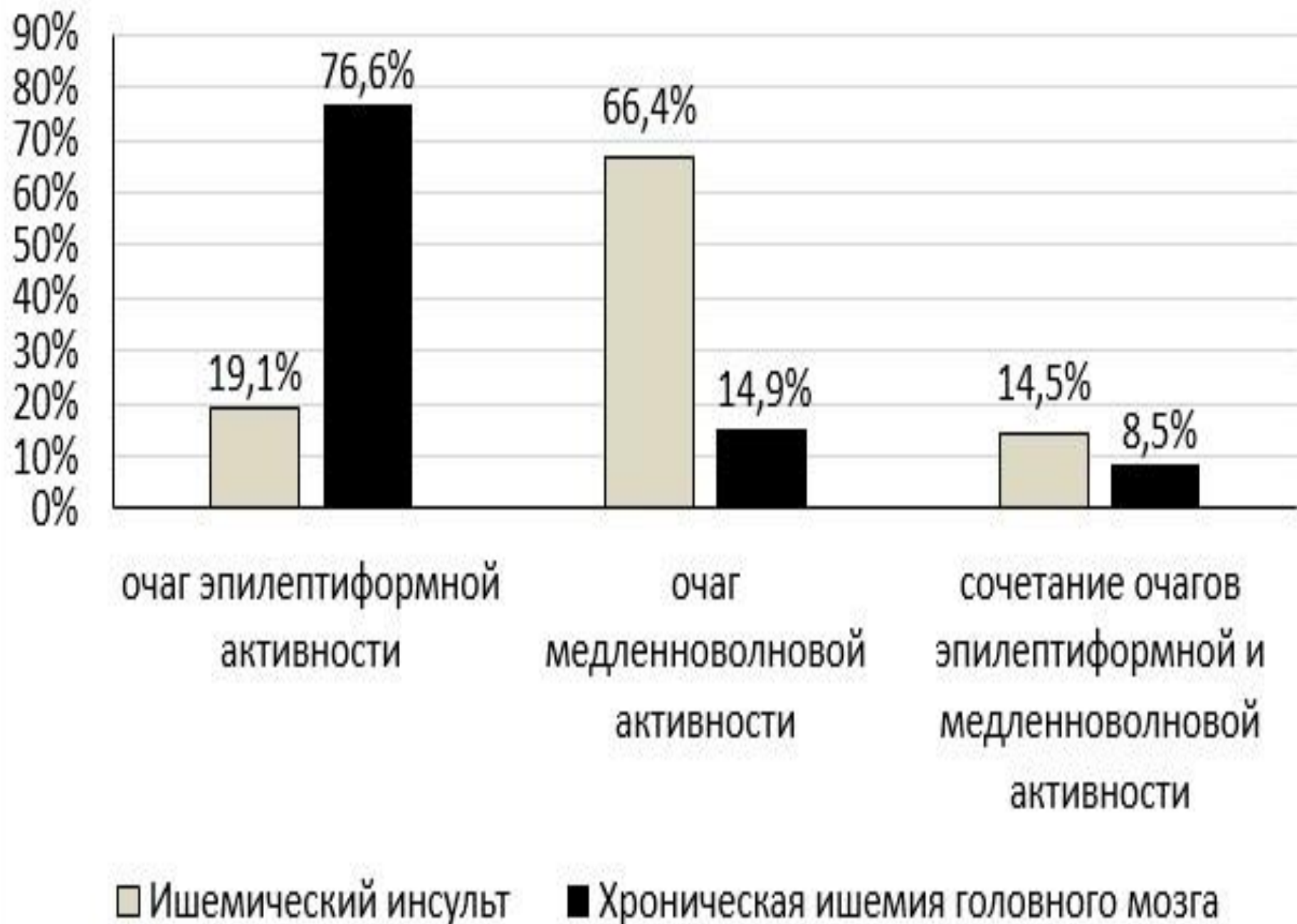
Үшіншілік ошақтар

Эпилептикалық жүйе

қоздырушы әсер
ұстаушы әсерт

Антиэпилептикалық жүйе,
көпірдің ретикулярлы
ядролары, мишық,
құйрықты ядро,
орбитофронтальды қыртыс

- Эпилепсиялық статустың басты клиникалық көрінісі-дем алу, циркуляторлық және зат алмасудың бұзылыстарына себепші болатын құрысу синдромы
- Аурудың клиникасында мынадай өзгерістер болады
- Селқостық, сырылдап дем алу, барлық бұлшық еттердің шамадан тыс ширығуы мен толассыз қайталанатын тоникалық құрысулар, үдемелі цианоз, науқасты дірілдететін клоникалық құрысулар, еріксіз агония туралы ойлану, көз қарашықтарының кеңеюі, бет пішінінің сүйірленуі, тамыр соғысының баяулауы, жағымсыз иіс байқалуы.....



○ Статустың асқынуы: тыныс бұзылыстары (апноэ, нейрогенді өкпе ісінуі, аспирациялық пневмония), гемодинамикалық бұзылыстар (АГ, жүрек ырғағының бұзылысы, қан айналымның тоқтауы), Вегетативті бұзылыстар (гипертермия, бронхиальді гиперсекреция, құсу), Метаболикалық бұзылыстар (ацидоз, гиперкалиемия, гипергликемия немесе гипогликемия). Сүйектердің сынуы, сонымен қатар омыртқаның да сынуы, рабдомиолиз, Бүйрек жетіспеушілігі, ДВС және балтырдың терң веналарының тромбозы, Ми ісінуі және бас ми ішілік гипертензия, Ми гипоксиясы, гипертермия, Қыртыс веналардың тромбозы және т.б. Статустың ең сирек жағдайы ұстамалардың жиілеуі, статус рецидиві, жадының нашарлауы және т.б. когнитивті функциялардың нашарлауы, ЭКЗ сезімталдығының төмендеуі.

- Эпилепсиялық статус кезіндегі тыныс алу фазасындағы өзгерістер:
- Циклдардың қайталануы мен апноэ (ұстама кезіндегі асфиксия), жоғарғы тыныс алу жолдарының стенозы, секрециялық өнімдермен бітеліп қалуы және аспирациялар, дем алуға қатысатын бұлшық еттердің бір жақты әлсіреуіне байланысты тыныстық бұзылымдар.
- Ара-тұра дем алу бұзылулары (толқынды енгізу Чейн-Стокстік тыныстану).
- Тканьдық тыныстың бұзылысы.
- Бұлар айқын гипоксия пайда болуына себеп болады, гипокапния байқалады.

Сериялық ұстамаларға қарағанда, эпилепсиялық статус ұстамалары жиі қайталану ерекшелігімен сипатталады. Мұндайда келесі ұстамалар бұрынғы ұстамалар әсерінен сақталып қалған кейбір бұзылуларға қосарланып, прогредиенттік түрде өтеді, бірақ өздігінен басылмайды.

Таралымды эпилепсиялық статус әдетте лейкоцитозбен, анэозинофилиямен, нейтрофиллезбен қабаттасады, зәрде белок, ми-жұлын сұйықтығында кейде белок пен цитоздың аздап көбеюі, бірақ көбінесе біршама сұйылу байқалады.

- Эпилепсиялық статустың өтуі 3 түрде болады:
- Перманенттік
- Интермиттік
- Рецидивтік
- Интермиттік жағдайда құрыспалар бірнеше сағатқа тоқтағанымен, науқастың есі кірмейді, ал рецидивтікте ұстамалар басылып, сырқат ес-түсін жиып алады.
- Эпилепсиялық жағдайдан шығудың 3 сатысы бар
- Компенсацияланған
- Субкомпенсацияланған
- Декомпенсацияланған
- Субкомпенсацияланған сатысында құрысулар басылып, есі кіргеннен кейін ұстамалар қайтадан басталады. Бұл ұстамалар эпилепсиялық статус сипатында болғанымен, консервативтік емге көнбейді де, топтасып, эпилепсиялық статустың қайталану қаупін туғызады. Мұндай жағдайда хирургиялық ем-шаралар (пневмоэнцефалон, ми қабы мен мидағы тыртықты алып тастау) қажет болуы мүмкін.

- Декомпенсацияланған түрінде құрысу басылып есі кірсе де, гипертермия және басқа гомеостаз бұзылуларының үдей түсуіне мүмкіндік туғызады, науқастар өліп қалады.



○ Диагностикасы

- Эпилепсияны анықтау үшін ең алдымен науқаспен мұқият сұхбаттасып, қажетті деректерге толық талдау жасау керек. Эпилепсиямен зардап шеккен жандары бар отбасында тікелей тұқым қуалаушылық қаупі, ата-анасы алкогольизммен ауырғандарды анықтау маңызды роль атқарады. Анасының екіқабат кезіндегі денсаулығы, перинатальдық анамнез, баланың өсіп-дамуы мен ауырған аурулары жөніндегі мәліметтер, мінез-құлқы мен интеллектісінде тиісті өзгерістер бар-жоғы диагностикаға қажетті факторлар болып табылады.

- Электрэнцефалограммада эпилепсияға тән өзгерістер көрініс береді:
 1. Шыңдар – төбесі үшкірленген, ұзақтығы 10-75 м/сек, амплитудасы 50-100 мкв, бір фазалы оқшауланған толқындар.
 2. Тығыздалған толқындар -10 сек аз толқындар.
 3. Үшкір толқындар – табаны кеңейген, төбесі сүйір, ұзақтығы 75 м/сек көп, әр түрлі амплитудадағы 20-200 одан да көп толқындар. Олар 1,2 фазалы, жеке, топтасқан, көптеген болуы мүмкін.
 - 4. Тығыздалған толқындар жиынтығы – екі тербеліс жиынтығы шығ мен тета- не дельта-толқындар, көбіне ырғақты, 2-3 жиілік/сек қайталаынады.
 - 5. Пароксизмдік ритмдер – 8-12 – 20-39/ сек жиіліктегі жоғары вольтажды ырғақты топтар.

- Пневмоэнцефалография, КТ, ЯМРТ
эпилепсиялық ошақты анықтауға мүмкіндік
береді.

Эпилептикалық статус терапиясы 1) Тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қалыптастыру: ауыз және тамақтан шырышты, алынып-салынбалы тіс протезін алып тастау, ауа өткізгішті енгізу арқылы ауа жіберу (маска немесе мұрын канюлясы көмегімен). Аспирациядан сақтау үшін басын жанына қисайтқан жөн. Тұншығу кезінде науқасқа интубация және ЖӨЖ (ИВЛ) жасау қажет. Ұстама кезінде тұлғаның және бастың жарақаттануының алдын ала ескерілуі қажет. 2) Көктамырдан алынған қанды клиникалық және биохимиялық зерттеуге (клиникалық қан қорытындысында, құрамындағы электролиттер, зәр қышқылын, трансаминазаны, кальциді, магниді, глюкозаны, алкогольді анықтау) жіберу. 3) Көктамырға 10-20 мг мөлшерде диазепам (реланиум) (натрия хлоридінің 1-2 ампула изотониялық ерітіндісінде немесе 20-40% глюкозада ерітілген) 2-5 мг/мин жылдамдықта енгізу.

- Егерде диазепамды көктамырға енгізуге мүмкіндік болмаған жағдайда оны ректальді енгіземіз. Диазепамді енгізу кезіндегі негізгі асқынуы — тұншығу, сондықтан да науқастың тынысын жақсартуға дайын болу керек. Диазепаммен статусты басқаннан кейін жылдам ұзақ әсері бар негізгі антиэпилептикалық препаратты (фенобарбитал, карбамазепин, дифенин, валлпроенді қышқыл) енгізу қажет. 4) Дене қызуын түсіру, АҚ қалыптастыру шараларын ұйымдастыру. Статус кезінде метаболикалық ацидоздамуы мүмкін, бірақ оның коррекциясы тек ауыр жағдайда қажет етеді. 5) Аталған шаралардың көмегі болмаған жағдайда, науқасты госпитализация алды этапта мүмкін: Барбитураттарды бұлшықетке енгізу (1 г гексеналды немесе натрий тиопенталды 10 мл натрий хлоридтың изотониялық ерітіндісінде езіп, 10 кг дене салмағына 1 мл есеппен ерітіндіні енгізеді), Көктамырға 20% натрий оксибутираттың 10 мл ерітіндісін (1—2 мл/мин жалпы мөлшері 250 мг/кг) енгізеді Наркоз, азот тотығы мен ауа қоспасы (2:1) қатынасында Паральдегидтің ректальді (0,1-0,2 мл/кг) енгізілуі.

6) интенсивті терапия жағдайында барбитуратты көктамырға енгізуге болады. Алдын ала ЭКГ және ЭЭГ мониторингті қарап, науқасты интубациялау керек. Ең алдымен 10 мл 1% гексенал немесе тиопентал ерітіндісін 1—2 мин ішінде енгізеді, бұл уақытта науқастың АҚ, ЖСЖ (ЧСС), тынысын бақылап отырамыз. Егер енгізу барысында шұғыл өзгерістер байқалмаса, енгізуді жалғастыра береміз. Жалпы мөлшері 1% ерітіндінің 60—80 мл-дан аспау керек. ЭЭГ-дағы эпилептикалық белсенділік белгілері және клиникасы жойылу үшін наркоздың 1—2 стадиясына дейін жету керек. Шұғыл өзгерістер: шұғал тыныс нашарлауы, ауыр артериальді гипертензия, бүйрек жетіспеушілігі кезінде барбитурат қарсы көрсетілген. Шұғыл тұншығу кезінде ЖӨЖ (ИВЛ) беруге, АҚ төмендегенде вазатоникалық сұйықтық беруге дайын болу керек. 7) Патогенетикалық еміне су-электролитті және қышқылды-сілтілі баланстың коррекциясы кіреді, сонымен қатар ми ісінуі емдеу кіреді (маннитол, 0,25—1 г/кг, лазикс 20—40 мг, дексаметазон, 12—16 мг 15—20 мин ішінде көктамырға енгізеді). Рабдомиолиз кезінде регидратация және зәрді натрии бикарбонаты көмегімен сілтілі қылу қажет.

- 8) Статустың себебін, яғни жарақат белгілері, бас миішілік ошақтың немесе жүйелі ауру үрдісін анықтау үшін науқасты объективті қарау қажет. ОЖЖ-де инфекцияға немесе САК қауіп болғанда, науқасқа ЛП (маннитола, 0,25-1 г/кг) тағайындаймыз. Плеоцитоз және қызбаны анықтау үшін ликвордың бактериологиялық зерттеуінің нәтижесіне сүйенеміз, бәрақ ол анықталмайынша науқасқа антибактериальді терапия жасаймыз.

- Пайдаланылған әдебиеттер тізімі :
- Қайшыбаев С. Неврология. 2-кітап. Арнайы невропатология. Оқулық, - Алматы: “ Ғылым “ ғылыми баспа орталығы, 2009. -432 б.
- www.KazMedic.kz