

Жүктілік кезіндегі жүйке жүйесінің аурулары

Орындаған:Алидарова А

Қабылдаған:Мұздыбаева Г.А.

Жүйке жүйесі ауруларының жіктелуі:

- Жүйке жүйесінің қантамыр аурулары ;
- Жүйке жүйесінің инфекциялық аурулары;
- Демиелинизирлеуші аурулар және эпилепсия;
- Перифериялық жүйке жүйесінің аурулары;
- Жүйке жүйесінің дегенеративті аурулары;
- Жүйке бұлшық ет аурулары және миастения;
- Әртүрлі генезді жүйке аурулары және вегетативті бұзылыстар ;

Жүйке жүйесінің қантамыр аурулары

- Жүктілік туралы сұрақ аурудың сатысы және дамуына байланысты шешіледі: тез дамидын прогрессивті түрінде жүктілікті ұзу керек, себебі ол өлі туылуға, түсікке және ананың өліміне дейін алып келуі мүмкін.
- Аурудың жеңіл формасы және аурудың бастапқы стадияларында жүктілікті сақтауға болады, алайда невропатологтың қарауында болу керек.



- **Жүйке жүйесінің инфекциялық аурулары жүктілік кезінде болжамы ауыр болып келеді.**
- **Менингит-** көбінесе ауыр жағдайларда жүктілікті үзуге тура келеді немесе түсік тастаумен аяқталады, ал жеңіл жағдайларда жүктілікті сақтауға болады.
- **Энцефалит – жүктілік мүмкін емес :** себебі жүктілік түсік тастаумен немесе баланың құрсақта шетінеуімен аяқталады.

Менингит

- ✓ Кенет басталады, дене қызуы жоғарылап, бас ауырады, құсу болады. Науқас басын алға иіп, бүйір жақпен жатады. Денесі тартылған, жалпы гиперэстезия. 1-2 тәул соң менингеальды белгілер байқалады: шүйде б.е. тырысуы, Кернинг және Брудзиньский симптомдары оң, 1 жасқа дейінгі балаларда еңбегі үлкен, Лесаж симптомы оң.

- ✓ Егер қабыну бас миының затына өтсе, науқастың жағдайы нашарлайды: есі бұзылады, клонико-тоникалық ұстамалар, көзді қозғалту бұзылысы, парез, пирамидтік белгілерр болады. Жұлын зақымдалса, сөйлеу, жұту бұзылысы, тахипноэ, брадиаритмия болады; егер жұлын ісінуі болса, өлімге әкелуі мүмкін. Егер ем адекватты болса, онда сол тәулік ішінде жағдайы жақсарып, менингеальды синдром аптадан кейін жойылады. Жұлын сұйықтығының толық санациясы 18-20 күнге қарай болады.

Менингит симптомдары

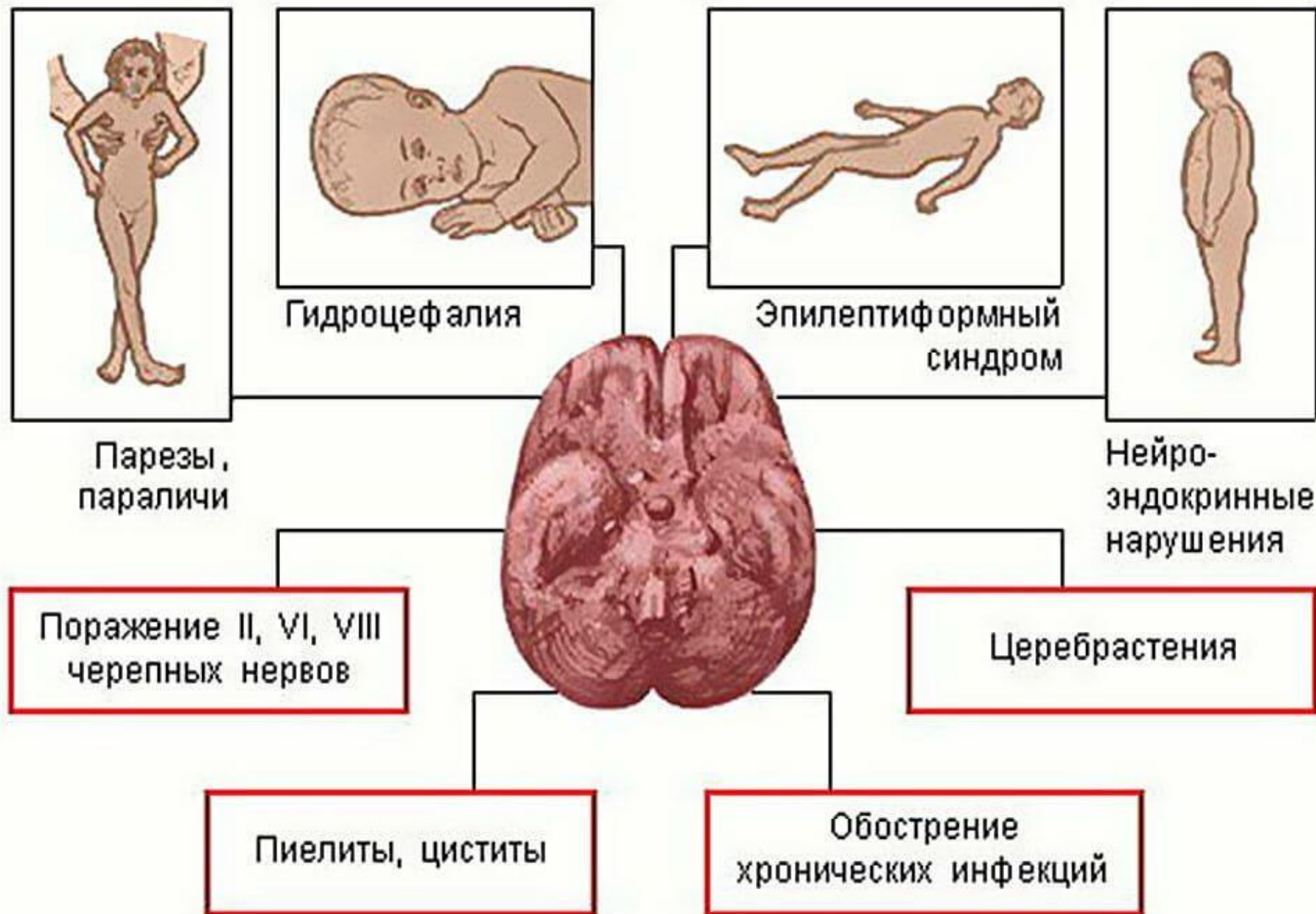
Симптом Брудзинского



Симптом Кернинга



Осложнения менингококкового менингита



Диагностика



- ❑ Анамнез
- ❑ Эпид. анамнез
- ❑ Клиникалық көрсеткіштер
- ❑ Физикалық тексеріс
- ❑ Лабораториялық зерттеулер
 - Мұрын-жұтқыншақ шырышы
 - Серологиялық анамнез
 - Бактериологиялық және бактериоскопиялық ликворды зерттеу

Емі



Антибактериальная терапия:
бензилпенициллин 200-400
ЕД/кг/тәул түнгі тоқтаусыз 3-4 сағ
сайын 6-8 инъекциядан.

Менингококксемияда
хлорамфеникол қолданады (100
мг/кг/тәул 4 рет). Сонымен қатар
дезинтоксикациялық,

дегидротационды, симптомды ем жүргізеді. Ми ісігінің жедел кезеңінде басында бірнеше сағ мұз қойып, ауалы-оттегі қоспамен тыныс алдырады. Көк тамырға Рингер ер., глюкоза, плазма, гемодез, фурасемид енгізеді. ИТШ кезінде глюкокортикоидтар, кристаллоидтар, колоидты ерітінділер 3:1 қатынаста симптоматикалық ем жүргізіледі.

Демиелинизирлеуші аурулар

- Жүктілік кезінде жүйке жүйесінің демиелинизирлеуші ауруларынан негізінен шашыраңқы склероз кіреді.
- Шашыраңқы склероз жүктілікке және босанудың болжамына әсер етпейді.

- **Полинейропатиялар** — көптеген жүйке жолдарының зақымдануымен жүретін, салданумен, сезімталдылықтың бұзылуымен қантамыр бұзылыстарымен көрінеді.
- Перифериялық жүйке жүйесінің аурулары жүктілікке қарсы көрсеткіш болып саналмайды.



Дегенеративті аурулар:

- Дегенеративті аурулардың ішінде жастарда кездесетіні нотбасылық Фридрейх атаксиясы — координация бұзылыстарымен, жүрістің өзгеріуімен, салданулармен және интеллекттің төмендеумен көрінетін тұқымқуалайтын ауру.
- Тұқым қуалайтын атаксиялырдың барлық түрінде жүктілік қарсы көрсетілген.

- **Миастения** — бұлшық еттердің тез шаршауымен жүретін ауру.
- Миастения кезінде жүктілік қауіпті, себебі аурудың ағымын одан ары ауырлатады.
- Жүктілік бойынша болжамдап нақты айтуға болмайды: бұл мәселе индивидуалды түрде және аурудың ағымына байланысты шешіледі..

- **Эпилепсия** — қайталамалы тырысулармен немесе талмалармен көрінетін созылмалыт ауру.
- Эпилепсияның жеңіл формасында жүкті болуға болады. Алайда ауыр формаларында жүкті болмаған дұрыс, себебі, эпилептикалық ұстамалар ұрықтың дамуының артта қалуына және плацентаның сылынуына алып келеді.

Эпилепсия- қояншық, талма, ұстама ауруы

- эпилепсия — (грек. epilambano – шап беріп ұстаймын, шабуыл жасаймын), қояншық – әр түрлі себептерден пайда болып , ара-тұра бәсеңдейтін , нейрондық қозулардың әсерінен қайталана беретін мидың құрыспалы ұстамалы созылмалы ауруы. Эпилепсия туралы алғашқы деректер Гиппократ еңбектерінде “қасиетті ауру” деген атпен, әр түрлі себептермен туындайтын бас миының ауруы ретінде айтылған. [Әбу Әли ибн Сина](#) ұстамалы аурудың клиник. көріністері мен емін толық сипаттап жазған. Эпилепсия белгілі бір мерзімде қайталанып, науқас есінен танады, кейде тұнжырап, мінезі өзгеріп, ой-қабілеті төмендейді. Эпилепсия ауруының себебі әлі толық анықталмаған.



Этиологиясы

- Экзогендік факторлар эпилепсияға бейімдейтін агент болуымен қатар , аурудың дамуына тікелей ықпал жасайды
- Генетикалық

Патогенезі

Мидың органикалық
зақымданулары

Белгілі параметрдегі
Афференттік
ықпалдардан
Нейрондардың ұзақ
соққыға ұшырау

Эпилепсиялық ошақ
п.б.



Неврон
гиперсинхронизациясы



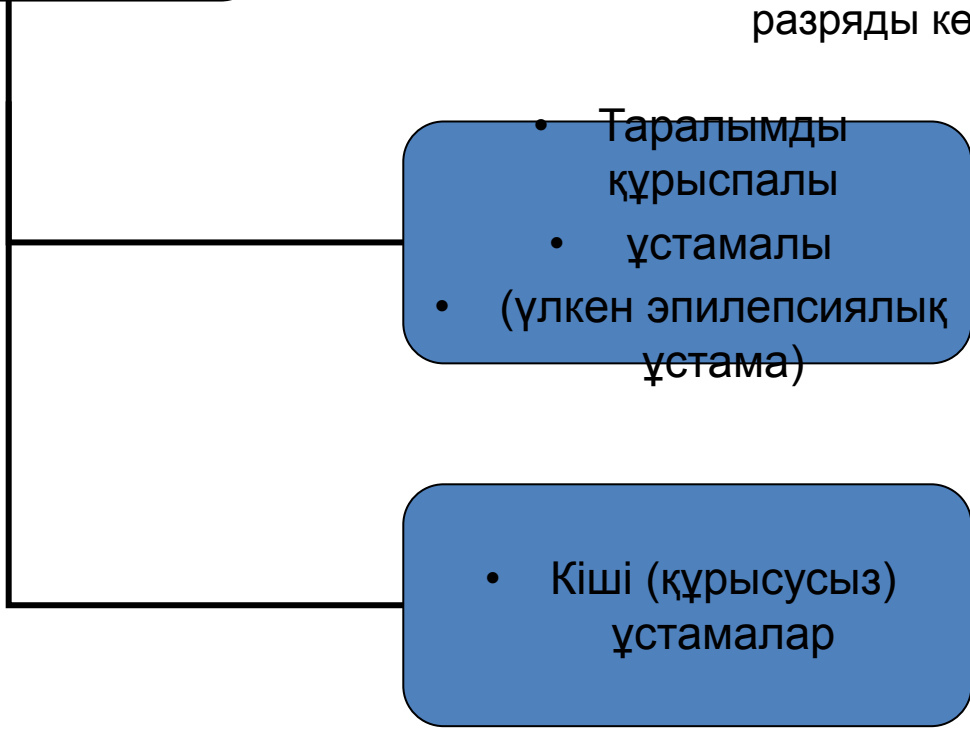
Жіктелуі

- Клиникалық көрінісінің әртүрлігіне байланысты біріңғай жіктеу мүмкін емес. [Халықаралық талма ауруына қарсы ұжымның](#) (ILAE) 1989 ж. конгресінде қабылданып, ең кең түрде таралған Халықаралық жіктеу негізінде екі принцип ұсталған. Ол орналасуы және этиологиясы. Этиологиялық белгі бойынша барлық талма ауруы **идиопатикалық**, **симптоматикалық** және **криптогенді** болып бөлінеді.
- Талманың идиопатикалық түрі жеке ауру болып табылып, талманың дамуы басқа аурулар әсер етпейді және бас миында зақымдану анықталмайды. Бұл талма түріне генетикалық және қоршаған ортаның факторлары әсер етуімен байланысты болып келеді.
- Симптоматикалық талмада этиологиясы белгілі және бас миының морфологиялық бұзылуымен (бас ми ісігі, бас миындағы тыртықтар, глиоз және т.б) байланысты болып келеді.
- Криптогенді тірінде талманың даму себебі белгісіз болады. Анатомиялық белгілері мен сипаты бойынша талма ауруы жайылған және жергілікті (фокальды) деп бөлінеді.

Эпилепсиялық ұстамалардың жіктемесі мен клиникасы

- Таралымды эпилепсиялық
- ұстамасы

бұзылулардың дененің екі жағын бірден қамтитын немесе оларсыз бола беретін құрысумен қосарлану тән.ЭЭГ-да екі жақтысинхронды және симметриялық разряды көрінеді



- Таралымды құрыспалы
- ұстамалы
- (үлкен эпилепсиялық ұстама)

- Кіші (құрысусыз) ұстамалар

- Жабайы (қарапайым)
- абсанс

- Күрделі

Таралымды эпилепсиялық ұстама

• Үлкен эпилепсиялық ұстамалар

- Сырқат ағайлап жіберісімен іле топикалық- клоникалық құрыспалар пайда болады(ым, аяқ-қол, дене б/е-нің құрысып шырығуы)
- Дем алуға қатысты б/е-тер шырығуынан апноэ, цианоз п.б
- Науқас тілін тістеп алуы және аузынан қан көпіруі мүкін
- Мидриаз
- Сфинкторлардың бұлшық еттерінің шырығуынан еріксіз зәр, кейде нәжіс шығарылуы байқалады
- Тамыр соғуы жиілеуі, АҚҚ жоғарылауы
- Ұстама 1-2 мин соң ұйқыға ауысатын комамен аяқталады. Ұйқыдан ояңғаннан кейін амнезия, бұлшықеттердегі ауырсыну, қалжырау, әлсіздік п.б.

• Кіші құрысусыз ұстама

- Petit mal деп аталатын абсанс ұстамадан кейін ешқандай белгі бермитін қысқа мерзімді ұстамалы естн тану арқылы білінеді
- 1. жабайы абсанс – қимыл, т.б әрекеттердің 5-20 сек бойы тоқтап қалуы. ауыр жағдайларда мұндай ұстамалар бірінен соң бірі бірнеше минут, тіпті сағаттар бойы өтеді (абсанстар күйі)
- 2. Күрделі абсанс – қысқа мерзімді естен тану ерін мен тілдің еріксіз қимылы және көз алмаларының аларуы. Вегетативтік бұзылыстармен қабаттасады(сұрлану, қызару, сілекей ағу, мидриаз)
- атониялық абсанс – постуралдық тонустың жойылуынан науқастың құлап қалуы
- акинетиалық абсанс – б.е тонусы өзгермейақ науқастың есінен танып қалуы

IV. Эпилепсиялық жағдай

- – Қысқа уақыт аралығында бірінен соң, бірі кезектесіп келетін эпилепсиялық ұстамалар . Олар төртке бөлінеді:

- 1) Үлкен ұстамалы эпилепсиялық жағдай
- 2) Джексондық
- 3) Бір жақты эпилепсиялық жағдай
- 4) Кіші ұстамалы эпилепсиялық жағдай

Эпилепсиялық жағдай эпилепсия ауруында жиі (51%), ми органикалық ауруларында 41%, уыттануларда сирек 8% кездеседі

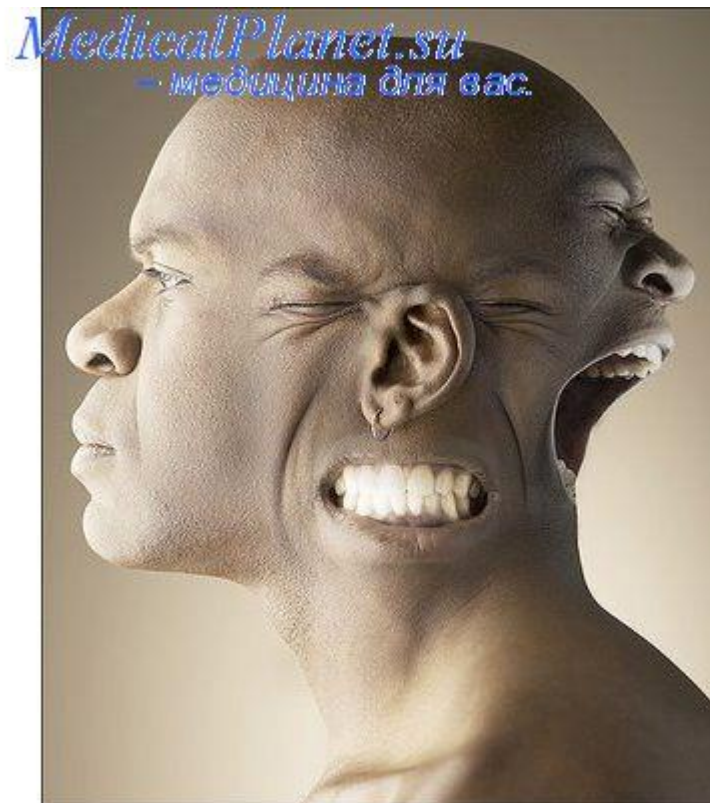
Басты клиникалық көрінісі – дем алу, циркуляторлық, зат алмасу бұзылуларына себепші болатын құрысу синдромы. Сонымен қатар – сырылдап дем алу, барлық б/е-дің шамадан тыс ширығуы, тоникалық құрысулар, үдемелі цианоз, еріксіз агония туралы ойлау, мидриаз, бет сүйірленуі, тамыр әлсіз соғуы, жағымсыз иіс байқалады

Эпилепсиялық жағдай өтуі :

- перманенттік
- интермиттас – құрыспалар бірнеше сағатқа тоқтағанымен , науқас есі кірмейді
- Рецидивті – ұстамалар басылған кезде , сырәат ес-түсін жиып алады

Эпилепсиялық жағдайдан шығу :

- Компенсацияланған
- Субкомпенсацияланған – консервативті емге көнбейді
- Декомпенсацияланған – гипертермия, гомеостаздан летальды жағдай



Диагностика

- Анамнез
- ЭЭГ
- 1. Шыңдар – төбесі үшкірленген, ұзақтығы 10-75м/сек, амплитудасы 50-100мкв , көбінесе бір фазалы оқшауланған толқындар,
- 2. Тығыздалған толқындар – 10сек аз ұзақтығы толқындар
- 3. Үшкір толқындар – табаны кеңейген, төбесі сүйір , ұзақтығы 75м/сек кеп, әр түрлі амплитудадағы (20-200) толқындар, Олар бір екі фазалы , жеке топтасқан, немесе көптеген болуы ықтимал
- 4. “тығызданған толқындар” жиынтығы – екі тербеліс жиынтығы
- 5. Пароксизмальді ритмдер секундына 8-12, 14-16,20-39 жиіліктегі жоғары вольтажды ырғақты топтар
- Пневмоэнцефалография
- КТ
- МРТ

ЕМІ:

- Эпилепсияны емдеу кешенді (құрама) , дербес, үзіліссіз және ұзақ жүргізілуі қажет
- Емдәм
- Науқас шаршамауы қажет , ұйқыға жеткілікті мөлшерде уақыт бөлінуге тиіс, жазда күн ыстығынан сақтанған жөн
- КЕШЕНДІК ЕМ
 - мидың пароксизмальдық белсенділігіне
 - психикалық бұзылымдарға;
 - Эпилепсиялық ошактың белсенділігін сақтайтын (қабынуға қарсы, сіңір таратушы, ылғалдандыратын ем) этиологиялық, патогенездік ықпалдарға қарсы ем

Монотерапия ретінде қолданылатын дәрі- дәрмектер

Фенобарбитол (люминал)	Құрысуға қарсы әсерімен бірге, седативтік және ұйықтататын әсері бар	0,05-0,1г 1-3рет/тәу
Гексамидин	Эпилепсияның жиі болатын абсанстарынан басқа барлық түрінде қолданылады	0,125-0,25г 1-3рет/тәу
Бензонал	Фокальдық және клоникалық ұстамаларда тағайындалады	0,1-0,3г 2-3рет/тәу
Дифенин	Абсанс пен миоклониялық ұстамалардын басқа барлық ұстамаларда тағайындалады	0,05-0,1г 2-3рет/тәу
Триметин	Абсанстарда	0,1-0,3г 2-3р/тәу
Метиндио	Дүркінді ұстамаларда жиі (айына	10мг-нан

Талма ауруы бар жанұяны медико-генетикалық кеңес беру

- Талма ауруы бар науқастың жанұясына медико-генетикалық кеңес беру мақсаты сибстер (аға және қарындас) үшін және пробанданың (науқас) баларына талманың даму қаупін анықтау. Ол үшін шежіре туралы және аурудың басталған кезеңің есепке ала отырып, сонымен қатар талманың сипатына толық мәлімет жинау қажет. Келесі жағдайда кеңес беру маңызды болып табылады:
- Талманың ерте жаста басталуы. Жағдайдың тұқымқуалау себебін жоққа шығару үшін қосымша генетикалық тексеруді қажет етеді
- Талмамен ауыратын науқастарды жүктілік қауіпті фактор болып табылады. Сондықтан да медико-генетикалық кеңес берудің екінші маңызды мақсаты болып талма диагнозы анықталған әйелдерге жүктіліктің мүмкіндігі жайлы және баланың туылуы мен ұрыққа талмаға қарсы дәрілердің әсері жайла кеңес беру болып табылады.

Эпилепсиямен ауыратын әйелдерде жүктілікті жүргізу

- фетоплацентарлы жүйенің және ұрықтың жағдайын мұқият тексеру
- Ұрықтың дамуын динамикада бақылау;
- Эпилептикалық ұстаманың дамуын шақыратын факторларды анықтау және алдые алу;
- Қалыпты гемодинамиканы және оксигенацияны қамтамасыз ету;
- Мүмкін болатын асқынулардың алдын алу;
- Ұзақ әсер ететін тырысуға қарсы препараттарды тағайындау;