

Семей мемлекеттік медицина университеті.
Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы.

Тақырыбы: Қалтырау синдромы.

Орындаған: Бағатбекова Г.

Кездікбаева А.

Ноғайбаева А.

ЖМФ 329-топ.

Тексерген: Орынбасарова Баян Аскарловна.

Семей 2017 ж.

Жоспар:

I. Қалтырау синдромы.

1.1 Эпидемиологиясы,

1.2 Этиологиясы..

1.3 Клиникалық көрінісі.

1.4 Асқынулары.

1.5 Диагностикасы.

1.6 Емі.

II. Пайдаланылған әдебиеттер.

Эпилепсия – созылмалы, полиэтиологиялық, ОЖЖ ауруларымен шектеледі, ол қайталамалы тырыспамен және есінің әртүрлі бұзылыстары мен одан кейінгі амнезиямен болатын тырыспасыз параксизмдармен, сонымен қатар ЭЭГ арнайы суретімен сипатталады.

Эпилептикалық ұстама қыртысты нейрондардың тым гиперсинхронды разрядтармен байланысады.



Эпидемиологиясы.

Популяция жиілігі – 0,8-1,2%.

Тұрғындардың 5% өмірінде кем деген де 1 ұстама болады.

Науқастардың 20-30% ауру өмірлік болып қалады.

Барлық жағдайлардың 1/3 науқастың өлім себебі ұстамамен байланысты.

Ұстамалар айналасындағыларға потенциалды қауіпті.

Психоэмоциональді және интеллектуальді дамудың өзгерісі болуы мүмкін.

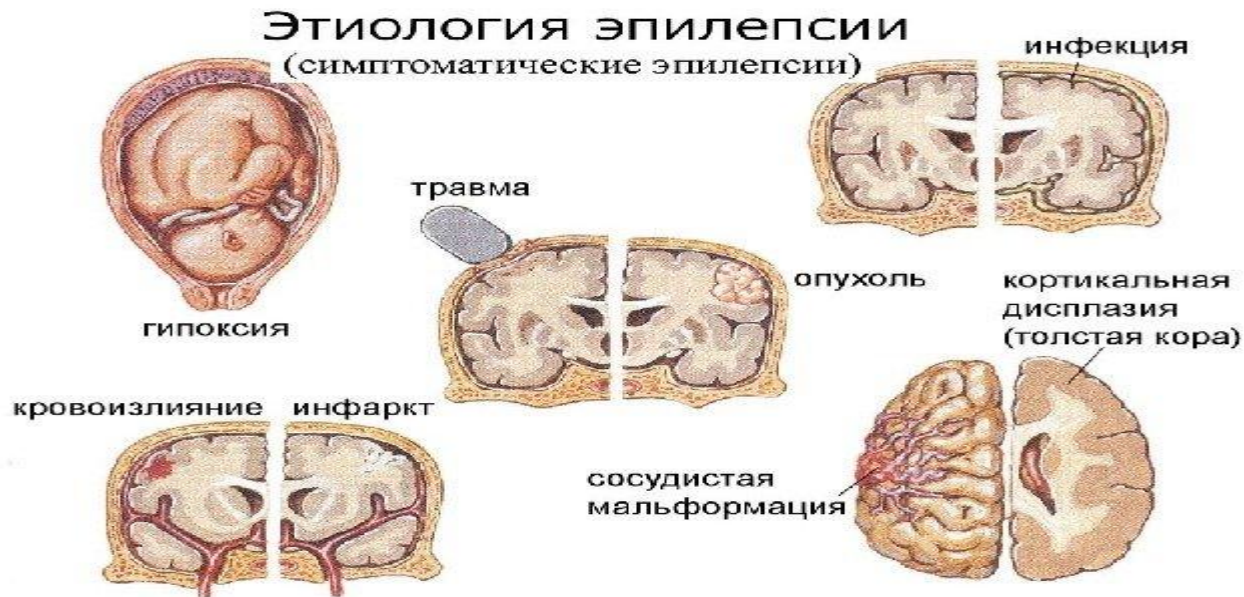
Жиі антиконвульсанттар жанама әсері кездеседі.

Барлық жағдайлардың 25% ем тиімсіз.

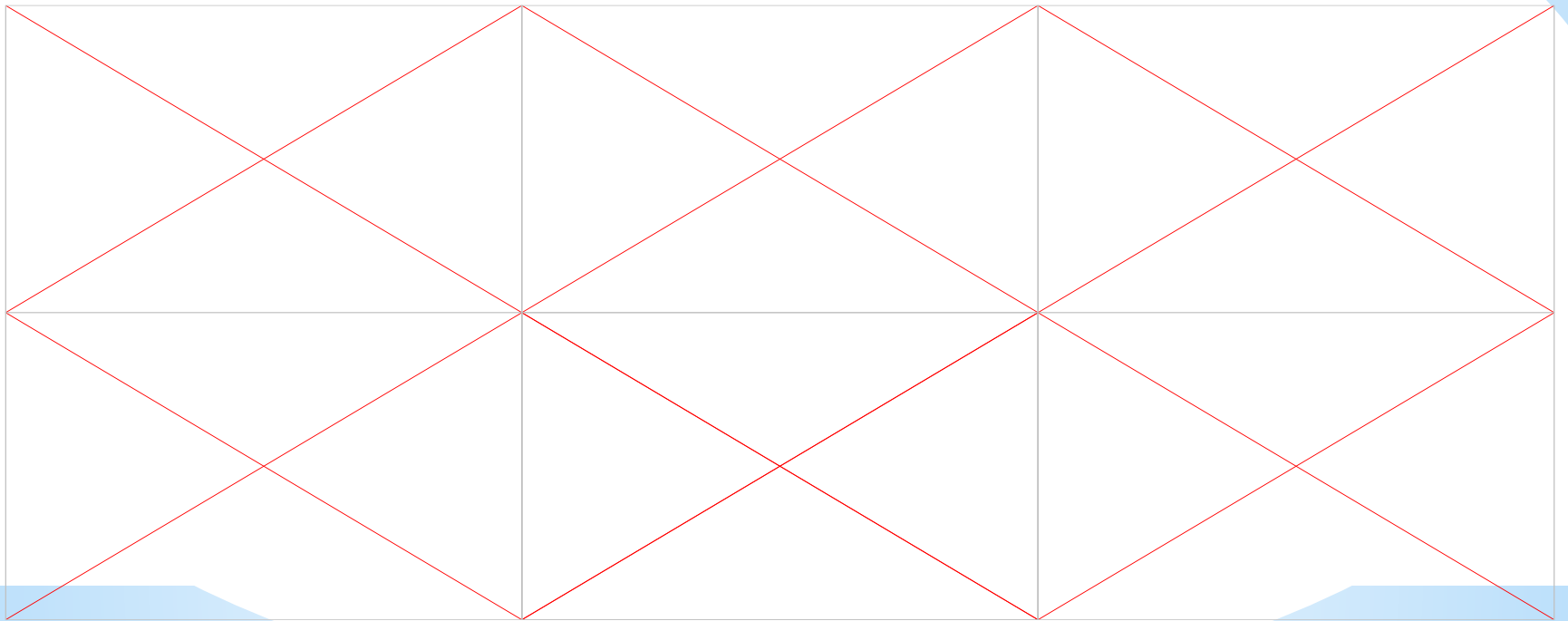
Этиологиясы.

Эндогенді генетикалық негізі-нейронды разрядтардың пайда болуы үшін тырыспалық дайындық немесе параксизмальді реактивтілік, эпилептикалық ұстамалардың қайталануына әкеледі,

Экзогенді: бас миының органикалық зақымдануымен байланысты эпилептикалық белсенділіктің тұрақты ошағы.



Этиологиясы:



Классификациясы.

Симптоматикалық.

Этиологиясы мен патологиялық ошақтың локализациясы анықталған.

Криптогенді.



Этиологиясы анықталмаған, бірақ мидың органикалық зақымдануы анықталған.

Идиопатикалық.



Этиология және мидың органикалық зақымдалуы туралы мәліметтер анықталмаған.

Идиопатикалық эпилепсия.

-Генетикалық бейімділік – отбасылық жағдайдағы жиілігі .5-45%

-Аурудың лимитирлеген жас мөлшері – 3-тен 30 жасқа дейін.

-Неврологиялық статуста өзгерістердің болмауы.

-Науқастардың қалыпты интеллекті.

-Нейровизуализация кезінде мида құрылымдық өзгерістердің болмауы.

-ЭЭГ-да негізгі ырғақтың сақталуы.

-Белгіленген критерилердің біреуі де идиопатиялық эпилепсияның диагностикасында абсолютты болып табылмайды.

Эпилептикалық ұстамалар классификациясы

I. Генерализденген

II. Парциальды

III. классификацияланбайтын

I. Генерализденген ұстама

1. Тырыспалы

- а. тонико-клоникалық
- б. тоникалық
- в. клоникалық
- г. миоклоникалық
- д. атониялық

2. Абсанстар

- а. типті
- б. атипті

II. Парциальді (фокальді) ұстамалар

A. Қарапайым парциальді ұстама.

1. Моторлы
2. Сенсорлы
3. Вегетативті
4. Психикалық

B. Күрделі парциальді ұстама.

1. Қарапайым парциальді ұстама болып басталады да есінің бұзылуына әкеледі
2. Есінің бұзылуымен басталады

B. Екіншілік генерализденген парциальді ұстама.

1. Екіншілік генерализденген қарапайым парциальді ұстама
2. Екіншілік генерализденген күрделі парциальді ұстама
3. Қарапайым парциальді ұстама күрделі парциальді ұстамаға ауысады және кейін генерализденеді

Эпилептикалық ұстама критеріі

- 1) пароксизмальдылығы (кенеттен)
- 2) қысқа уақытты
- 3) стереотиптілігі
- 4) көп жағдайларда амнезиямен байқалатын есінің бұзылуы

Үлкен генерализденген тонико-клоникалық ұстамалар

- *басы* басының бұрылуы және науқастың құлауы
 - *тоникалық фаза* - 10-20 сек. Бірінен кейін бірі, келесілер: көздің ашуы, бұту, 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 шығаруы да болады
- Ұстама жалпы *вегетативті реакциямен*: тахикардия және ↑АҚ, қарашықтың ұлғаюы, гипергидроз, гиперсаливациямен қатар жүреді.
- *Ұстаманың жалпы ұзақтығы* 20 сек-тан 2 минутқа дейін болады. Ұстамадан кейінгі кезең (кейде ұстамадан кейінгі команы қосқан кезінде) бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін болуы мүмкін

Миоклониялық ұстама

Миоклонии — қыртысты, қыртыс асты немесе жұлынды деңгейде үзiктi, қысқа уақытты, ырғақты немесе ырғақсыз бұлшықеттердiң тартылуларын айтады.

Миоклониялық ұстамалар жалпы бiр реттiк немесе олардың қысқа сериялармен шектелуiн сипаттайды. Эпилептикалық миоклонии көбiнесе екi жақты, мультифокальдi және асимметриялы болуы сирек емес.

бiр реттiк ұстама шамамен 1 секундқа созылады, ол тоқ соққандай болып келедi.

Миоклониялық тартылулар абсанстар және парциальдi ұстамалар құрлымында байқалуы мүмкiн.

Атониялық (акинетикалық немесе астатикалық) ұстамалар

Бұл науқасты жиі бас жарақаттарына әкелетін, тонустың бірден жоғалып, науқастың еденге құлауымен сипатталады.

Ұстама ұзақтығы — бірнеше секунд (1 минутқа дейін).

Жеңіл түрінде ұстама бастың салбырауымен (егер науқас стол басында отырса) немесе төменгі жақтың салбырауымен көрінеді.

Тонусының төмендеуі тек атониялық ұстама кезінде ғана емес абсанстар, қарапайым немесе күрделі парциальді ұстамалар кезінде де байқалады, бірақ ол кенеттен еденге құламайды, біртіндеп отырғандай болады.

Атониялық абсанстарға қарағанда атониялық ұстамалар ұзағырақ және ұстамадан кейінгі құбылыстар байқалады.

Абсанстар (кіші ұстамалар — petit mal)

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 өзіне де білінбеуі мүмкін.

Парциальді (фокальді) ұстамалар

- 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

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:

- а. соматомоторлы,
- б. постуральды ұстамалар (позасының өзгеруімен),
- в. адверсивті ұстамалар (бас пен денесінің айналмалы қозғалысы),
- г. Фонаторлы ұстамалар (вокализация немесе сөйлеудің тоқтауы),

Кейде ұстамадан кейін енді ғана пайда болған тырыспалы белсенділіктің аяқ-қолдарының

Қарапайым сенсорлы парциалды ұстамалар:

- а. сомато-сенсорлы,
- б. дәм сезу,
- в. иіс сезу,
- г. көру,
- д. есту,
- е. вестибулярлы

Қарапайым парциалды вегетативті ұстамалар:

- байқалатын өзгерістер:
- тері түсі,
 - АҚ,
 - жүрек ырғағы,
 - қарашық,
 - эпигастри аймағындағы дискомфорт

Қарапайым парциалды психикалық ұстамалар:

- а. *дисфазалық* (сөйлеудің өзгеруі),
- б. *дисмнестикалық* (бұрыннан көрген немесе ешқашан көрмеген сезімі),
- в. *когнитивті* (естің ұйқыға батуы, ойлардың бітіндеп келуі, дереализация немесе деперсонализация сезімі),
- г. *аффективті* (қорқыныш, депрессия, ызалану),
- д. *иллюзиялық* (өлшем, пішін, салмақ иллюзиясы),
- е. *күрделі галлюцинациялық бұзылыстар* (көру, есту, иіс сезу, дәм сезу галлюцинациялары)

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

Автоматизм (психомоторлы ұстама)

Автоматизм (психомоторлы ұстама) – координацияланған қозғалыс акты, ол эпилептикалық ұстама кезінде немесе одан кейін есінің көмескіленуін айтады, одан кейін амнезиялатын:

- шайнау,
 - жұту,
 - ерінін жалау,
 - жымию,
 - дыбыстарды немесе сөздерді қайталау,
 - әндету,
 - қолдарды бір-біріне үйкелеу, шеңбер бойынша жүру және т.б.
- Науқас ұстамаға дейін бастаған қозғалыстарын ұстама кезінде де жалғастыра беруі мүмкін, егер олар салыстырмалы қарапайым болса (мысалы, жүру немесе шайнау).

Диагностикасы

*Шектелген патологияларды бөліп алу: инсульт, мидың ісігі, жарақаттан кейінгі бас ми ішілік гематома, менингоэнцефалит және т.б.

*КТ және МРТ жүргізу барысында эпилепсия және ошақ локализациясының құрлымдық негізін анықта аламыз (тыртықты үрдіс, атрофия, киста, гидроцефалия, қарыншалар деформациясы)



Диагностикасы

- * **Анамнез жинау** барысында перинатальді патологияға көңіл бөлу
- * Туыстарында эпилептикалық ұстамалардың бар жоғын анықтау
- * Ерте жастағы анамнезінде – жаңа туылған кезеңіндегі тырыспа, спазмофилия, фебрильді тырыспалар
- * **ЭЭГ-да** – эпилептикалық белгілер тән: пиктар, сүйір толықндар, пик-толқын комплекстары, гиперсинхронды альфа-ырғақ, баяу тербелістердің болуы (дельта – бета – толқын)
- * Патологиялық жағдай, мылжындау, детализация, пунктуальді, тез ренжиді, мазасыз, жадысының нашарлауы, қызығушылық ортасы тар, эгоцентризм
- * Дифференциальді диагностиканы истерия және талмамен жүргізеді



Емі.

- Эпилепсияны шақырған біріншілік сырқатқа әсер ету, (мысалы, ісікті алу, абсцестер немесе жарақатты гематомалар
- Қауіп факторларын жою
- АЭС-ті ұзақ қабылдау

Қауіп факторларын жою.

- Рациональді тәртіп және жақсы ұйқылы демалыс ұйымдастыру,
- Физикалық және психикалық жүктемеден сақтану,
- Күннің астында көп уақыт болмау,
- Сүт-өсімдікті диета. Ет, тұз, ащы тағам және кей сұйықтардан шектелген диета,
- Алкоголь қабылдамау,
- Автомобиль жүргізу, қозлыстағы механизс, биіктік, от, жоғары электрэнергиясымен байланысты жұсмыс істемеу

Тырыспалы ұстама кезіндегі тактика

- * Жарақаттардан 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.
- * Науқас әбден есін жиғанша оны қараусыз қалдыруға болмайды.



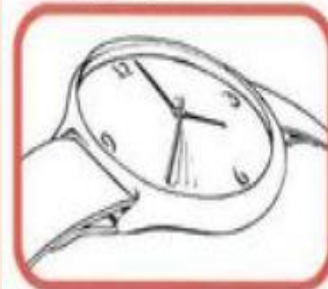
Положить голову на подушку, снять очки



Ослабить тугую одежду



Перевернуть набок



Отследить длительность припадка



Ничего не класть больному в рот



Поискать ID браслет с информацией



Не фиксировать тело больного в припадке



Когда человек придет в сознание...



предложите ему помощь

Қорытынды

Эпилепсия 10 – 15 жастағы балаларда байқалады.

Бұл ауру тұқым қуалайды

Ауру ұстар алдында адамның басы ауырып, мең-зең болады, қолы дірілдеп, көзі қарауытады, айқайлап, есінен танып құлайды.

Аузынан көбігі ағады, басын соғып, тілін шайнайды.

Денесі сіресіп, көгеріп қатып қалады да, бірнеше секундтан кейін басын соққылап, селкілдей бастайды.

Науқас адам біразға дейін есін жия алмай, ұйықтап кетеді. Оянғанда не істеп, не қойғанын білмейді.

Эпилепсия асқынған сайын жиі ұстап, науқас адамның мінезі, жүріс-тұрысы, ой-өрісі өзгеріп, ұмытшақ болып, ойын дұрыстап жеткізе алмайтын болады.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. “Ішкі аурулар пропедевтикасы”. Н.А.Мусин, В.С. Моисеев, ГЭОТАР-Медиа 2015. 150-159 б.
2. Айтбембет Б.Н. Ішкі ағза ауруларының пропедевтикасы. Алматы, “Кітап” баспасы. 2005ж. 568бет.
3. <http://vlanamed.com>.