

Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ.ШЫМКЕНТ ИНСТИТУТЫ
«НЕВРОЛОГИЯ,ПСИХИАТРИЯ ЖӘНЕ НАРКОЛОГИЯ»
КАФЕДРАСЫ

ИӨЖ

Тақырыбы: *Эпилепсия. Эпилепсиялық статус*

Қабылдаған: Абасова Г.Б.

Орындаған: Есімханова Г.Ш.

Тобы: ЖТД – 609

Шымкент – 2018 ж

Зерттеу сұрағы

- Эпилепсия жайлы не білеміз?
- Эпилепсиялық статус дегеніміз не?

Зерттеу мақсаты

Интерндер арасында эпилепсия және эпилепсиялық статус жайлы түсінік қалыптастыру.

Жоспары

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

Эпилепсия. Этиологиясы және
классификациясы.

Клиникасы

Диагностикасы

Емі

III. Қорытынды бөлім

IV. Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

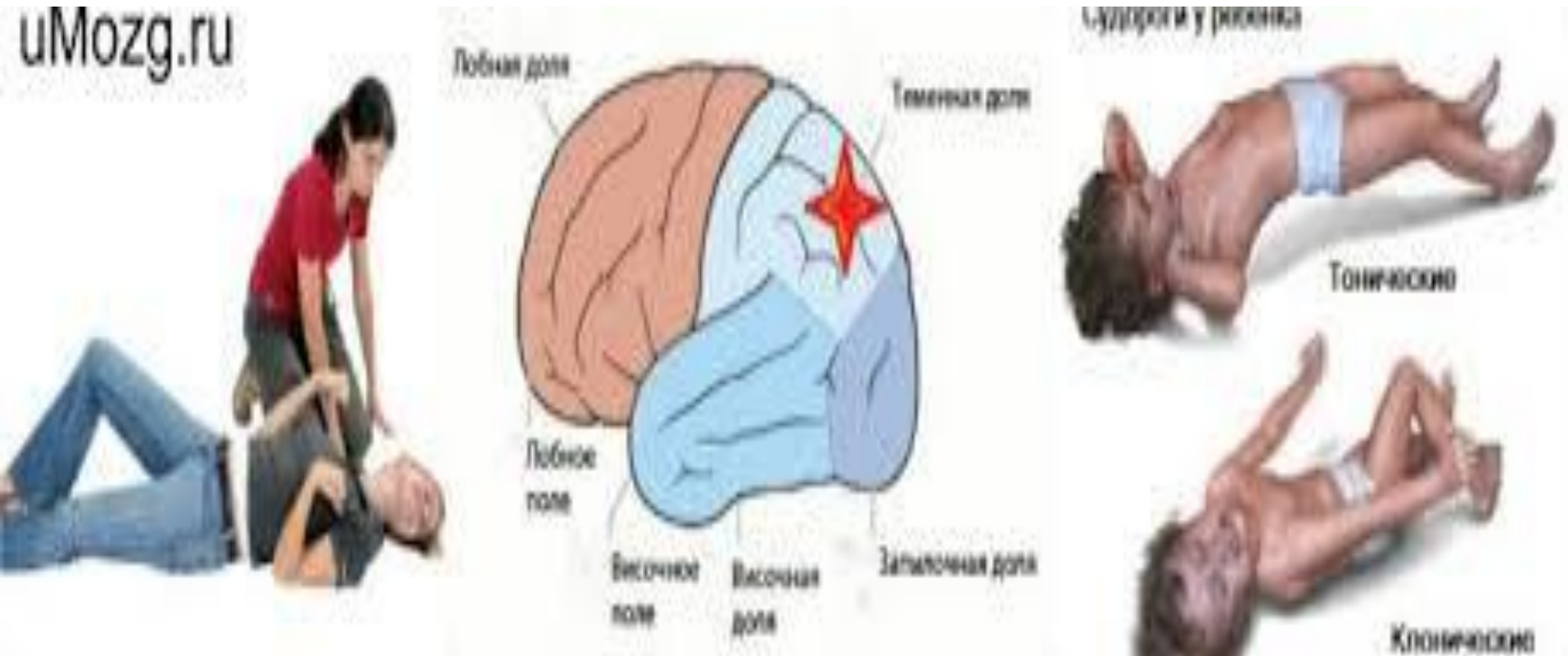
- Эпилепсия – созылмалы, полиэтиологиялық, ОЖЖ ауруларымен шектеледі, ол қайталамалы тырыспамен және есінің әртүрлі бұзылыстарымен, амнезиямен жүретін тырыспасыз параксизмдермен, сонымен қатар ЭЭГ арнайы суретімен сипатталады.
- Эпилептикалық ұстама қыртысты нейрондардың тым гиперсинхронды разрядтармен байланысады.



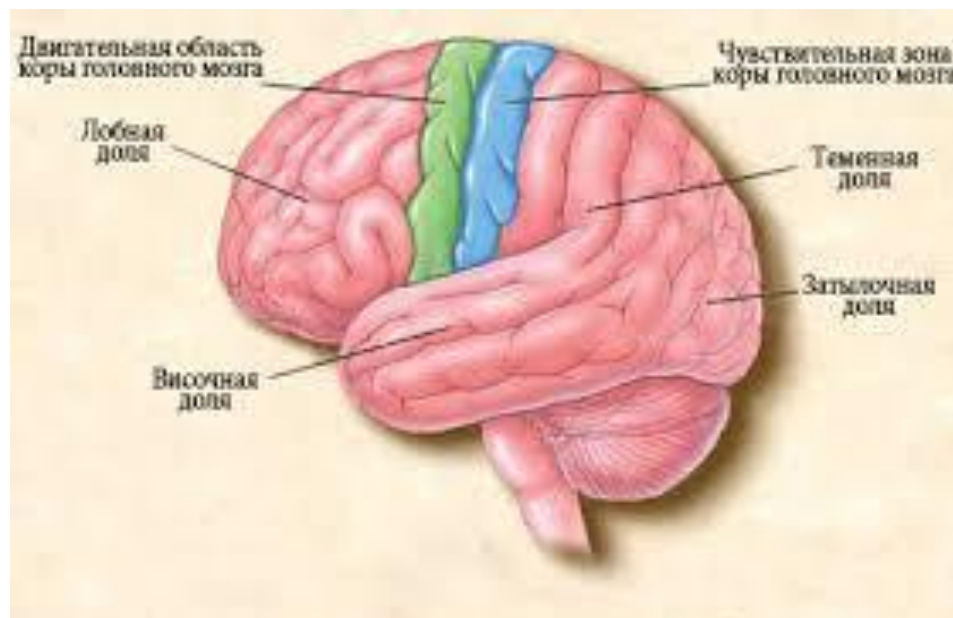
Мәселе актуальдылығы

- 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,
- Барлық жағдайлардың 25% ем тиімсіз

- Тырыспалы ұстамалар ересек адамдарға қарағанда балалық шақта 5-10 есе жиі кездеседі
- Балалар арасында ұстама жиілігі 1000-ға 15-20, ал нервті-психикалық ауру арасында 10-15%
- Шамамен 60% өмірінің алғашқы 3 жылына келеді



- Бас миының жетілмеуі, әсіресе үлкен жарты шар қыртысы;
- ГЭБ-тің жоғары өткізгіштігі;
- Ми тіндерінің жоғары гидратациясы;
- Өткізгіштердің миелинизациясының жеткіліксіздігі;
- Алмасу үрдістерінің тұрақсыздығы;
- Ми қыртысында және басқаларында тежеуіш үрдістерінің әлсіздігі;



Теменная эпилепсия



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 жарақаттары,
 - нейроинфекция,
 - интоксикация,
 - тамырлар аурулары,
 - жүйке жүйесінің аурулары.

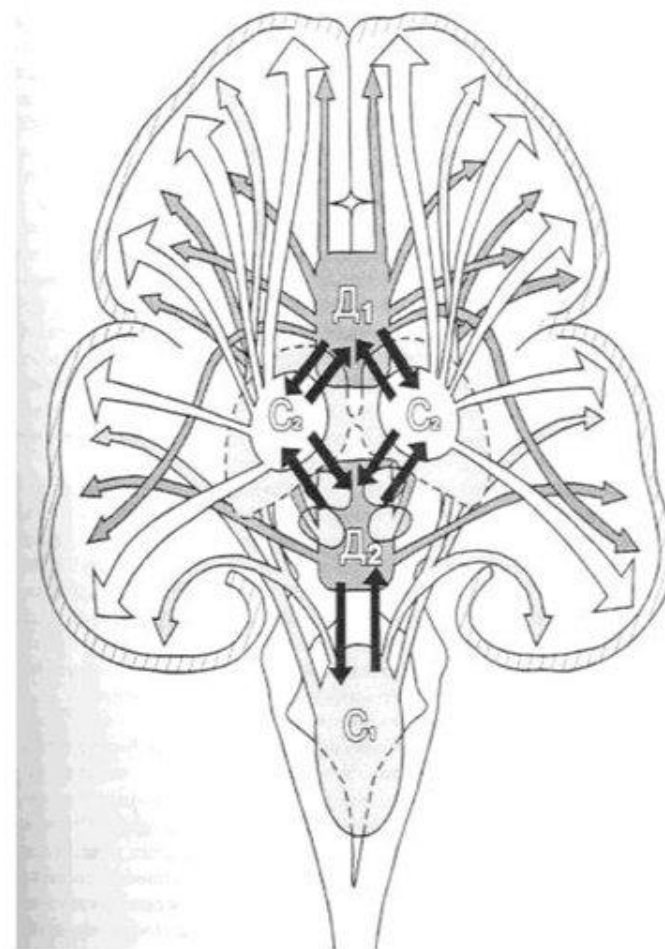


Балалардағы эпилепсияның экзогенді факторы

- 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;
- ЧМТ;
- Поствакциналық асқынулар және т.б.

Патогенез эпилепсии

- Нарушение баланса возбуждающих и тормозящих нейромедиаторных механизмов: Активность нейронов координирует баланс между тормозящими (в основном ГАМК) и возбуждающими аминокислотами _ глутаматом и аспартатом. Глутамат ионизированная форма глутаминовой кислоты – предшественника ГАМК. Избыток глутамата по сравнению с ГАМК является основным механизмом, вызывающим развитие эпилептического припадка
- Спонтанная генерализованная или очаговая нестабильность нейронов коры головного мозга, в результате чего на клеточной мембране возникает пароксизмальный деполяризационный сдвиг
- Генетические нарушения в рецепторах К и Na-каналов с невозможностью поддержания нормального градиента концентрации ионов по обе стороны мембраны



Причины развития эпилепсии.

- Часто причина развития эпилепсии остается не установленной. Однако среди возможных причин развития заболевания можно назвать следующее:
 - 1. Родовая травма (например, кислородное голодание мозга, травма головы, сильное кровотечение); перенесённые незадолго до, во время и сразу после родов инфекционные заболевания.
 - 2. Абсцесс головного мозга, воспаление оболочек головного или спинного мозга, наследственные болезни, нарушение обмена веществ (например, низкое содержание сахара в крови или пониженная функция паращитовидной железы) и дегенеративные заболевания.
 - 3. Отравление токсинами (ртутью, свинцом или угарным газом).
- Припадки могут возникать при испуге, волнении, переутомлении, ослаблении организма какой - либо болезнью, а иногда и без всякой внешней причины.







ЭПИЛЕПСИЯ

- СИМПТОМАТИКАЛЫҚ
- КРИПТОГЕНДІ
- ИДИОПАТИКАЛЫҚ

Симтоматикалық – этиологиясы мен патологиялық ошақтың локализациясы анықталған

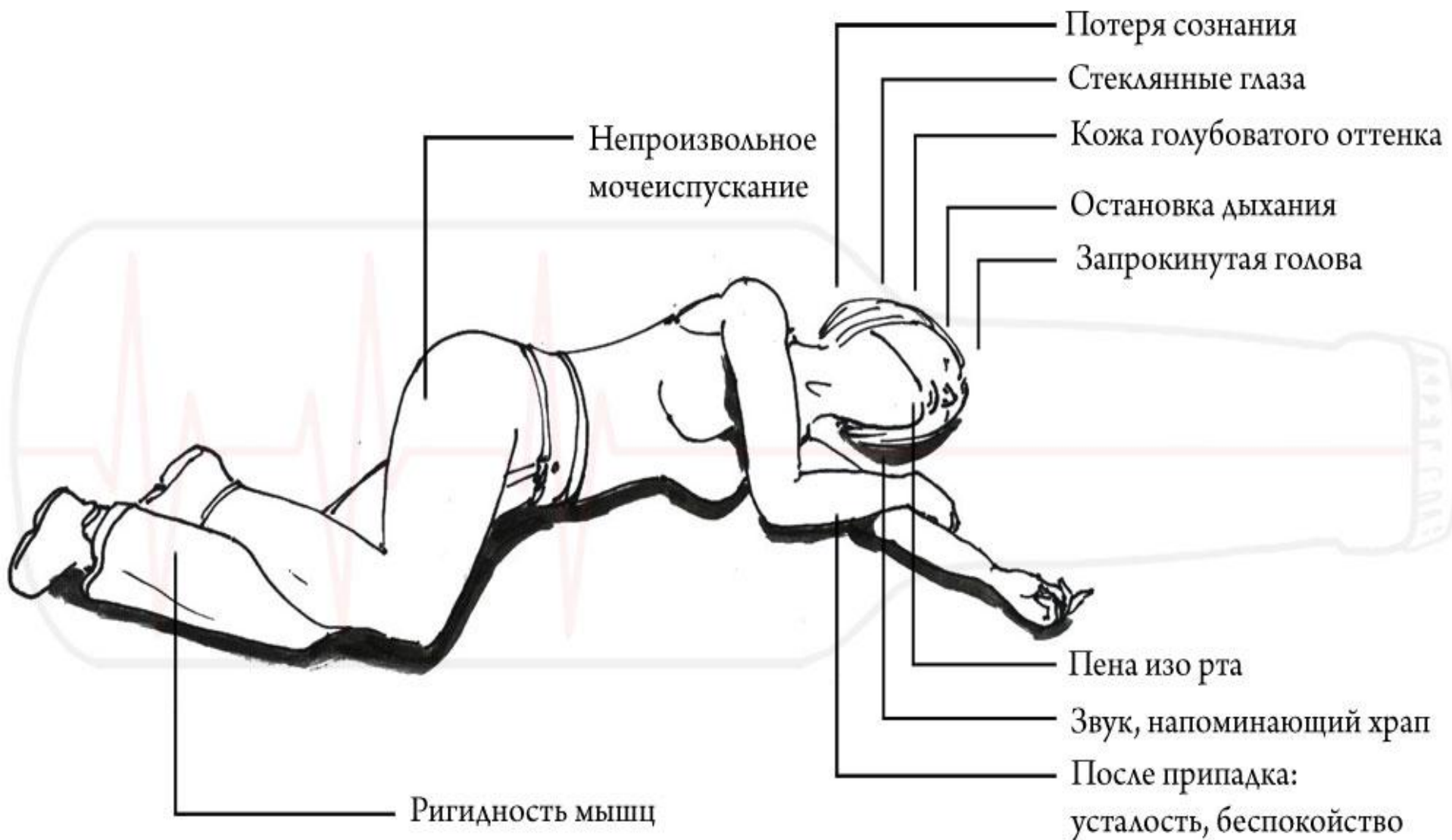
Криптогенді – этиология анықталмаған, бірақ мидың органикалық зақымдануы анық

Идиопатикалық – этиология және мидың органикалық зақымдалуы туралы мәліметтер анықталмаған

Идиопатикалық эпилепсия критерилері

- 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 құрлымдық өзгерістердің болмауы
- ЭЭГ-да негізгі ырғақтың сақталуы
- Көп жағдайда терапиялық ремиссияға жеткен салыстырмалы жақсы болжам

Белгіленген критерилердің біреуі де идиопатиялық эпилепсияның диагностикасында абсолютты болып табылмайды!!



Классификация эпилепсии.

- Эпилепсия и синдромы с локализованными приступами
 - **Идиопатическая парциальная эпилепсия**
 - Доброкачественная эпилепсия детей с пиками в центрально-височной области
 - Эпилепсия детей с затылочными пароксизмами
 - Первичная эпилепсия чтения.
 - **Симптоматические формы.**
 - Хроническая прогрессирующая парциальная эпилепсия Кожевникова (*Epilepsia partialis continua*).
 - Эпилепсия со специфическими причинами провокации приступов (рефлекторная эпилепсия). Формы эпилепсии, при которых припадки являются следствием воздействия внешних сенсорных факторов.
 - Эпилепсия вздрагивания (startl-эпилепсия)
 - Музыкагенная эпилепсия
 - Фотогенная эпилепсия
 - «Эпилепсия самовызывания»
 - Эпилепсия чтения
 - Синдромы, основанные на типах припадков и анатомической локализации очагов (височная, лобная, теменная, затылочная эпилепсия).
 - **Криптогенные формы (неопределенные формы).**

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 ұстаманың 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 тони́ко-клони́калық ұстамалар – grand mal:

- **басы** басының бұрылуы және 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.
- **клони́калық 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 жоғарылауы, 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.

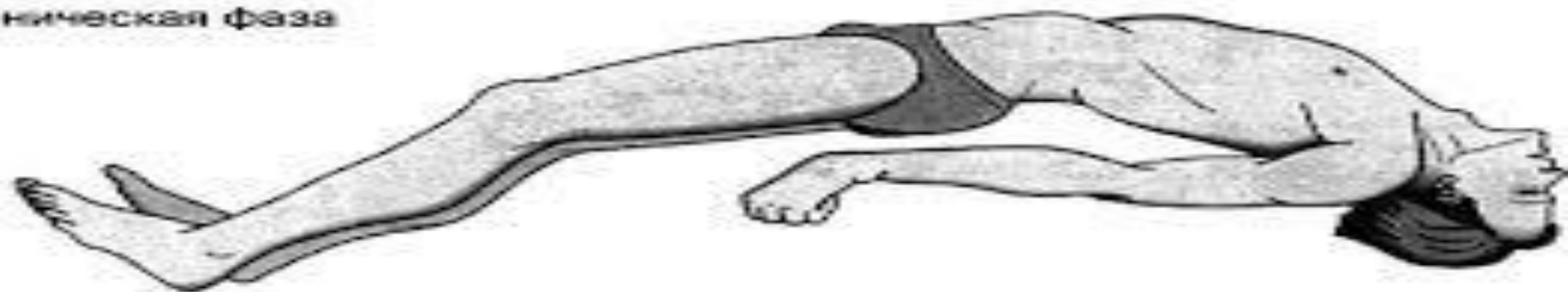
тоническая фаза



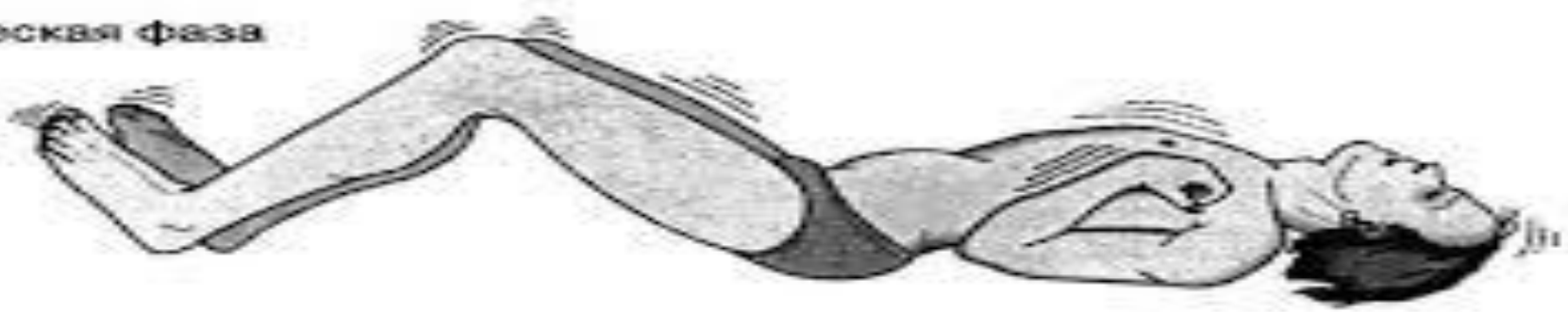
клоническая фаза



Тоническая фаза



Клоническая фаза



Миоклониялық ұстама

Миоклония — 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.

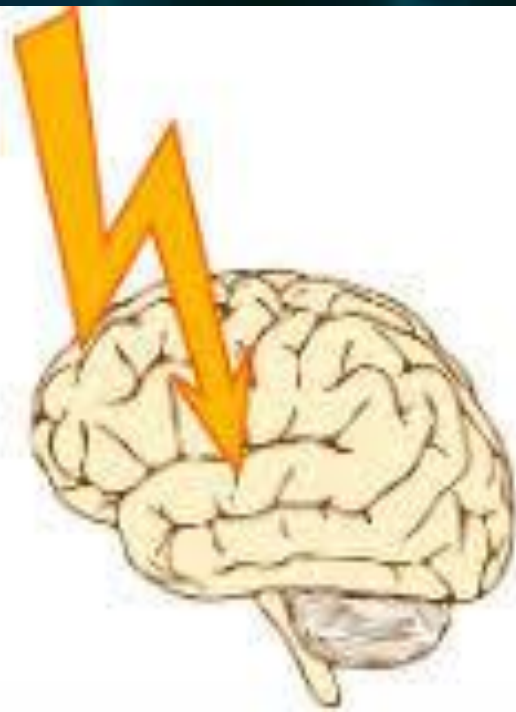
Миоклониялық тартылулар абсанстар және парциальді ұстамалар құрлымында байқалуы мүмкін.

ТО, ЧТО ЛЕЧИТ ХИДЖАМА

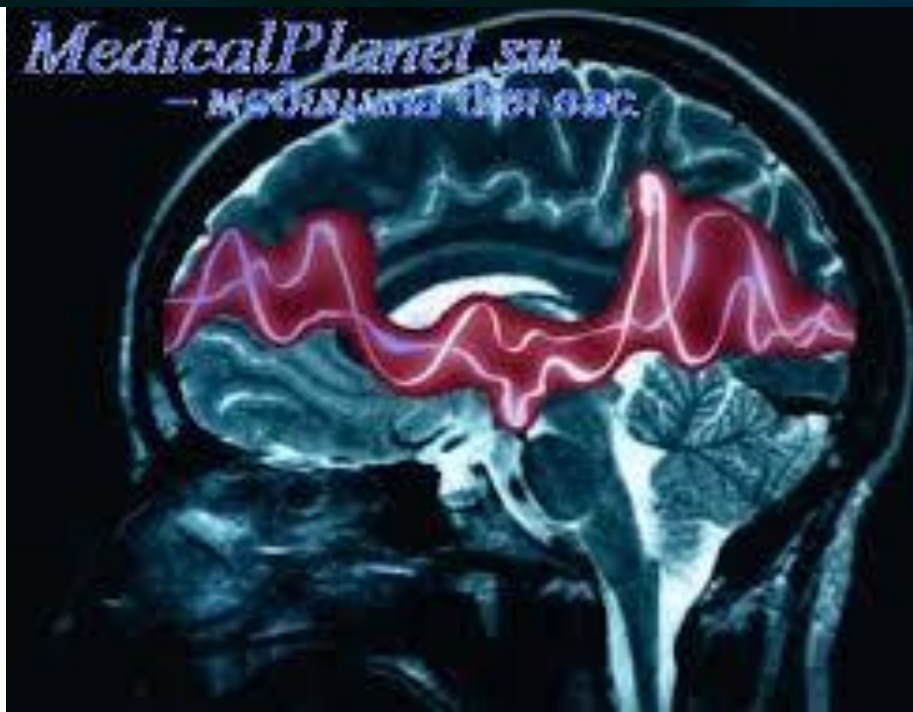


ЭПИЛЕПСИЯ

HIJAMA-SUNNA.RU



MedicalPlanet.ru
— медицина через соц.



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, біртеңдеп отырғандай болады.

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

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.

Атония — отсутствие нормального тонуса скелетных мышц



Абсансы

ребёнок в течение секунды до и после приступа



уровень анимальной организации в коре коры и таламическом проводнике



тонический абсанс: нарушение сознания на протяжении 2-15 секунд

анализируется начало и окончание приступа

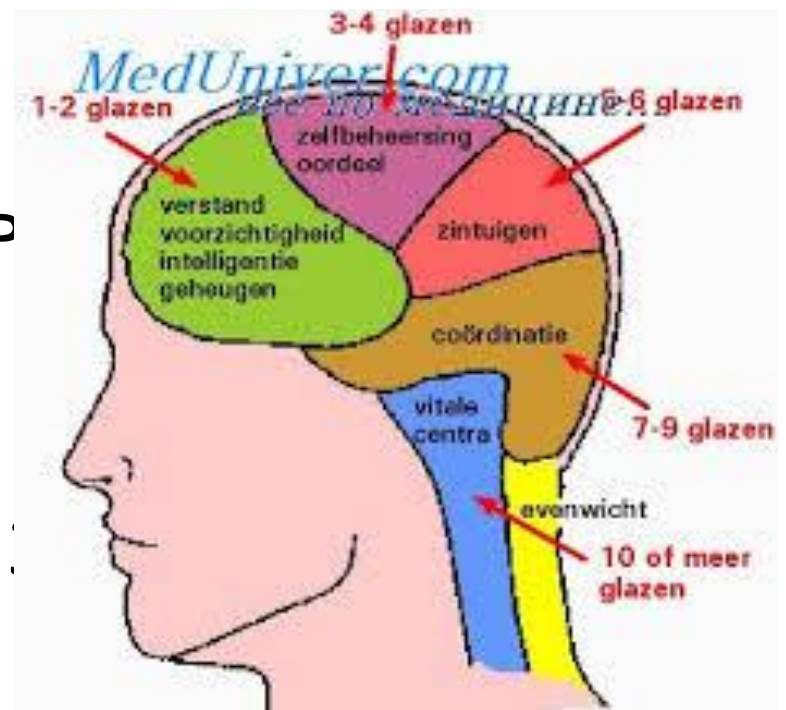
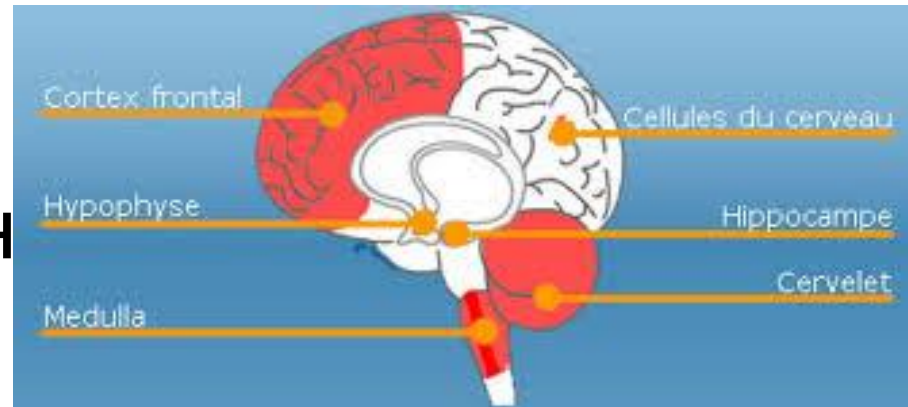


ЭЭГ при типичных абсансах



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 топқа бөлінеді,

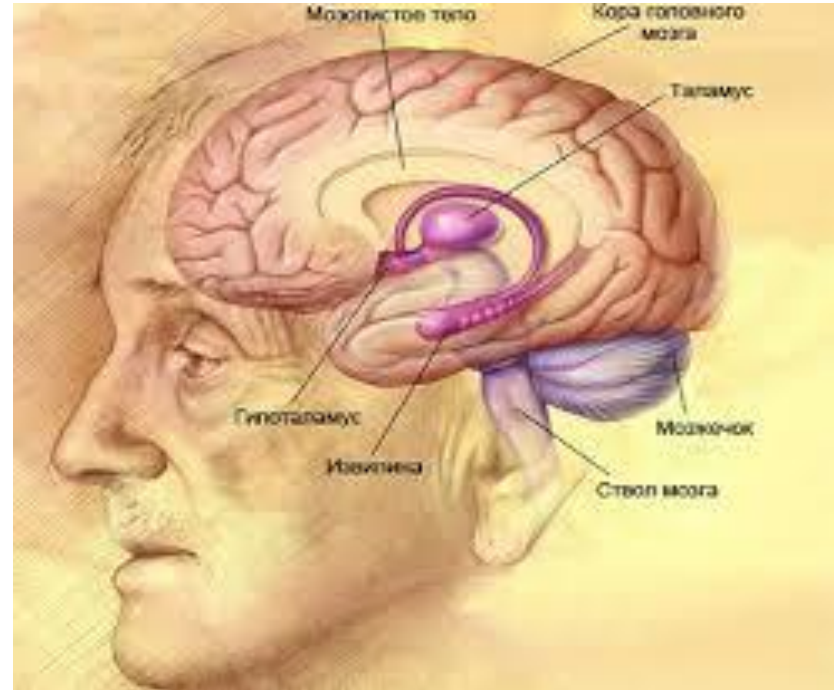


Классификация парциальных (фокальных) эпилептических припадков

Тип припадков	Характеристика
Простые	Припадки без нарушения сознания; клинические проявления переменны и зависят от локализации эпиочага
Сложные (комплексные)	Простые парциальные припадки с одновременным или присоединяющимся нарушением сознания
Вторично-генерализованные судорожные	Судорожные клонико-тонические припадки, развивающиеся из простых парциальных и комплексных парциальных

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 парезіне ауысуы (*Тодд параличі*) байқалады.

Қарапайым сенсорлы парциалды ұстамалар:

а. сомато-сенсорлы,

б. дәм сезу,

в. иіс сезу,

г. көру,

д. есту,

е. вестибулярлы

Қарапайым парциалды вегетативті ұстамалар:

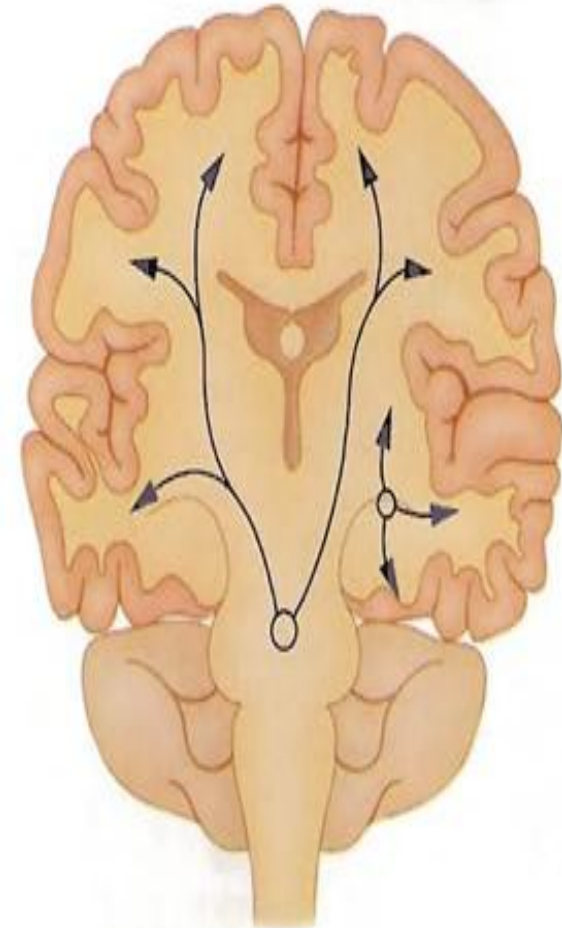
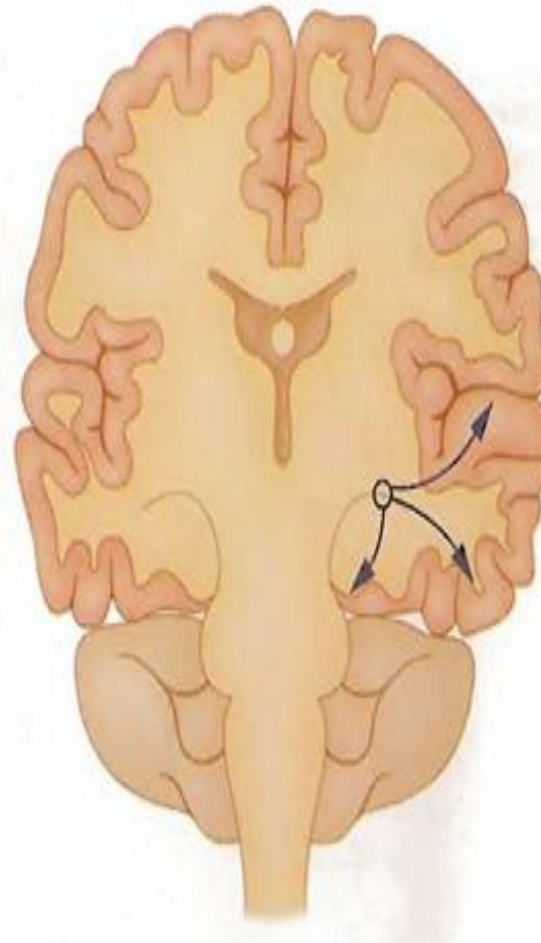
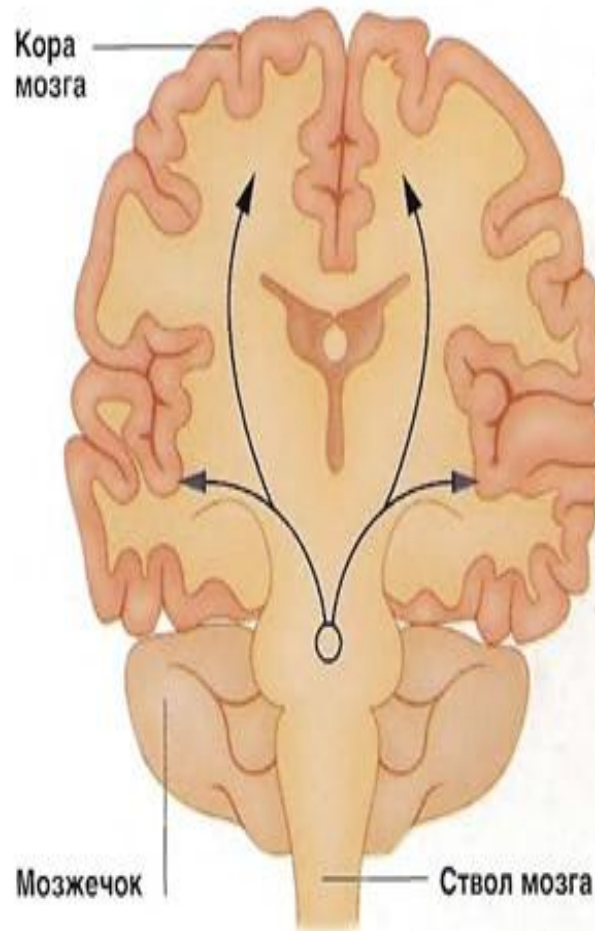
байқалатын өзгерістер:

- тері түсі,
- АҚ,
- жүрек ырғағы,
- қарашық,
- эпигастри аймағындағы дискомфорт

Первично генерализованный припадок возникает, если аномальная электрическая активность нейронов моментально охватывает весь мозг.

Парциальный припадок обусловлен аномальной активностью нейронов на ограниченном участке головного мозга. Процесс чрезмерной активации затрагивает лишь отдельные нервные клетки и не распространяется на остальную часть мозга.

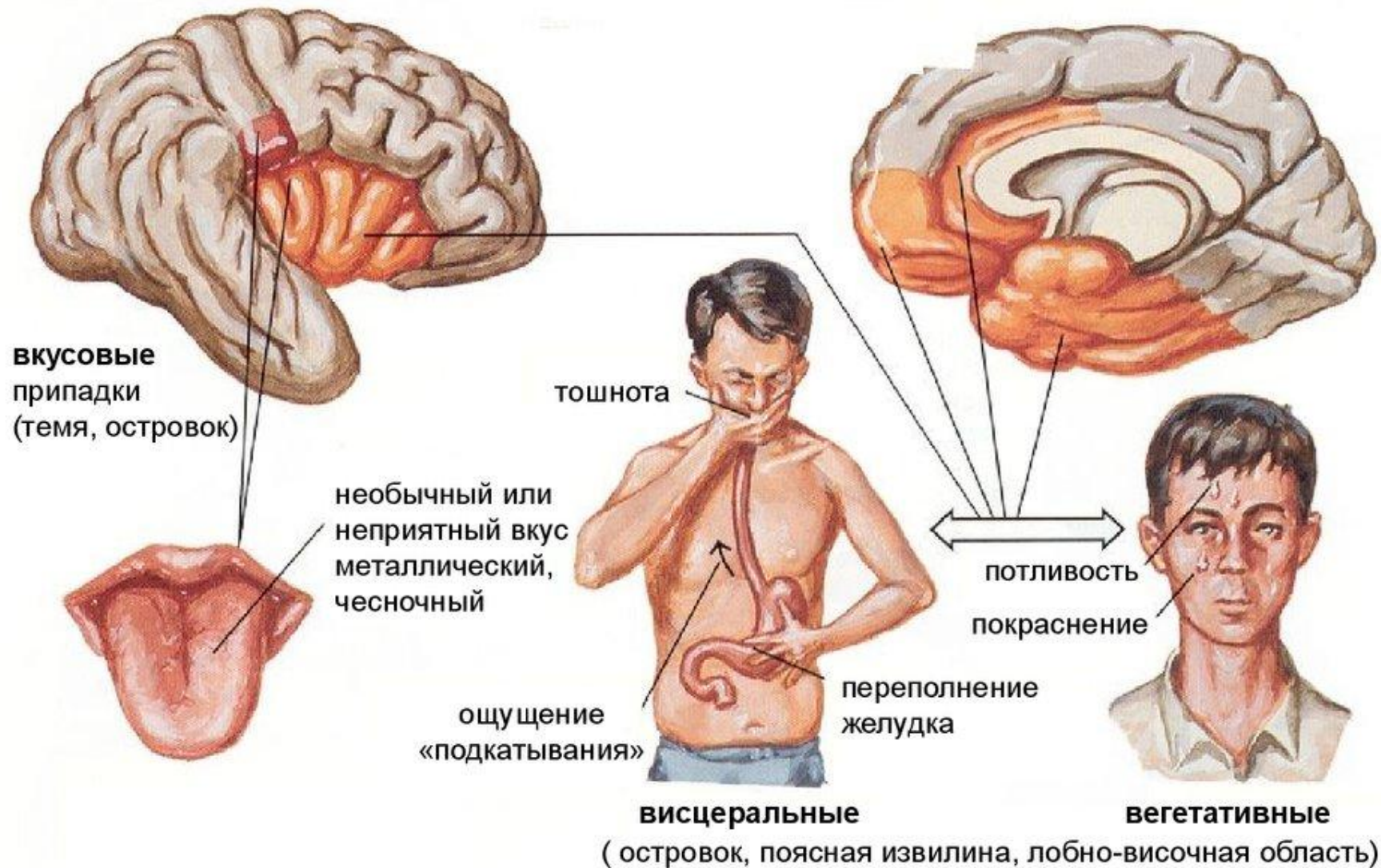
Вторично генерализованный припадок случается, когда электрическая активность нейронов повышается в локальных областях, а затем распространяется на весь мозг, вызывая генерализованный припадок.



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)

Простые парциальные припадки (сенсорные вкусовые, висцеральные и вегетативные припадки)



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) –

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 ұстама дейін бастаған қозғалыстарын ұстама кезінде де қозғалысын жалғастыра беруі мүмкін, егер олар салыстырмалы қарапайым болса (мысалы, жүру немесе шайнау), кейде олар алдына тосқан кеседен шайды ішуі мүмкін.

Маңдайлы пайда болған күрделі парциалды ұстама — псевдо-псевдоұстама,

оны психогенді ұстама ретінде шатастыратындар сирек емес.

Бұған екі жақты қозғалыстың көріністері тән:

- тоникалық спазм,
- ыңғайсыз позалар (мысалы, жүзуші позасы, суға секіруші позасы),
- күрделі автоматиздар (мысалы, допта ұру имитациясы, сексуалды дене қозғалыстары),
- вокализация.

Екіншілік генерализденген парциалды ұстама

- Қарапайым немесе күрделі парциалды ұстама сияқты басталлады, кейін генерализденген тонико-клоникалық ұстамаға трансформаланады,
- Екіншілік генерализденген ұстама кезінде парциалды компонент аура ретінде көрінеді, ұстамадан кейінгі Тодд параличі немесе ЭЭГ-да фокальді өзгеріспен көрінеді,
- Ұстамалар ұзақтығы 30 секундтан 3 минутқа дейін,
- Ұстамадан кейінгі кезең — бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін.

Двигательная область коры головного мозга

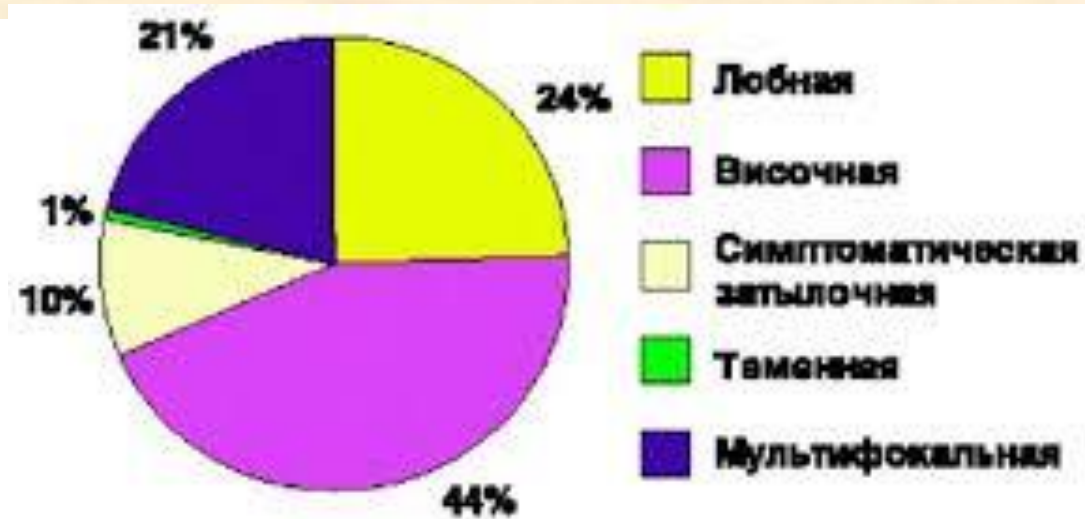
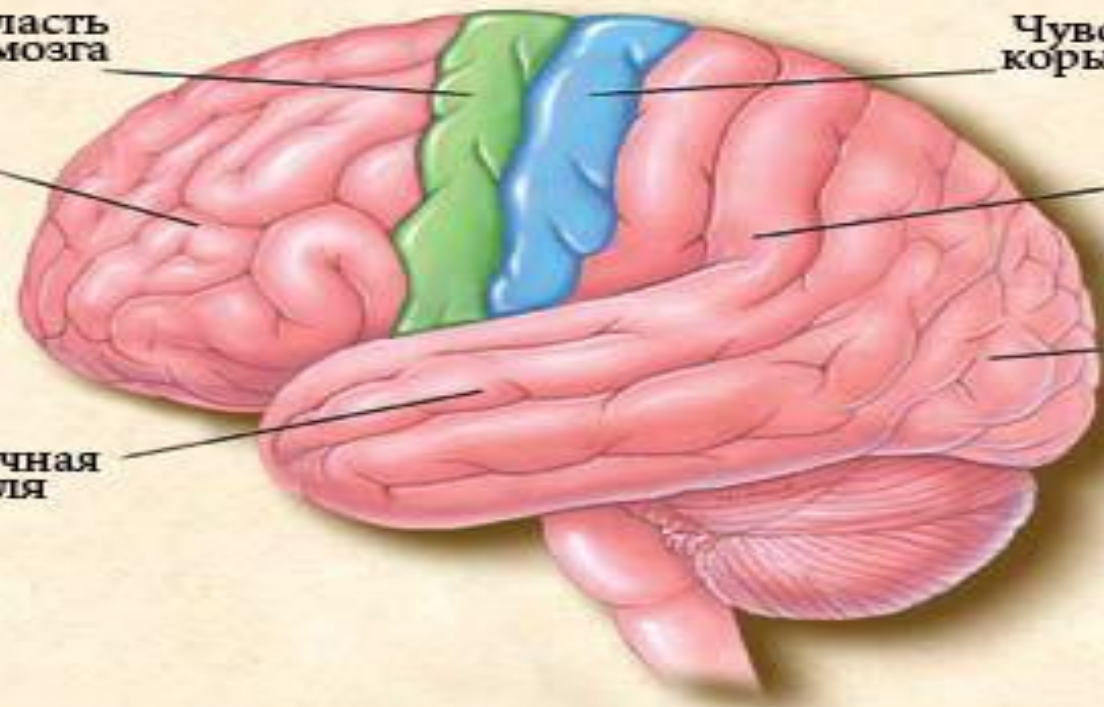
Чувствительная зона коры головного мозга

Лобная доля

Теменная доля

Височная доля

Затылочная доля

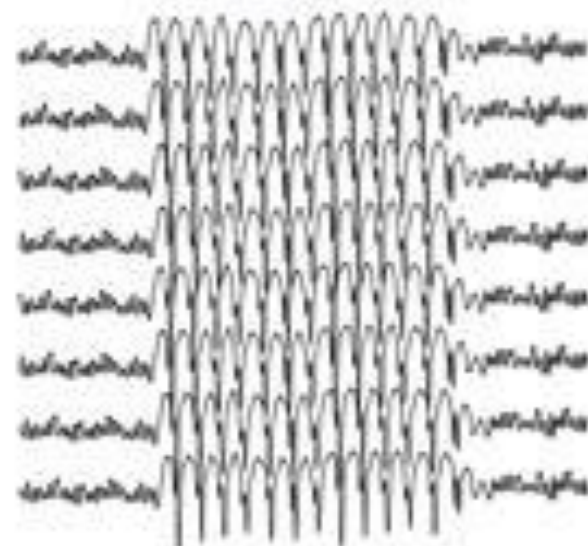
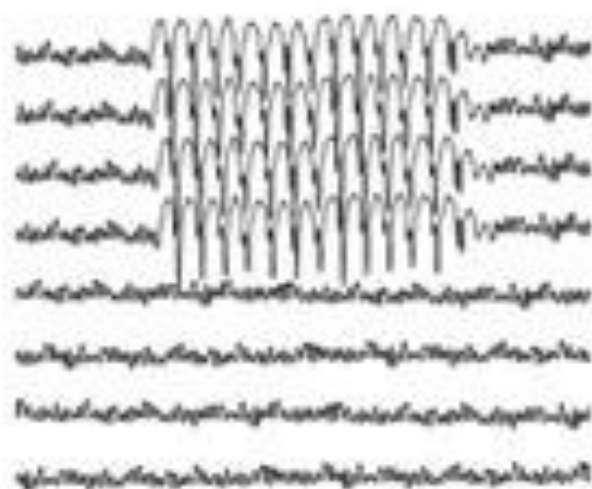


Структура парциальных эпилепсий, уточненная методом видео-ЭЭГ

Диагностика

1. Шектелген патологияларды бөліп алу: инсульт, мидың ісігі, жарақаттан кейінгі бас ми ішілік гематома, менингоэнцефалит және т.б.
2. КТ және МРТ жүргізу барысында эпилепсия және ошақ локализациясының құрлымдық негізін анықта аламыз (тыртықты үрдіс, атрофия, киста, гидроцефалия, қарыншалар деформациясы)
3. Анамнез жинау барысында перинатальді патология, а көңіл бөлу
4. Туытарында эпилептикалық ұстамалардың бар жоғын анықтау
5. Ерте жастағы анамнезінде – жаңа туылған кезеңіндегі тырыспа, спазмофилия, фебрильді тырыспалар
6. ЭЭГ-да – эпилептикалық белгілер тән: пиктар, сүйір толықндар, пик-толқын комплекстары, гиперсинхронды альфа-ырғақ, баяу тербелістердің болуы (дельта – бета – толқын)
7. Изменение личности, характерное для больного эпилепсией: патологиялық жағдай, мылжындау, детализация, теттен пунктуальді, тез ренжиді, мазасыз, жадысының нашарлауы, қызығушылық ортасы тар, эгоцентризм
8. Дифференциальді диагностику и истерия және талмамен жүргізеді

Эпилепсия на ЭЭГ

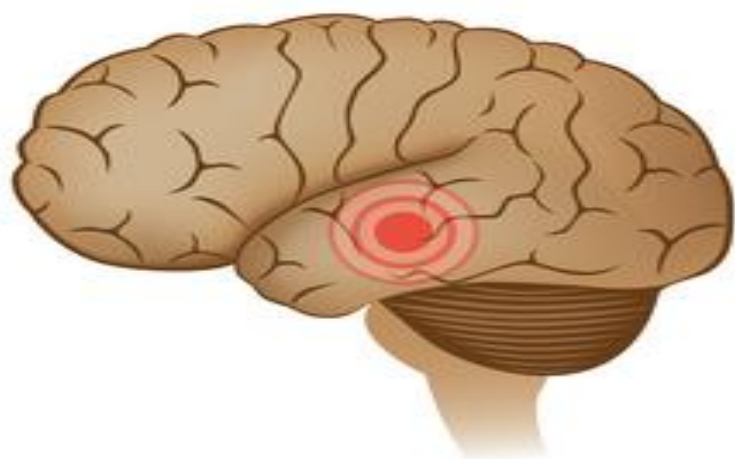
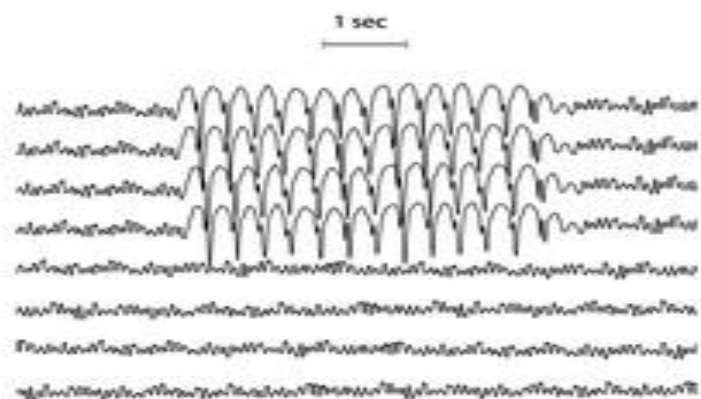


ПАРЦИАЛЬНЫЙ
ПРИПАДОК

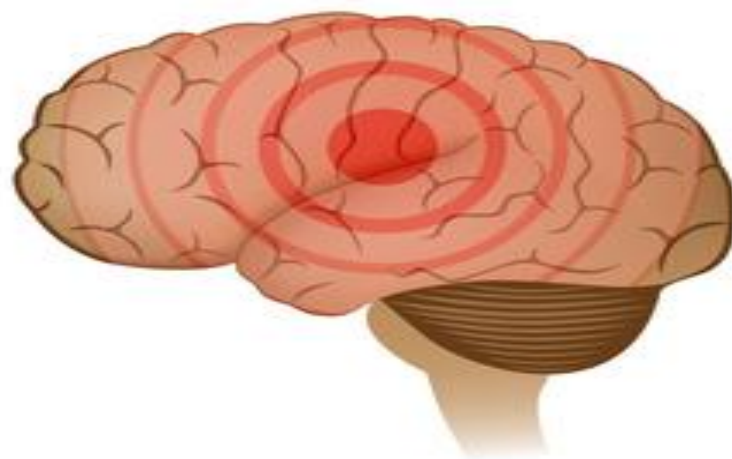
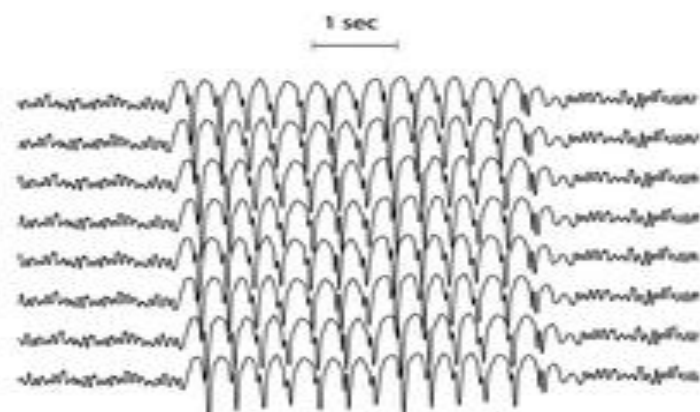


ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ
ПРИПАДОК

НАПОПРАВКУ



Парциальная эпилепсия



Генерализованная эпилепсия

Емі

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

Антиэпилептические препараты

I. Производные вальпроевой кислоты

- орфирил
- депакин
- конвулекс

II. Гетероциклические соединения

- барбитураты (бензонал, фенобарбитал, гексамидин)

- гидантоины (дифенин, фенитоин)

- оксазолидиндионы (триметин)

- сукцинимиды (суксилеп, пикнолепсин)

III. Трициклические соединения

- карбамазепин (тегретол, финлепсин)

- бензодиазепины (диазепам, клоназепам)

IV. Новые антиэпилептические препараты

- ламотриджин
- габапентин
- тиагабин
- вигаботрин
- топирамат

Тырыспалы ұстама кезіндегі тактика

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

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

АЭС қолдану принципі

1. Препараттардың индивидуальді таңдалуы
2. Үздіксіз
3. Ұзақтығы (ең соңғы ұстамадан кейін кем дегенде 5 жыл)
4. **Преимственность**
5. Бір науқас – бір дәрігер

Ұстама типіне байланысты АЭС таңдау

Ұстама типі	Препарат
Парциалды ұстама (қарапайым немесе күрделі, екіншілік генерализациямен немесе онсыз)	Карбамазепин Дифенин Вальпроенді қышқыл Ламотриджин
Біріншілік-генерализденген тонико-клоникалық ұстама	Вальпроенді қышқыл Карбамазепин Дифенин Ламотриджин
Абсанстар	Этосуксимид Вальпроенді қышқыл Клоназепам Ламотриджин
Миоклоникалық ұстама	Вальпроенді қышқыл Клоназепам
Тоникалық, клоникалық, атониялық	Вальпроенді қышқыл
Классификацияланбайтындар	Вальпроенді қышқыл

Варианты операций



Передняя каллозотомия (2/3)



Эпилептикалық 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.

Ең жиі себебі — АЭС 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.



ЭПИЛЕПСИЯ

Группа хронической судорожной патологии с внезапными приступами (припадками) с потерей или расстройством сознания, сопровождающейся судорогами и спонтанной гиперреактивностью

Генерализованные припадки		Парциальные (очаговые) судороги
большие	малые	
Тонико-клонические судороги с внезапной потерей сознания до 10–15 мин (<i>grand mal</i>)	Абсанс — внезапная кратковременная потеря сознания (<i>petit mal</i>) Акинетические — резкое кратковременное снижение мышечного тонуса Миоклонические — мелкие ритмичные подергивания мышц Гипертонические — кратковременное тоническое напряжение мышц Инфантильные спазмы — эпилептический синдром	Простые — формы: двигательная, чувствительная, психическая, вегетативно-висцеральная Сложные (смешанные) Вторично генерализованные
Эпилептический статус — длительные приступы или следующие один за другим с малыми интервалами		

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.

Тестирование больного в момент приступа

Чувствуешь ли ты что-нибудь?

Больной отвечает: "Да"



Что ты чувствуешь, где?



Как тебя зовут?



Подними вверх
правую (левую) руку



Запомни слово, которое я назову



Показать предмет: "Что это такое?"
Запомни этот предмет

Отсутствие ответа



Как тебя зовут?



Подними вверх
правую (левую) руку



Запомни слово, которое я назову



Показать предмет: "Что это такое?"
Запомни этот предмет

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, АЭС-ке сезімталдығының төмендеуі.

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.

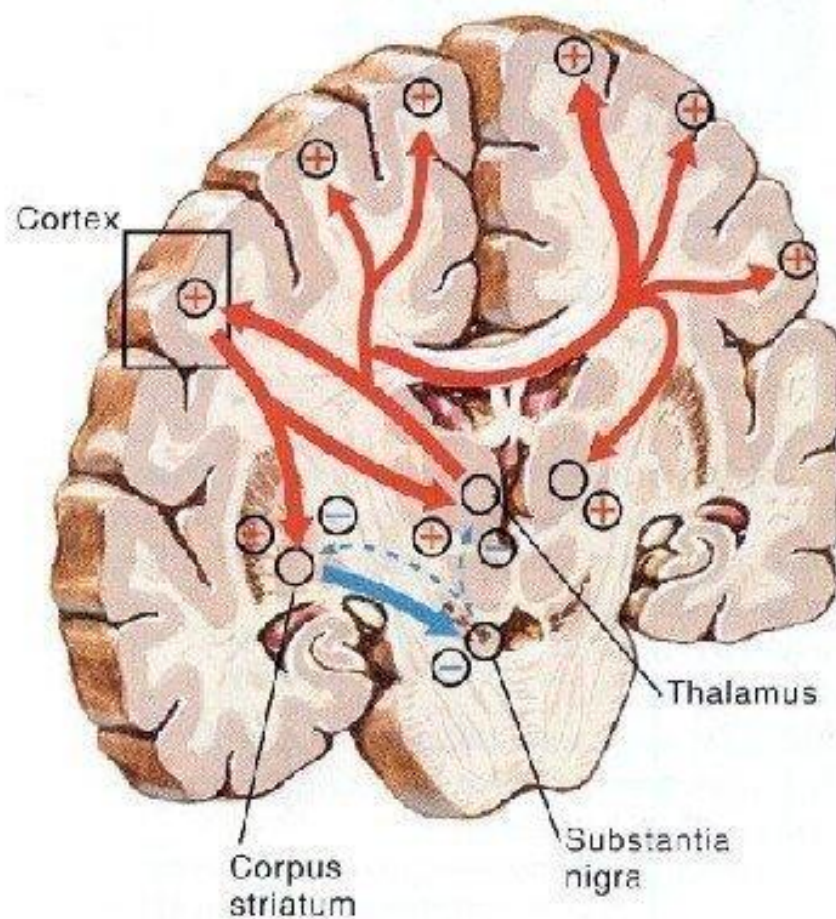
Эпилептикалық статус терапиясы

2. Көктамырдан алынған қанды клиникалық және биохимиялық зерттеуге (клиникалық қан қорытындысында, құрамындағы электролиттер, зәр қышқылын, трансаминазаны, кальциді, магниді, глюкозаны, алкогольді анықтау) жіберу.

Эпилептический очаг

■ совокупность эпилептических нейронов

- ионный дисбаланс
- дефицит ГАМК
- избыток глутамата
- синхронная активность



Эпилептикалық статус терапиясы

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.

Эпилептикалық статус терапиясы

4. Дене қызуын түсіру, АҚ қалыптастыру шараларын ұйымдастыру. Статус кезінде метаболикалық ацидоздамуы мүмкін, бірақ оның коррекциясы тек ауыр жағдайда қажет етеді.

Эпилептикалық статус терапиясы

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.

Эпилептикалық статус терапиясы

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.

Эпилептикалық статус терапиясы

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 көктамырғаенгізеді).

Рабдомиолиз кезінде регидратация және зәрді натрии бикарбонаты көмегімен сілтілі қылу қажет.

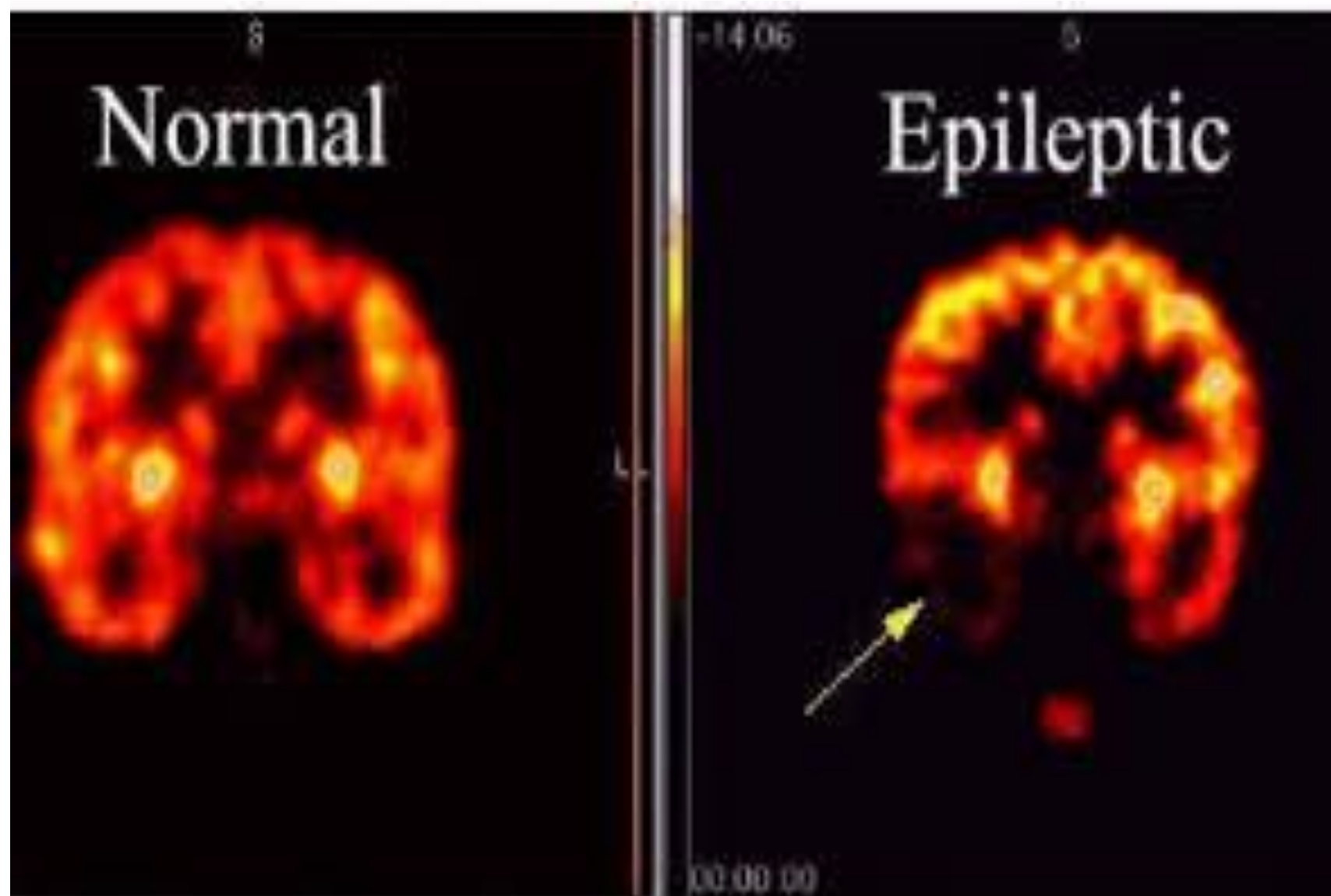
эпилептикалық статус терапиясы

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 редварительно нужно исключить наличие застойных ДЗН; во избежание вклинения целесообразно в/в капельное введение) тағайындаймыз.

Плеоцитоз және қызбаны анықтау үшін ликвордың бактериологиялық зерттеуінің нәтижесіне сүйенеміз, бәрақ ол анықталмайынша науқасқа антибактериальді терапия жасаймыз.

Науқастың жағдайы қалыптасқаннан кейін аурудың себебін анықтау үшін КТ немесе МРТ жасау қажет.



**• Назарларыңызға
а рахмет!**