

Семей қ. Мемлекеттік Медицина Университеті

СӨЖ

Кафедра: Фармакология және дәлелді медицина

Тақырыбы: Мидың қанайналым бұзылыстарында қолданылатын заттар. Құрысу синдромын емдеуде қолданылатын заттар.

Орындаған: Даниярова А.А.314-топ, ЖМ

Тексерген: Козубаева Д.Б

2017 жыл

ЖОСПАР

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

1)Эпилепсия анықтамасы, халықаралық классификациясы, этиологиясы және патогенезі, емі, емдеу тәсілдері;

2)Паркинсонизм анықтамасы клиникасы және диагностикасы, түрлері, емі;

III. Қорытынды

IV. Пайдаланған әдебиеттер

•Эпилепсия - этиологиясы әр түрлі қайталамалы талмалармен сипатталатын, нейрондардың шектен тыс разрядының нәтижесінде туатын және әр түрлі клиникалық көріністері мен параклиникалық симптомымен жүретін бас миының созылмалы ауруы

ЭПИЛЕПТИКАЛЫҚ ТАЛМАНЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

•I. Парциальді (ошақтың басталуы)

1) Жай парциальді

2) Күрделі парциальді (естің бұзылуымен жүреді)

3) Екіншілік жергілікті парциальді талмалар

•II. Жергілікті (билатеральді симметриялық, ошақты басталуы жоқ)

1) Абсанстар

2) Миоклоникалық талмалар

3) Клоникалық талмалар

•Тоникалық талмалар

1) Тонико-клоникалық талмалар

2) Атоникалық талмалар

ЭПИЛЕПТИКАЛЫҚ ТАЛМАНЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ



Этиология және патогенез

- *Негізгі этиологиялық факторлар бас-ми жарақаттары, инфекциялық аурулар және нерв жүйесінің интоксикациясы (негізінде алкогольді интоксикация), тұқым қуалау факторы болып табылады*
Эпилептикалық талманың негізіне жоғары тырысулы дайындық және үлкен жарты шар түбіндегі эпилептикалық ошақтың болуы жатыр. Уақыт өте аурудың процесінде басқа эпилептикалық ошақтар түзіледі.

Этиология және патогенез

• *Екіншілік эпилептикалық ошақтар түзілгеннен кейін түрдің өзгеруі және талмалардың қайталануы, ем жүргізу кезінде эффе́ктивтілігінің төмендеуі байқалады. Эпилептикалық талма даму үшін міндетті түрде патологиялық ырғаққа үлкен жарты шар түбінің ошақтарындағы көптеген нейрондар кіргенде ғана дамиды.*

Клиника

Эпилептикалық ошақтардың шоғырланған жерін білу хирургиялық емде үлкен тәжірибелік мәнге ие – бөлім түбірін жойғанда эпилептикалық ошақтың орналасқан ауданына байланысты. Нәтижесінде жергілікті патологиялық ритм болмайды. Бірінші саты жалғыз болып табылады, бұл жерде науқастың есі анық және бұрын, қазір болған жағдайларын есте сақтайды. Аурудың ұзақтығы – бірнеше секунд содан кейін талманың екінші сатысына ауысады.

Клиника

Екінші саты –тоникалық тырысулар сатысы. Науқас есін жоғалтады және аяқ астынан құлап түседі. Бұл жағдайда науқас өзіндік айқауларды шығарады. Тыныс алуы тоқтайды. Беті бозарып, кейіннен қызарады және тез көкпеңбек болады.

Клиника

Үшінші саты –клоникалық тырысу сатысы. Терең демалудан басталады және өздігінен тыныс алумен көрінеді (әдетте қорылғандай). Өте тез беттің цианозды мен окроцианозы жойылады. Бір уақытта әр түрлі топтардағы бұлшықеттердің ритмдік жиырылуы көрінеді- аяқтың, қолдың, дененің, мойынның, беттің, көздің, әдетте қозғалыстары жылдам, мықты, машина тәріздес.

Клиника

Төртінші сатысы- эпилептикалық кома, бұл біртіндеп ұйқыға көшеді. Тырысулар аяқталғаннан кейін көз қарашығы әлсіз жарыққа жауап береді немесе бұндай реакция белгілі бір уақыт аралығында болмайды. Науқас ауру қоздыруларына жауап бермейді. Бұл сатының ұзақтығы – 30 минут немесе бірнеше сағатқа дейін созылады.

ДЖЕКСОНОВ ЭПИЛЕПСИЯСЫ

Бұл парциальді эпилептикалық талмалардың ерекше формасы. Эпилепсияның бұндай атауы белгілі ағылшын невропатологы Джексонның атымен аталған, ол 1863 жылы парциальді эпилепсияға клинико –анатомиялық анализ берген.

КОЖЕВНИКОВ ЭПИЛЕПСИЯСЫ

Бірінші рет 1894 жылы А.Я. Кожевников сипаттаған, неврологияның қалаушысы. Ерекшелігі талмалар арасында кез келген бұлшықет тобында кешке дейін болатын клоникалық тырысулар болып табылады.



Таблица 1. Основные правила фармакотерапии эпилепсий

1. Выбор препарата в соответствии с формой эпилепсии
2. Начало с монотерапии традиционным препаратом первого выбора (карбамазепин, вальпроат). Доза – не ниже рекомендуемой терапевтической из расчета мг/кг/сутки или мг/сутки для данного возраста
3. Если на максимальной допустимой дозе нет положительного эффекта – переход на препарат второго выбора
4. Если монотерапия альтернативным препаратом неэффективна, – комбинация 2, в крайнем случае 3 препаратов, причем третьим является клоназепам, применяемый коротко-срочно (на длительней 1,5 месяцев) для купирования периодов учащения припадков
5. Если дуотерапия традиционными препаратами не эффективна, применяются препараты новейшего поколения (ламотриджин, топирамат, леветирацитам)
6. Поддержание стабильной концентрации с помощью пролонгированных форм.

Таблица 1. Сводные данные по эффективности топирамата в сочетании с другими антиконвульсантами при лечении больных парциальной эпилепсией с резистентностью к предшествующей терапии

Показатели	Privitera M. et al, 1996	Reife R. et al, 1996	Tassinari C. et al, 1996	French J, 1996; Faught E., 1997	Ben-Menachem E, 1997
Срок применения ТПМ	18 недель	14–18 недель	12 недель	14–18 недель	11–13 недель
Суточная доза ТПМ	600, 800 и 1000 мг	200, 400, 600, 800 и 1000 мг	600 мг	200, 400, 600, 800 и 1000 мг	400, 600 и 800 мг
Редукция припадков в месяц	37,5–41%	38–47%	46%	30–48%	36–46%
Редукция ВГП в месяц	66–78%	76%	Не указано	71%	84–90%
Респондеры (>50% редукции)	38–44%	43%	47%	27–47%	35–47%
Респондеры при ВГП (>50% редукции)	47–67%	Не указано	Не указано	67%	80%
Нетто-эффективность	12–32%	31%	37%	29–35%	27–43%
Врачебная оценка общего улучшения	72–85%	Не указано	50%	72–86%	Не указано

АЭП	Тип припадков*	Дозы, мг/кг массы (для взрослых)	Период полужизни, ч	Оптимальная частота приема в сутки
Вальпроат	Все типы	15-60	14	3
Карбамазепин	П, ГСП	10-25	12	
Клоназепам	Абс	0,03-0,3	30	2-3
Ламотриджин	П, асат, атип Абс	3-5	24	
Примидон	П, ГСП	10-20	12	3
Фенитоин		3-8	15-30	2-3
Фенобарбитал		2-4	80-90	2
Этосуксимид	Абс	10-30	40	

* П — парциальные, ГСП — генерализованные судорожные, Абс — абсансные.

4

Кеппра: эффективность при идиопатической генерализованной эпилепсии (выводы)

- Кеппра достоверно наиболее эффективна при юношеской миоклонической эпилепсии
- Кеппра высокоэффективна при генерализованных судорожных приступах и эпилептическом миоклонусе
- Кеппра наименее эффективна при изолированных приступах типичных абсансов

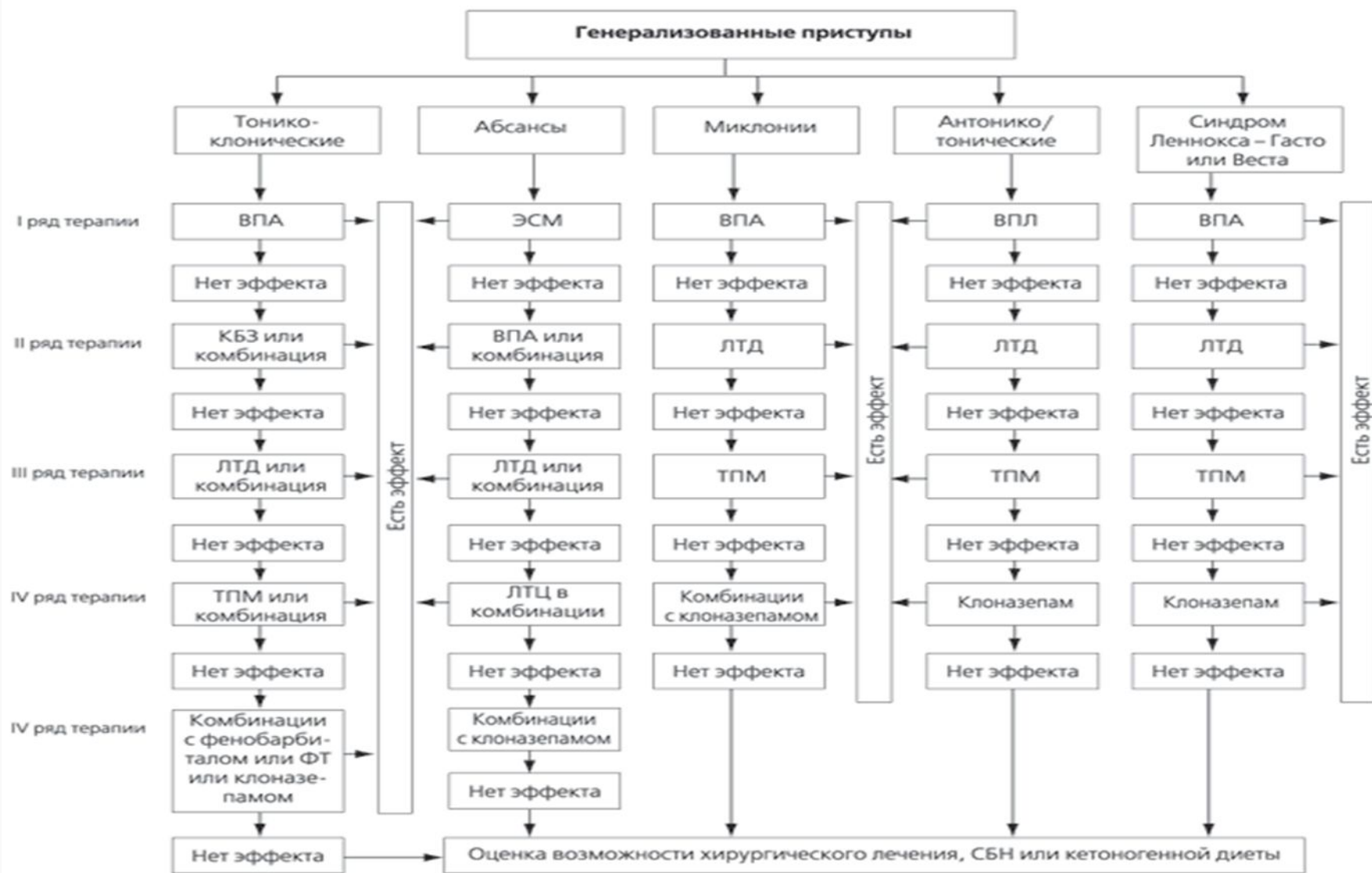
6

Монотерапия Кеппрой в лечении эпилепсии (результаты исследования)

- **Идиопатическая генерализованная эпилепсия (15 больных).** Ремиссия – 93%. Урежение частоты приступов на 50% и более – 7% (1 пациент)
- **Симптоматическая фокальная эпилепсия (10 больных).** Ремиссия – 40%. Урежение частоты приступов на 50% и более – 60%
- Ни в одном случае не было отмечено отсутствия эффекта или аггравации приступов!
- Удержание на монотерапии в течение 1 года составило 60%

*К.Ю.Мухин, М.Д.Тысячина, С.В.Пилюя, М.Б.Миронов, А.С.Петрухин
Русский журнал детской неврологии, 2008 (в печати)*

Рис. 6. Схема терапии генерализованных приступов эпилепсии



Примечание. Со второго и далее рядов терапии возможен переход на монотерапию. V ряд терапии вряд ли применим.

*У
ТӘСІЛ
ДЕРІ*

- 1) ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АДАПТАЦИЯ*
- 2) ЖАЛПЫ ТӘРТІП*
- 3) ТАҒАМДЫҚ ТӘРТІП*
- 4) ҚЫЗДЫРУ ЖӘНЕ ИНСОЛЯЦИЯДАН
АЛЫСТАТАДЫ*
- 5) ҰЙҚЫ ЖӘНЕ ДЕМ АЛУ ТӘРТІБІ*
- 6) БЕЛСЕНДІ ӨМІР СҮРУ*
- 7) МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ЕМДЕУ*
- 8) ЕМДЕУДІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕРІ*
- 9) ЭПИЛЕПСИЯЛЫҚ СТАТУСТЫҢ ЕМДЕЛУІ*
- 10) ФИТОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ ГОМЕОПАТИЯ*

• ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ ДЕГЕНЕРАТИВТІ АУРУЛАРЫ – БҰЛ БЕЛГІЛІ БІР СТРУКТУРАЛАРДЫҢ ЗАҚЫМДАРЫ (ПАРАЛИЧ, ЭКСТРЕМАЛДЫ, МЕНИНГИАЛДЫҚ) МЕН СИПАТТАЛЫНАТЫН АУТОСОМДЫ-ДОМИНОСОИТТЫ НЕМЕСЕ АУТОСОМДЫ РЕЦЕССИВТІ ТҰҚЫМ ҚУАЛАЙТЫН АУРУЛАР ТОБЫНА ЖАТАДЫ АУРУДЫҢ ІШІНДЕ ЭКСТРОПИРОМИДОЛЫҚ ЖҮЙЕНІҢ ЗАҚЫМДАЛУЫ МЕН ПАРКИНСОН АУРУЫ КӨП КЕЗДЕСЕДІ

**•БҰЛ АУРУДЫ АЛҒАШ РЕТ АНГЛИЯ ДӘРІГЕРІ Д.
ПАРКИНСОН ДІРІЛ ПАРАЛИЧІ ДЕП
СИПАТТАҒАН. ПАРКИНСОИЗМ
ТҰРҒЫНДАРДЫҢ 1%-60ЖАСҚА ДЕЙІН, 5%-
ОДАН ҮЛКЕН ЖАСТА КЕЗДЕСЕДІ ЖӘНЕ ДЕ
ЕРКЕКТЕР ӘЙЕЛДЕРГЕ ҚАРАҒАНДА КӨП
АУЫРАДЫ**

**• ПАРКИНСОН АУРУЫН
(ИДИОПАТИКАЛЫҚ ПАРКИНСОНИЗМ)
ЖӘНЕ ПАРКИНСОНИЗМ СИНДРОМЫН
АЖЫРАТАДЫ.**

КЛИНИКАСЫ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ

- **НЕГІЗГІ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІСІ** ГИПОКИНЕТИКАЛЫҚ-ГИПЕРКИНЕТИКАЛЫҚ ОҒАН ГИПА ЖӘНЕ ОКИНЕЗИЯБОЛЫП ЕСЕПТЕЛІНЕТІН ТОНУСЫНЫҢ ЖОҒАРЫЛАУЫ ТӘН. БҰҒАН ӨЗІНДІК БҮГІЛУ ҚАЛЫПТАР ТӘН: БАС ЖӘНЕ КӨКІРЕК АЛҒА ҚАРАЙ ЕНКЕЙГЕН; ҚОЛДАР ШЫНТАҚ БІЛЕЗІК, ФОЛОНГОАЛЫҚ БУЫНДАРДА БҮІЛГЕН, ЖИІ ТЫҒЫЗ КӨКІРЕК ЖӘНЕ КЕУДЕНІҢ БҮЙІР БЕТТЕРІНЕ ЖЕЛІНГЕН, АЯҚТАР ТІЗЕ БУЫНДАРЫНДА ЖАРТЫЛАЙ БҮГІЛГЕН.

**•ЫМДЫҚ БӨЛШ ЕСЕПТЕЛІНЕТІНДЕРДІҢ ҚОЗҒАЛЫСЫ
ТМЕНДЕЙДІ. НАУҚАС ҰСАҚ ҚАДАМДАРМЕН ЖҮРЕДІ. ЖҮРУ
КЕЗІНДЕ ҚОЛДАРДЫҢ ДОСТЫҚ ҚОЗҒАЛЫСЫ КӨРІНБЕЙДІ (АХЕЙРОКИНЕЗ). АЯҚ-ҚОЛДАРДЫҢ ПАССИВТІ
ҚОЗҒАЛЫСЫНДА БҰЛШЫҚЕТТІК ҚАРСЫЛЫҚ АНТОГОНИСТІК
БҰЛШЫҚЕТТІК ТОНУСТЫҢ ЖОҒАРЫЛАУЫНА БАЙЛАНЫСТЫ
ӨЗІНДІК ЖӘНЕ «ТІСТІ ДӨҢГЕЛЕК» ФЕНОМЕНІ БАЙҚАЛАДЫ**

***•ВЕГЕТАТИВТІ ӨЗГЕРІСТЕР БЕТ
ТЕРІСІНІҢ ЖӘНЕ БАСТЫҢ ШАШТЫ
БӨЛІГІНІҢ МАЙЛАНУЫМЕН,
ГИПЕРСАЛИВАЦИЯМЕН,
ГИПЕРГИДРОЗБЕН, АЯҚ-ҚОЛДАРДЫҢ
ДИСТАЛЬДЫ БӨЛІСТЕРІНІҢ
ТРОФИКАЛЫҚ ЗАҚЫМДАРМЕН
КӨРІНЕДІ.***



*1 АС ҚАСЫҚТАН
КҮНІНЕ 3 РЕТ АС
ҚАБЫЛДАУ
АЛДЫНДА 1-2
САҒАТ БҰРЫН
НЕМЕСЕ АСТАН 2
САҒАТТАН
КЕЙІН. ЕМДЕУ
КУРСЫ -6 АЙ.*

- **ИСРАДИЛИН ПАРКИНСОН АУРУУЫ КЕЗІНДЕ ӨЛІП ҚАЛАТН БАС МИЫНЫҢ НЕЙРОНДАРЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРЕДІ.**
- **ИСРАДИЛИН - КАЛЬЦИЙ АНТОГОНИСТІ.**



•ҚАРСЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ:
ЖҮКТІЛІКТІҢ 1 ТРИМЕСТРІ
БАЛА ЕМІЗУ
ЖОҒАРЫ СЕЗІМТАЛДЫҚ
17ЖАСҚА ДЕЙІНГІ
БАЛАЛАРҒА
ГИПЕРТОНИКАЛЫҚ КРИЗ
БАУЫР ЖЕТІСПЕУШЛІГІ
БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШЛІГІ

ҚОРЫТ ЫНДЫ

СОҢҒЫ 20-25 ЖЫЛ АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ДАМУҒА ҚАРАМАСТАН ЭПИЛЕПСИЯНЫҢ ЭФФЕКТИВТІ ЕМІ ӘЛІ ҚИЫН ЖӘНЕ ӘРҚАШАН ОРЫНДАЛМАЙТЫН МАҚСАТ БОЛЫП ТАБЫЛАДЫ. ЕГЕР 1,5-2 АЙ ИНТЕНСИВТІ ЕМДЕУ АРҚЫЛЫ ТАЛМАЛАР ЖОЙЫЛСА, ОНДА АУРУ БАСЫЛАДЫ ДЕП АЙТУҒА БОЛАДЫ. ПАРКИНСОНИЗМ ӨЗІНЕ КОМПЛЕКСТІ ЖӘНЕ ҰЗАҚ ТЕРАПИЯНЫ ҚАЖЕТ ЕТЕДІ. СИМПТОМДЫҚ АНТИПАРКИНОСИКАЛЫҚ ПРЕПАРАТТАРДЫҢ ІШНДЕ АНТИХОЛИНЕРГИЯЛЫҚ ПРЕПАРАТТАР МАҢЫЗДЫ РӨЛ АТҚАРАДЫ.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

