

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

# Тақырыбы: Нерв жүйесінің миелинсізденген аурулары.

Орындаған: Исабайқызы Н.

Группа: 016-2к

Факультет: ЖТД

# Демиелиннирленген аурулар

- Миелин қабығының әртүрлі деңгейдегі бұзылыстарымен сипатталатын, иммунды жүйенің агрессивті реакциясының нәтижесінде дамидын созылмалы аурулар тобы.

# Қауіп-қатерлі факторлар

- Негізінен жас адамдар (20-40 жас) арасында жиі кездеседі. Әйелдер жиірек ауырады.
- Сыртқы және ішкі факторлар.
- Вирустық инфекцияның (ретровирустар, қызылша вирусы, қызамық, тұмау вирустары), географиялық факторлардың және генетикалық қабылдағыштықтың өзара әрекеттесуіне байланысты.
- Токсикалық заттармен радиациялардың әсері.
- Травма және стресстік жағдайлар.
- Жалпы популяциядағы көрсеткішпен салыстырғанда ШС даму қаупі жақын туыстар арасында 20-50 есе артық.

# Миелин аурулары 2 топқа бөлінеді.

- Миелинопатия- негізінде миелин қабығының генетикалық, биохимиялық ақауының құрылысының бұзылысына жататын тұқым қуалайтын ауру.
- Миелинокластин- жүре пайда болатын сыртқы және ішкі патологиялық факторлардың әсерінен дамыған нервтердің миелин қабығының бұзылысы.

# Шашыранды склероз (ШС)

- Иммунотапшылық фонында ми мен жұлынның ақ тінін көп ошақтанып зақымдайтын, нерв жүйесін үдемелі түрде миелинсіздендіретін, ауыр мүгедек ететін созылмалы ауру.

# Процесстің орналасуына байланысты:

- 1. Церебральді.
- 2. Спинальді.
- 3. Цереброспинальді.

# Аурудың ағымы бойынша:

- 1. Рецидивті-ремиссиялы формасы. Өршу кезеңдерінің аралығында ауру үдеп кетпейді.
- 2. Ілкі прогредиентті (үдемелі) формасы. Ауру басталысымен неврологиялық бұзылыстар тұрақты түрде үдей береді.
- 3. Салдарлық прогредиентті формасы. Неврологиялық бұзылыстар біртіндеп күшейе түседі.
- 4. Прогредиентті-рецидивті формасы. Әрбір өршуі ілкі үдемелі ағымға үстемелене береді.

# Клиникасы

- бір немесе екі көздің көруінің нашарлауы;
- бедеулік;
- бас айналу және жүрек айну;
- сөйлеудің бұзылуы;
- шаршағыштық.



# Физикалық тексеру:

- көру нервінің невриті;
- бір немесе бірнеше аяқ-қолдың спастикалық парезі;
- атактикалық жүріс;
- интенционды тремор;
- түрлі соматосенсорлық бұзылыстар;
- қуық және тік ішек дисфункциясы;
- психикалық бұзылыстар, мысалы дезориентация.

# Негізгі диагностикалық шаралар

- 1. Қанның жалпы анализі.
- 2. Несептің жалпы анализі.
- 3. Офтальмолог консультациясы (көру жітілігін анықтау, көздің түбін, көру аясын тексеру).
- 4. Магнит-резонанстық томография.
- 5. Қанның биохимиялық анализі.

# Қосымша диагностикалық шаралар:

- 1. Ми-жұлын сұйықтығының анализі.
- 2. Компьютерлі томография.
- 3. Ревматолог консультациясы.
- 4. Терапевт консультациясы.
- 5. Уролог консультациясы.
- 6. Инфекционист консультациясы.
- 7. Электрэнцефалография.
- 8. Электрокардиография

## **Ем мақсаты:**

- неврологиялық кемістіктерді азайту және қалпына келтіру;
- тұрақты ремиссияға қол жеткізу;
- асқынуларды тоқтату;
- тіршілік сапасын жақсарту.

# Патогенездік ем

- Иммундық жүйедегі белсенді жасушалар митінінің құрылымын бұзатын (деструкциялайтын) процесті тоқтатуға бағытталады. Бұл топқа жататын дәрі-дәрмектердің көбісі иммунотропты препараттар. Олар иммунитет реттелуіне, гематоэнцефалиялық тосқауылдың функциясына әсер етеді. Глюкокортикоидтар (метилпреднизолон) иммуносуппрессорлық әсер етеді. Иммуномодуляторлар тобынан интерферон бета-1б немесе оның ұқсас түрлері тағайындалады.

- ШС ауруы өршіген науқастар (оның ішінде көру нерві невритіне шалдыққандар да) жоғары дозада кортикостероидтар қабылдау керек. Метилпреднизолон 1 г/тәу. венаға жіберіледі, 3-5 күннен кейін преднизолонды таблетка түрінде қабылдауға көшеді. Преднизолонды алғашқы апта бойы тәулігіне 1 мг/кг дене салмағына шақтап береді, кейінгі 1-2 апта ішінде дозаны тез азайта отырып дәрі ішуді мүлдем тоқтатады

# Симптоматикалық ем:

- 1. Науқастың жалпы жағдайын жеңілдетуге бағытталады. Қанның микроцеркуляциясын жақсарту үшін декстрандар тағайындалады – бір курсына 2-3 рет 200 мл-ден 400 мл-ге дейін; ноотроптар (пирацетам) 20% - 5 мл, бір курсы 5-10 рет; бұзау қанынан дайындалған протеинсіздендірілген гемодериват драже түрінде 200 мг-нан 600 мг-ға дейін, немесе 40 мг бұлшықетке жіберіледі; шошқа миынан алынған пептидтер комплексі 50,0 мл-ден 100,0 мл-ге дейінгі мөлшерде венаға жіберіледі – бір курсы 5-10 инъекция.

- Бұлшықеттің спазмға бейімділігін емдеу үшін баклофен тағайындалады (бастапқы дозасы 5 мг тәулігіне 2-3 рет., әдеттегі дозасы 20 мг/тәу.), немесе толперизон тәулігіне 50 мг-нан 150 мг-ға дейінгі шамада беріледі