

**Орталық жүйке жүйесі
зақымдалып өмірге қауіп
төнген жағдайда жедел көмек
көрсету және диагностика
алгоритмі**

Лекция жоспары

- Шұғыл төтенше жағдай, өмірге қауіпті жағдай, анықтамасы.
- Орталық жүйке жүйесі зақымдалып, өмірге қауіп төнген жағдайдағы диагностика алгоритмі
- Инсульттер, жіктелуі, кезеңдері
- Мидағы қанайналым бұзылысының диагностикасы
- Ауруханаға дейінгі кезеңдегі инсульттің емі
- Бас ми жарақаты, анықтамасы, жіктелуі
- Бас ми жарақаты кезіндегі тасымалдау және диагностикасы
- Бас ми ісігі, анықтама, жіктелуі, клиникалық белгілері
- Бас ми ісігі кезіндегі жедел көмек көрсету.
- Қорытынды

Жағдайдың күрт нашарлау концепциясы

Жағдайдың күрт нашарлауы - жеке жүйелердің қызметінің бұзылысы мен физиологиялық қызметінің бұзылыстарымен кездесетін науқастың жағдайы. Бұл кезде жүйелер өздігінен қалпына келе алмайды, олар толық немесе жартылай қалпына келтіруді талап етеді. (Г.А.Рябов, 1979)

Мидың зақымдалуында жағдайдың күрт нашарлау концепциясы



Ол науқастың біріншілік және екіншілік ми структурасының зақымдалуымен, жүйелі және гуморальды механизмге жауап беретін, сонымен қатар жедел шара қолдануды, интенсивті терапияны және реанимацияны қолдануды талап етеді.



Қауіп төндіретін жағдай



□ **Денсаулықтың шекті межедегі жағдайы** өмірге айқын қауіп төндіреді, кейде біріншілік тексеру кезінде

□ **Қауіп төндіретін жағдай** әр түрлі көрінуі мүмкін: аурудың белгілі бір орны мен айқын белгілері болуы мүмкін (дене температурасының көтерілуі, ұстама, есінің бұзылуы); кіші белгілерінің болуы (әлсіздік, тамақтан бас тарту, жылауықтық) сәйкес келетін жағдайларда (мысалы, анасына, баласының қандайда бір дәрі қабылдағандай болуы және т.б.)

Жедел жағдайлар

- симптомдардың болуы (клиникалық белгілер), жедел медициналық көмекті қажет ететін немесе зардап шегуші не пациентті госпитализациялау
- Төменде көрсетілген жағдайлардың барлығы өмірге қауіп төндірмейді ,бірақ осындай жағдайларға тап болған кезде адамның физикалық және психикалық денсаулығына тікелей әсер ету мақсатында



Орталық жүйке жүйесін зақымдалатын өмірге қауіп төнген жағдайда жедел көмек көрсету және диагностикалау алгоритмі

| Орталық жүйке жүйесінің біріншілік патологиялық жағдайы | Біріншілік соматикалық ағзалардағы патологиялық жағдай | Экзогенді әсерден пайда болған патологиялық жағдай |
|---|---|--|
| <p>1. Жедел ми қанайналым бұзылысы</p> <p>2. Ми бас жарақаты</p> <p>3. Менингит, энцефалит (екіншілік в т.ч)</p> <p>4. Ұстамалық синдром, эпилептиалық статус</p> <p>5.Электротравма</p> | <p>1. Эндогенді интоксикация (бауырлық және бүйрек жеткіліксіздік)</p> <p>2. Гипогликемия < 2,5 ммоль/л, гипергликемия > 16 ммоль/л.</p> <p>3. САҚ 180 мм с.б., жоғары , ДАҚ 80-70 мм с. б. төмен болуы</p> <p>4. Генерализденген инфекциялық процесс (сепсис, септицемиа)</p> <p>5. Терминальды сатысы жүйелі аурулар (онкология, анасарка және т.б.)</p> <p>6. Электролиттік және қышқылды-сілтілі баланс бұзылысы</p> <p>7. ЖТЖ (ОПН)</p> | <p>1. Экзогенді улану, әсіресе нейротропизммен</p> <p>2. Бас ми жарақаты</p> <p>3. Электротравма</p> <p>4. Асфиксия, жедел тыныс жеткіліксіздігі</p> |

□ Орталық жүйке жүйесінің зақымдалуына әкелетін этиологиялық факторлардың әр түрлі болғанына қарамастан, зақымдалу патогенезі біртүрлі. Мидың **ГИПОКСИЯсы және ИШЕМИЯсы** кезінде биохимиялық процестерінің ишемиялық «глутаматтық» реті қосылып, бас миының ісінуімен, дислокациясымен, жүйке жасушаларының өлуімен жүреді.

Ишемия мозга

Снижение синтеза АТФ
и деполяризация клеточной мембраны

Выделение глутамата и гиперактивация
NMDA и AMPA глутаматных рецепторов

Вход $[Ca^{2+}]$ в клетку, активация системы каспаз
и нейрон специфической NO синтазы,
развитие окислительного стресса

Гибель нейронов

Инсульттің жіктелуі

"ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ
ОКНО" -
первые 3-6 часов



| Жеделдеу острейший период | Жедел кезеңі | Ерте қалпына келу кезеңі | Кеш қалпына келу кезеңі | Тұрақты қалған белгілер |
|---|-----------------------|-----------------------------|---|-------------------------------|
| <u>Өткінші</u> <u>Ми қан</u> <u>айналым</u> <u>бұзылыс</u> <u>ы</u> | <u>Кіші ИНСУЛЬТ</u> | | <u>Тұрақты ИНСУЛЬТ белгілерімен</u> <u>ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ</u> ИНСУЛЬТ | |
| <u>ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ</u> <u>ИНСУЛЬТ</u> | <u>АРАЛАС ИНСУЛЬТ</u> | | <u>ИШЕМИЯЛЫҚ</u> <u>ИНСУЛЬТ</u> | |

- Әр түрлі клиникалық белгілері және терапияда әр түрлі жолы бар инсульт түрлерін **геморрагиялық, ишемиялық** және аралас деп қарастырамыз
- Бас миының жедел қанайналым бұзылысында көбірек кездесетін-ишемиялық инсульт ,ол өзі пайда болу себебіне байланысты 5 ке бөлінеді.

Неврологиялық дефициттің айқындылығы мен болуына байланысты өтпелі ми қан айналым бұзылысының бірнеше түрін ажыратамыз-бір күннің ішінде қалпына келетін неврологиялық бұзылыстар, кіші инсульт-3 апта ішінде қалпына келеді. Және де тұрақты неврологиялық дефицит болған жағдайда қалдық көріністері бар тұрақты инсульт диагнозы қойылады.

Ми инсультінің патогенетикалық түрлері

А. Ишемиялық МИ:

- атеротромбтық
- кардиоэмболиялық
- гемодинамикалық
- лакунарлық
- гемореологиялық микроокклюзия

Б. Геморрагиялық МИ:

- Жарақаттық емес субарахнойдалді қанқұйылу
- Паренхиматозды қанқұйылу
- Мишықтық қанқұйылу
- субарахноидалді-паренхиматоздық
- Вентрикулярлық қанқұйылу
- паренхиматозды-вентрикулярлық

Ми инсультінің кезеңдері

- Жеделдеу кезең – 5 күнге дейін;
- Жедел кезең -28 күнге дейін,
- Ерте қалпына келу кезеңі – 1-6 ай аралығы,
- Кеш қалпына келу кезеңі – 6 айдан 2 жылға дейін,
- период стойких остаточных явлений - более 2 лет.
- *Қайталанған инсульт боп саналады-ауырған күннен бастап бастап 28 күн ішінде қайта ауырса*



ТЕРМИНОЛОГИЯ

- **Ми инсульті (МИ)** – кенеттен дамыған клиникалық неврологиялық синдром, мидың ишемиясына және қанқұйылуынаа байланысты дамиды.
- Неврологиялық ошақтың немесе мидың жалпылама бұзылысы 24 сағатқа созылады немесе өліммен аяқталады.
- Егер 21 тәулікте қалпына келсе кіші инсульт деп аталады.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

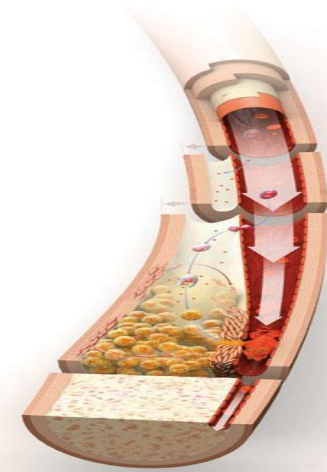


- **Мидағы жедел қанайналым бұзылысы (ОНМК)** –милық инсуыт деген түсінік ми қан айналым бұзылысымен бірдей.
- **Ми қанайналымның өтпелі бұзылысы**-церебральды циркуляцияның жедел бұзылысы дамидын және 24 сағатта қайта қалпына келетін клиникалық синдром.
- Мидағы жедел қанайналым бұзылысы **транзиторлы ишемиялық шабуыл**,және **гипертензивті церебральды криздер**. Мидағы жедел қанайналым бұзылысындағы ТИШ-ошақты симптоматикамен қысқа уақытты ми ишемиясымен эмболия нәтежиесінде пайда болады.ГЦК-АҚ көтерілуімен жалпы милық және неврологиялық симптомдармен сипатталады,қантамырларның спазмымен жүреді.
- **гипертензивті церебральды криздің ауыр формасы ол: майда қан тамырларының өткізгіштігінің жоғарылауымен милық қанайналымның ауторегуляциясының бұзылысымен көрінеді. ГЦК ның ең ауыр формасы Жедел гипертензивті энцефалопатия.**

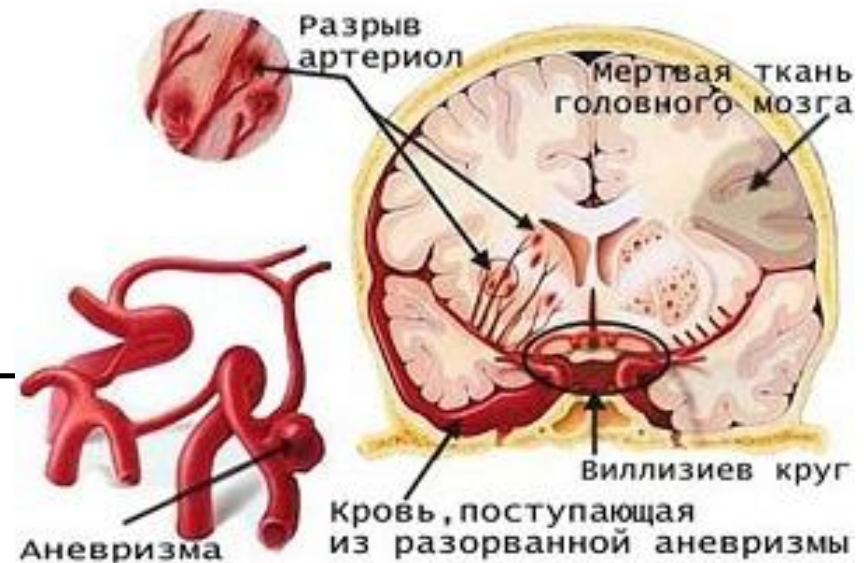


Ми инсультінің түрлері

- ишемиялық (ми инфаркті);
- геморрагиылық (миға қанқұйылу)
- Субарахноидалді қанқұйылу (прорыв крови в подпаутинное пространство и желудочковую систему головного мозга).



Қанқұйылудың басқа да түрлері – көп жағдайда жарақаттан болған субдуралді және эпидуралді гематомалар. Ми инсультіне жатпайды.



Диагностикасы

Мидағы қанайналым бұзылыстарын(МҚБ) анықтау келесі бөлімдерден тұрады:

- 1. МҚБ-на соқтыратын аурулар мен патологиялық жағдайлар**
- 2. МҚБ сипаттама (ПНМК,ОНМК, инсульты и др).**
- 3. Мидағы зақымдалған ошақ орны**
- 4. Мидағы зақымдалған қантамыр ошағына сипаттама**
- 5. Клиникалық синдромдарға сипаттама**
- 6. Қал-жағдайының ауырлығы**

МҚБ-на әкелетін аурулар мен патологиялық жағдайлар

- Атеросклероз**
- Гипертониялық ауру**
- Атеросклероартериалдық гипертензия**
- Вазомоторлық дистония (НЦД)**
- Артериалдық гипотония**
- Жүректегі патологиялық өзгерістер (жүрек жеткіліксіздігі)**
- Өкпелік-жүрек жеткіліксіздігі салдарынан дамыған мидағы веналық қанайналым өзгерісі (өкпе эмфиземасы)**
- Инфекциялық және аллергиялық васкулиттер**
- Ми қантамырының токсикалық зақымдануы**
- Эндокриндік жүйе аурулары**
- Ми қантамырының жарақаттық зақымдануы**
- Мидағы қысым жоғарылауы (омыртқа жотасындағы өзгерістер мен ісіктерге байланысты)**
- Қан аурулары**

Жедел бас миының қан айналым бұзылысы диагностикасы

АНАМНЕЗ – кенеттен пайда болған жедел тұрақты неврологиялық дефицит қозғалмалы, сезімтал және сирек жағдайда 40 жасан асқан адамдарда эмоциялық, физикалық күштен, ұйқыдан дереу оянғанда немесе ыстық ваннада, АҚ жоғары не төмен болуы, сөйлеу бұзылыстары **МИ ҚАНАЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ** диагнозы қоюға көмектеседі.

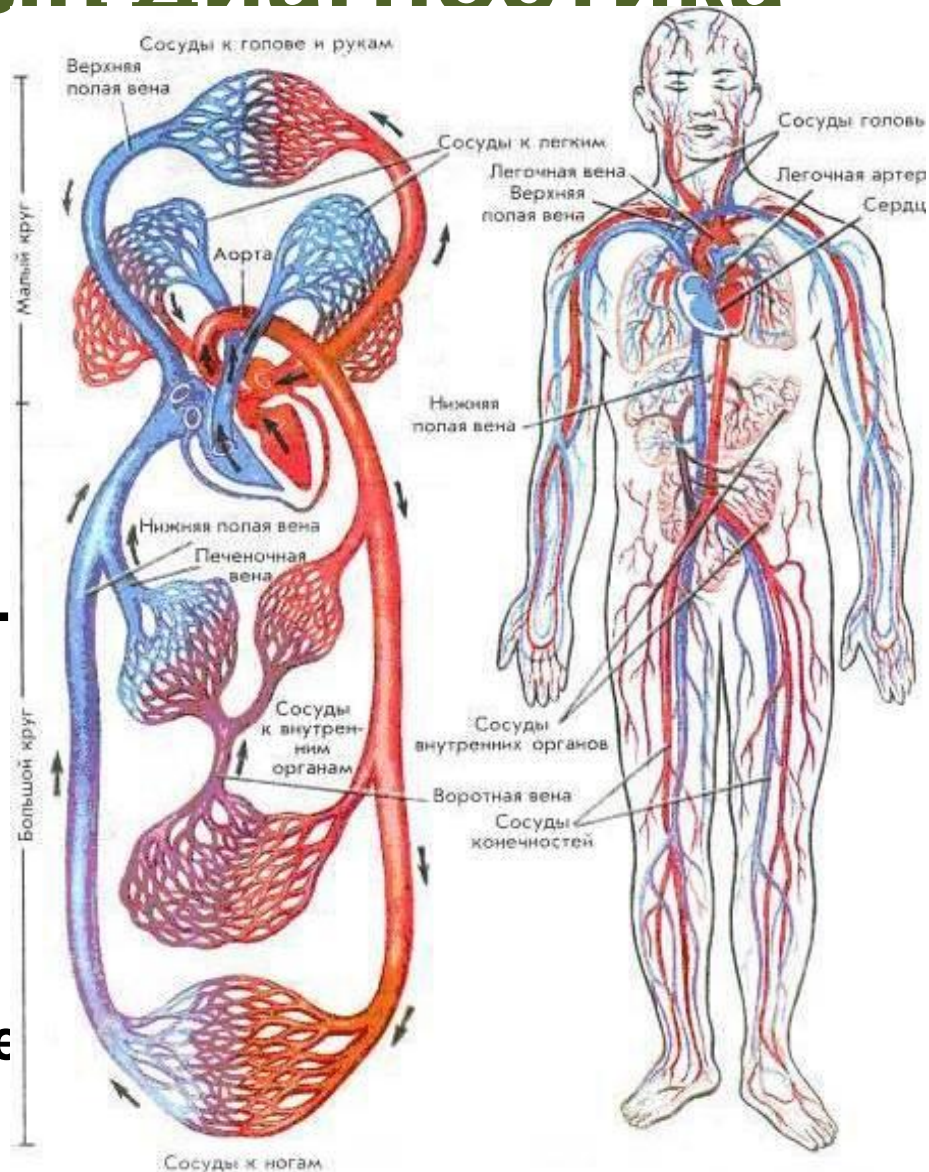


Жедел ми қан айналым

Бұзылысының диагностика

□ Қан тамыр аурулары бар науқастар (жақын арада миокард инфарктысын басынан кешкендер, жыпылықты аритмия төменгі шеткі аймақтардағы тамырларының атеросклерозы және т.б.) біріншілік кезеңде диагнозды анық қоя алады.

□ Көбінесе инсульттің қате диагнозы: эпилептикалық ұстама кезінде; ми ісіктерінде артерио-венозды мальформацияларда; субдуральды гематомада



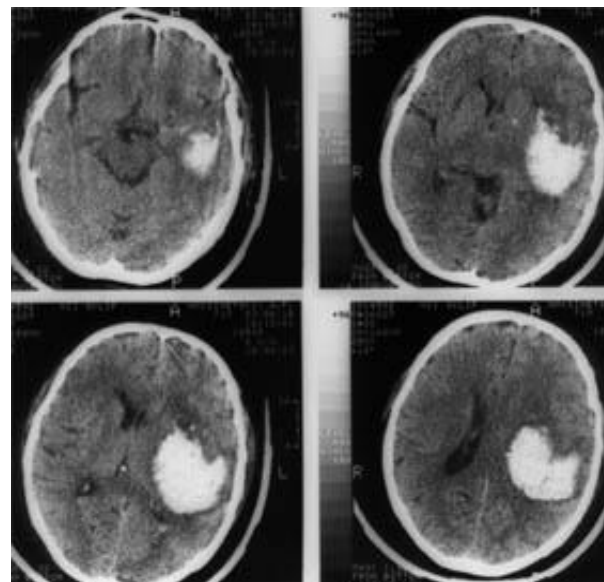
Инсульттың диагностикалық сипаты

- Ауруханаға дейінгі кезеңде инсультті толық анықтау мүмкін емес
- Орташа алғанда ең тәжірбиелі дәрігердің өзінің әр 4-5 науқастың инсульт миға қан құйылу, ми инфаркты диагнозы қате болып шығады. Бірінші кезекте миға КТ жасау маңызды, себебі одан жасалатын көмектің тиімдігі жоғарылайды.
- Негізінен инсульт диагнозын қойған кезде КТ ДҮНИЕЖҮЗІЛІК СТАНДАРТ болып табылады.
- КТ ға қарағанда МРТ сезімтал. Ми инфарктының алғашқы сағаттарында үнемі ми затындағы КТ да көрінбейтін өзгерістерді анықтайды. Алайда МРТ миға қан құйылу кезінде анықталуы төмен, сол себепті КТ әдісі неврологиялық клиникаларда кеңінен қолданылады..

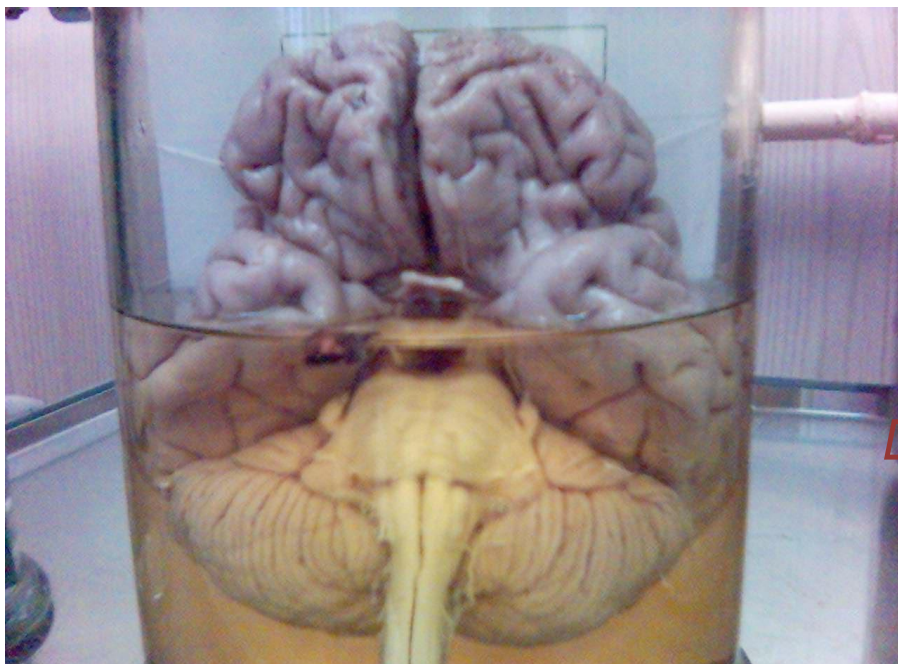
Соотношение ИИ к ГИ 5:1



Ишемиялық инсульт



**Геморрагиялық
инсульт**



□ **Ауруханаға дейінгі кезең**-ми қан айналысының жедел бұзылысы кезінде жедел жәрдемнің алғашқы сатасы болып табылады. Жедел жәрдемнің тиімді жұмысы көптеген аурулардың алдын алады.

□ **«Уақыт-ми» концепциясы**-инсульт кезіндегі көмек жедел болуы тиіс. Ауруханаға дейінгі кезеңнің негізгі мақсаты –миға қан құйылысының жедел бұзылысының диагностикасын тасымалдау кезінде минимальды уақыт тежеуі. Инсульт симптомдарының науқастың өзімен немесе туысқандарымен анықталуы алғашқы көмектің сипаты тасымалдау әдісі үлкен маңызға

FAST тесті

Парамедиктерге арналған тесттің негізінде инсульттің жиі көріністері мен жедел жәрдемге халық пен телефонды интервью алгоритмі құрастырылды.

Интервью келесі қойылатын міндетті сұрақтардан тұрады:

А. Бет ассиметриясының болуы немесе болмауы.

Б. Жоғарғы шеткі мүшелердің біржақты әлсіздігінің болуы немесе болмауы.

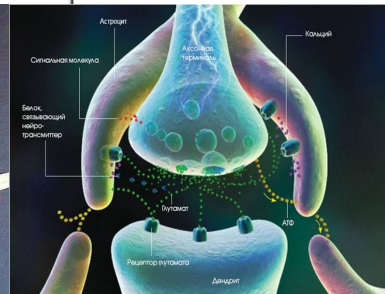
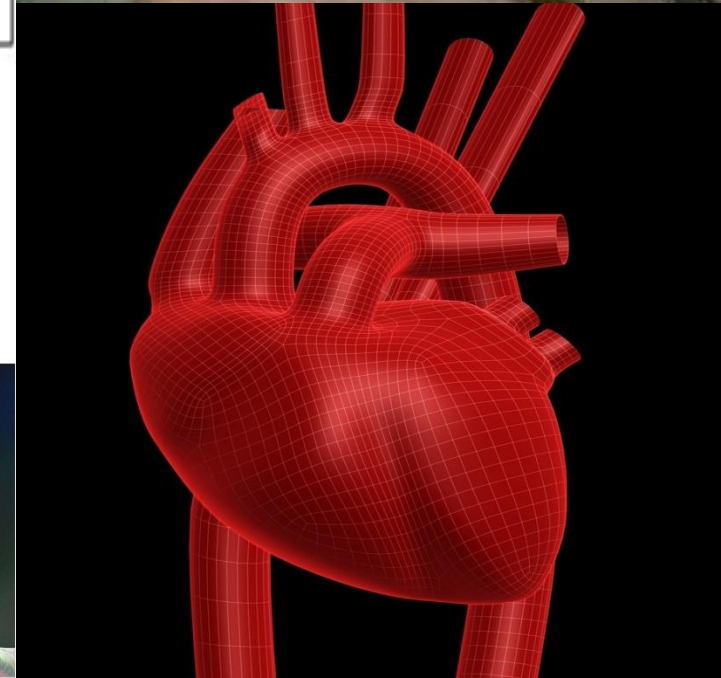
В. Сөйлеу бұзылыстарының болуы немесе болмауы.

Г. Жоғарыда көрсетілген симптомдардың пайда болу уақыты. (жай және тез)

Жоғарыда аталған сұрақтардың кем дегенде біреуіне жауап берсе миға қан құйқылу жедел бұзылысына күдіктеніп дереу жедел жәрдем бригадасын жіберуіміз қажет.

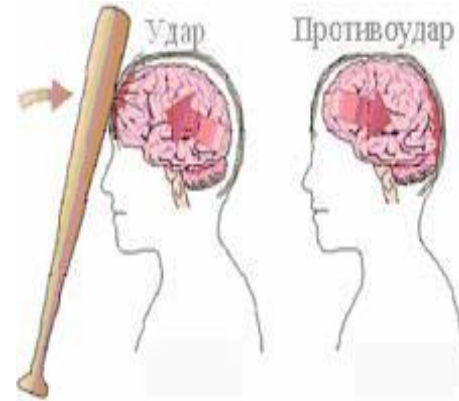


Ауруханаға дейінгі кезеңдегі инсульттің диагностикалық

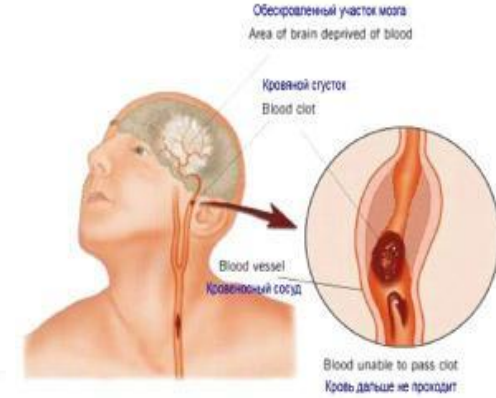
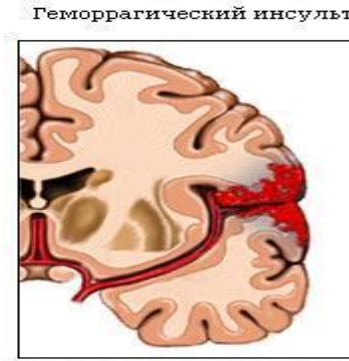
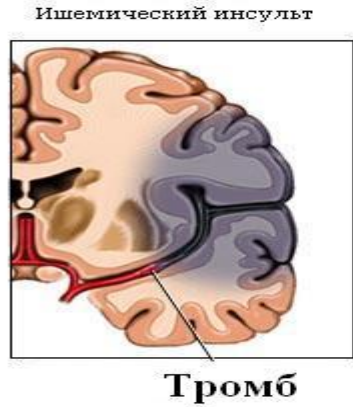
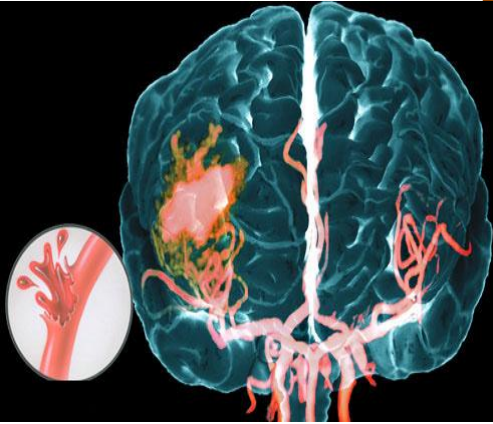


Науқасты қарау кезінде маңызды

- Мидың жұмсақ тіндерін мұқият қарау және пальпациялау
- Сыртқы есту және тыныс алу жолдарын қарау о
- Ми қан айналысының жедел бұзылысын анықтау үшін ошақты немесе жалпы милық және менингияльды симптомдар науқаста қантамыр аурулар қатерімен және басқа аурулар болмаған жағдайда болады.

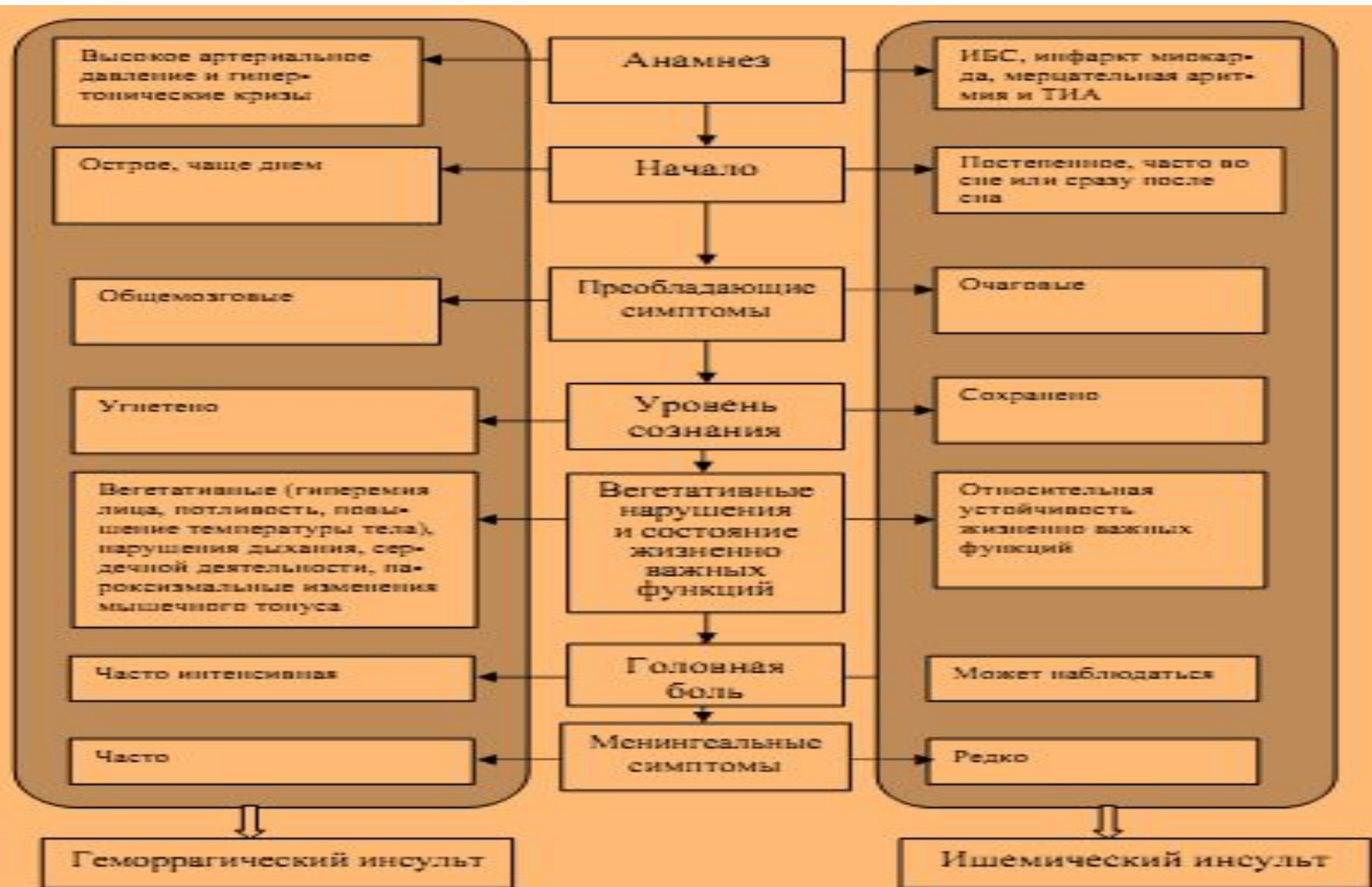


Инсульттың сипаттамасы



Ауруханаға дейінгі инсультті дәл анықтау мүмкін емес, алайда оны болжау науқасты госпитализациялауға көмектеседі.

Ауруханаға дейінгі кезеңдегі инсульт сипаттамасын анықтау алгоритмі



Госпитализация

Инсульт – жедел жағдай, сондықтан барлық науқастар ауруханаға жеткізілуі қажет.

Госпитализациялауға салыстырмалы қарсы көрсетілімдер:

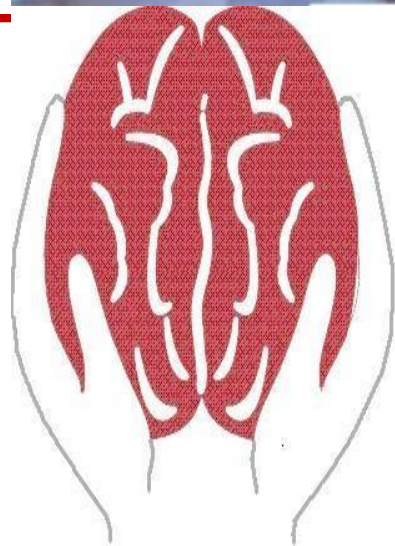
- терминальды кома;
- агональды жағдай;
- Ісік немесе басқа да созылмалы соматикалық аурулардың терминальды кезеңі;
- Психикалық ауруларға бейім адамдар , инсульт дамуына себепті;
 - ❖ *Келесі жағдайларда дереу госпитализациялау көрсетілген.*
 - ❖ *Госпитализация уақыты минимальды болуы қажет, ауру басталғаннан 3 сағат ішінде жеткізілуі тиіс.*
 - ❖ *Тасымалдау <30° басы көтерілген зембілмен жүзеге асырылады.*



кешені

Инсульттың емі ауруханаға дейінгі кезеңде екі негізгі бағыттан тұрады:

Базисті терапия ауруханаға дейінгі кезеңде тыныс алу мен жүрек қан тамыр жүйесін қалпына келтіру үшін, басішілік қысымды емдеуге, ми ісігі мен жедел инсульттің асқынуларын емдеуге бағытталады. **Базисті терапиямен қатар госпитальға дейінгі кезеңде мейлінше ертерек нейропротективті препараттар қолдануымыз қажет.**



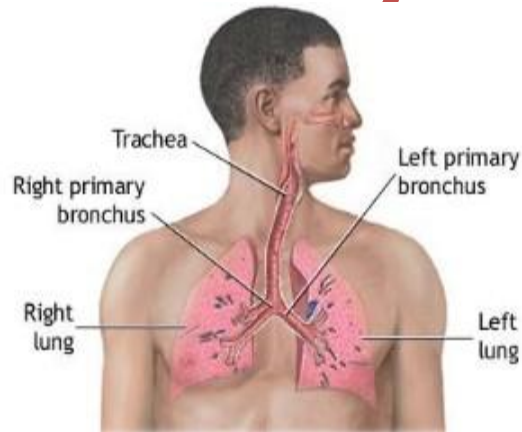
Инсульттің базисті терапиясы

I. Тыныс жолдарының санациясы

Тыныс жоладрының өтімділігін қылпына келтіру жүргізіледі, қажет болған жағдайда ауа өткізгіш пен тіл фиксациясы қойылады.

Тыныс жолдарын бағалау және жүргізілетін шаралардың тиімділігі мынадай негіздерде жүзеге асырылады:

- Тыныс қимылдарының саны мен ырғақтылығы;
- Шырышыты және тырнақ қалпының жағдайы;
- Көмек бұлшық еттерінің тыныс алуға қатысуы;



Инсульттің базисті терапиясы



II. адекватты вентиляция мен оксигенацияны жүргізу

Есінен танған жағдайда оттегі ингаляциясын жасайды



ӨЖВ жүргізуге көрсеткіштер:

брадипноэ <12 в 1 минуту

1. тахипноэ >35-40 в 1 минуту

2. Өршіген цианоз

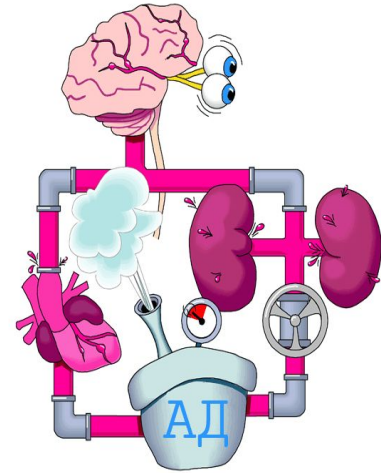
3. арте...



Инсульттің базисті терапиясы

III. Артериялық қысымның оптимальды деңгейін ұстап тұру.

- Антигипертензивті перпараттарды жедел парентеральды кезінде міндетті түрде артериялық қысым артериялды гипертензия мен ауыратын адамдарда 200-100 мм\сн\ бағ аспауы тиіс, ал қалыпты адамдарда 180/90 аспауы тиіс;
- АҚ бірсәттік түсіру, қалыптыдан 15-20% аспауы тиіс.
- Шама келгенше церебральды тамырлар әсер етпейтін препараттарды қолдану керек.
- Тамыр кеңітетін препараттар қолдануға көрсетілмеген (никотиновая кислота, папаверин, но-шпа и др) Госпитальға дейінгі инсультта гемморагиялық смпаты кезінде қайтадан қан кетуге әкелуә мүмкін, ал ишемиялыұ сипатты қан тамырлардан қан басқа тіндерге өтіп кетуі мүмкін.



| АД | Препараты | Варианты коррекции |
|----------|---|--|
| Повышено | Препараты, не влияющие на ауторегуляцию церебральных сосудов: <ul style="list-style-type: none">• иАПФ• бета -адреноблокаторы; | Каптоприл 25мг под язык (если сознание не нарушено) Эналаприл 0,625 мг в/в (если сознание нарушено) |
| Понижено | Препараты, оказывающие вазопрессорное действие (альфа-адреномиметики), глюкокортикоидные препараты, объемозамещающие средства (декстраны, плазма, солевые растворы) | Преднизалон 60-90 мг или дексаметазон 4(8) мг в/в + полиглюкин 200 (400) мл в/в капельно |

Инсулыттың базисті

терапиясы

IV. Бас миының ісігімен күрес.

Ауруханаға дейінгі кезеңде осмотикалық диуретиктерді енгізу қажет. 15% Маннит көктамыр ішіне 0.5-1.5 г/кг 20 минут ішінде енгізіледі.

Миға қан құйылудың жедел бұзылысы кезінде фуросемид қолдануға болмайды, себебі ол тек ісінуге әсер етіп қана қоймай, гемоконцентрация дамуына алып келеді.



Инсульттің базисті терапиясы

V. Тырысу синдромын емдеу.

Тырыспа синдромы жайылмалы және фокальді болып бөлінеді., инсультпен бірге жүреді, ми тінін зақымдалғанын көрсетеді және миды зақымдаушы факторға жатады.



реланиум 10 мг (сибазон, диазепам, брузепам) көктамырға жайлап енгіземіз. Әсер болмаса 3-4 минуттан соң максимальді дозада қайта енгіземіз. (максимальді тәуліктік доза 80 мг – 8 ампул)

- **эпилепсиялық статус жағдайда – тиопентал натрийді сыртқы көрінісін қатаң бақылай отырып енгіземіз.**

НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ

Ерте нейропротекторлар
тағайындалады

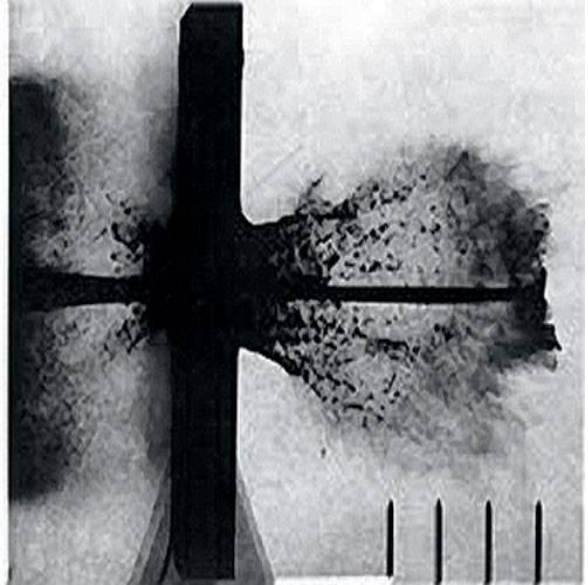
1. Ми инфарктысының көлемін азайтады
2. «терапевтикалық терезе» терминінің уақытын созады.
3. Қосымша реперфузионды және инсульт кезіндегі зақымнан қорғайды.





НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ

Инсульттің сипаттамасына тәуелсіз және оның патогенетикалық түріне байланыссыз кешенді нейропротективті терапия қолданылады.



**кормагnezин 20% 10 мл на физ. р-ре
в/в медленно (7-10мин)**

- **мексидол 5%-2 мл. (300-400 мг в сутки)**
- **цитихолин 500-2000мг в сутки**
- **глицин 100 мг в таб. до 1 гр. в сутки**
- **глиатилин 200 мг 4 мл. (600-800 мг в сутки)**
- **магния сульфат 25%-5,0 мл (2гр.в сутки)**
- **оксибутират натрия (ГОМК) 20%-10 мл**
- **церебролизин от 10 до 50 мл бір**

Бас ми жарақаты

- **Маңызы медико-әлеуметтік мәселе**
- **Ересектерде негізгі себеп-жол көлік апаты және өндірістегі кездейсоқ жағдай, балаларда – қозғалмалы ойындар мен құлау.**
- **Бас ми жатақатының емдеуін дамыту негізгі физиологиялық көрсеткіштерге, ісінуге қарсы терапия басішілік түзілістерінің көлемін тез диагностикалау, летальды жағдайды төмендетеді.**
- **Науқастар жиі еңбекке жарамсыз болып қалады**

Бас ми жарақаты жарақаттардың 30-50% құрайды

Үлкен қалаларда

1 орында транспорттық,

2 орында -тұрмыстық,

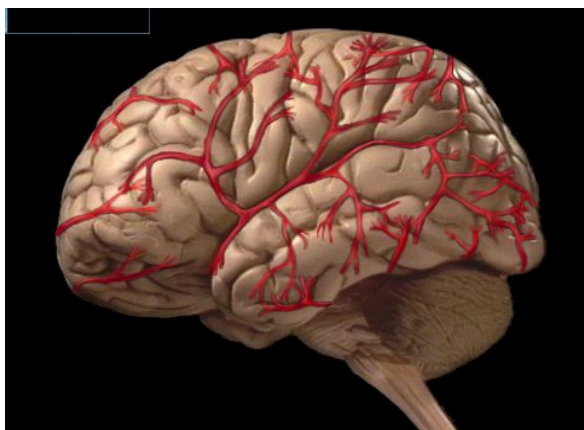
3 орында-өндірістік

Солардың 60-80% -аралас

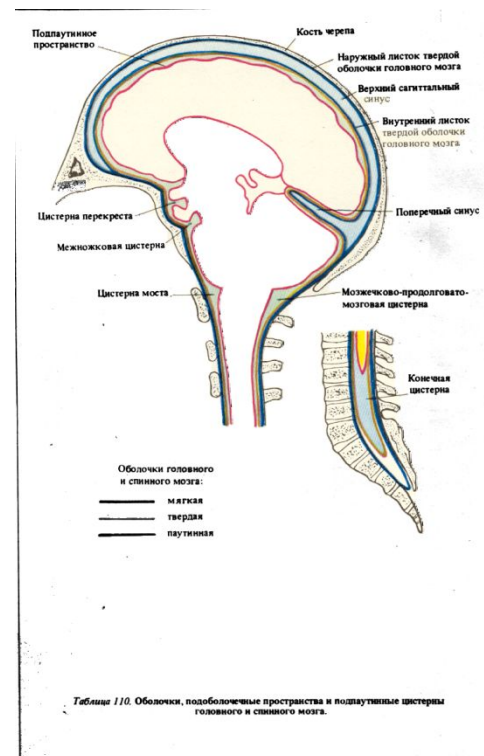
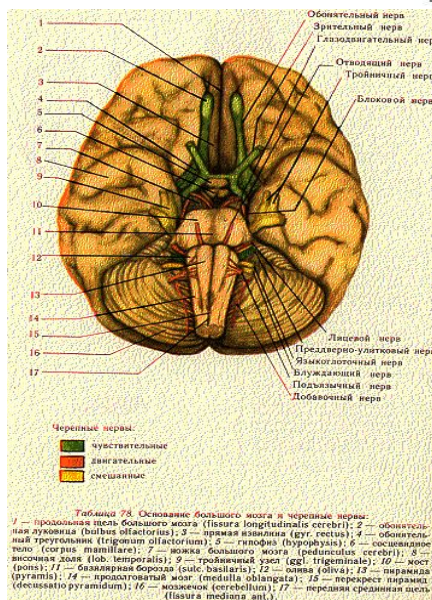
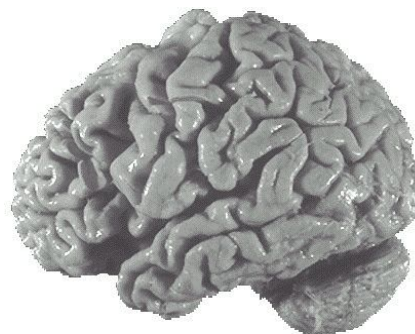
Бас ми жарақатының 44-62% алкогольді масаңдану фонында жүреді, сол себепті науқастың ауырлатады, диагностиканы қиындатады.

Бас ми жарақаты

Бас ми заттары



Бас миы қантамыры



Ликвор жүйесінің милық қабаты

Бас ми нервтері

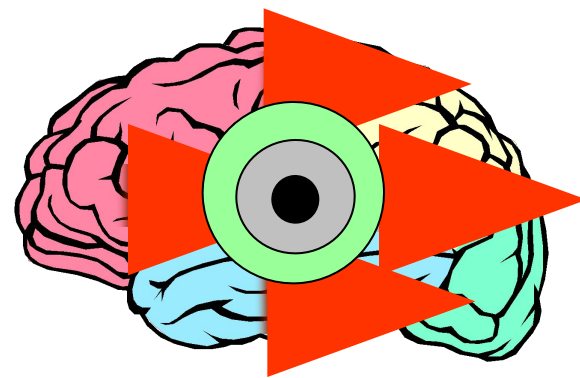
Бас ми жарақаты кезінде ми зақымын біріншілік және екіншілік деп бөледі.

- ***Біріншілік*** жарақаттық әсерден пайда болады, патоморфологиялық түрде жүйке талшықтарының диффузды бұзылыстарымен көрінеді.
- ***Екіншілік*** бас ішілік асқынулардан кейін немесе миға оттегі немесе қоректік зат жеткіліксіздігінен пайда болатын асқынулардан түзіледі.

Зақымдалған мидың қазіргі заманғы анықтамасы

Басішілік факторлар

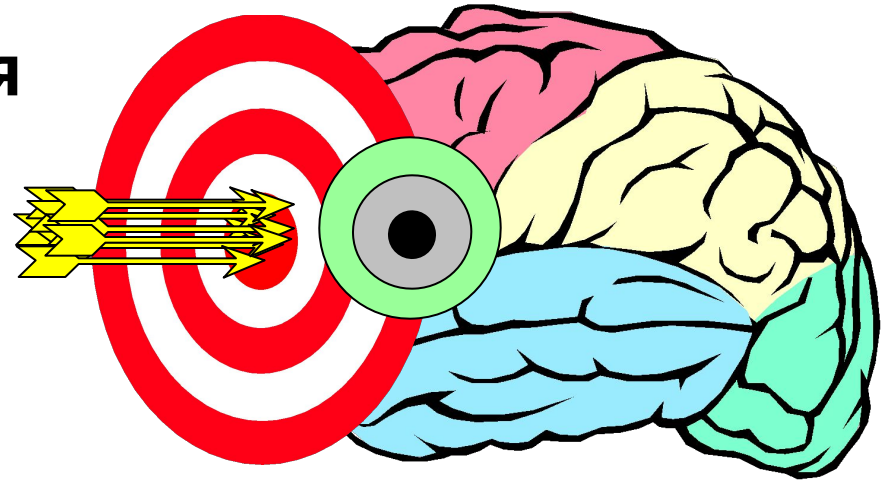
- **Басішілік ишемия мен қан құйылу**
- **Басішілік гипертензия және ми ісінуі**
- **Дислокационды синдром және бас миы тамыры компрессиясы**
- **Церебральды вазоспазм**
- **Басішілік инфекция**



Зақымдалған мидың қазіргі заманғы анықтамасы

Бас сыртылық фактор

- Гипоксияның қайталамалы эпизодтары
- АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПОТЕНЗИЯ
- ГИПЕРТЕРМИЯ
- ГИПОНАТРИЕМИЯ
- ГИПОГЛИКЕМИЯ
- ГИПЕРГЛИКЕМИЯ
- ГИПОКАПНИЯ
- АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ



Бас ми жарақатының жіктелуі

- * жарақат әрекетінің механизміне байланысты
- * Бас ми жарақатының түріне байланысты
 - * ми тінінің зақымына байланысты
- * Бас ми жарақатының сипатына байланысты
- * Бас ми жарақатының формасына байланысты
- * Бас ми жарақатының сипатына байланысты

ЖАРАҚАТ ӘСЕРІНІҢ МЕХАНИЗМІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ

**МЕХАНИЗМ
СОҚҚЫ-СОҚҚЫҒА ҚАРСЫ**

**МЕХАНИЗМ
ЖЫЛДАМ-БАЯУ**

**МЕХАНИЗМ
АРАЛАС**

**МИДЫҢ ОШАҚТЫ
ЖАРАҚАТТАРЫ БАСЫМ**

**МИДЫҢ ДИФФУЗДЫ
ЖАРАҚАТТАРЫ БАСЫМ**

Сыртқы себептер мен жарақат жағдайлары тобы

өндірістік
(12-15%)

өндірістік ТРАВМАТИЗМ

Ауыл-шаруашылық ТРАВМАТИЗМ

ШКОЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ

Өндірістік емес

тұрмыстық ТРАВМАТИЗМ (50-80%)
БАЛАЛАРМЕН ҚАТАҢ ҚАРЫМ-
ҚАТЫНАСТА БОЛУ

ЖОЛ АПАТТАРЫ (10-50%)

СПОРТТЫҚ

МИ ТІНІНІҢ ЗАҚЫМДАЛУ ТҮРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ

ОШАҚТЫ ЗАҚЫМДАЛУ

- СОҚҚЫ
- Қан құйылу
- езілу

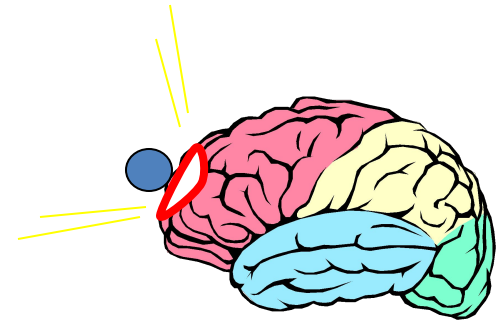
ДИФФУЗДЫ ЗАҚЫМДАЛУ

- МИ ШАЙҚАЛУЫ
- ДИФФУЗДЫ АКСОНАЛЬДЫ
ЗАҚЫМДАЛУ (ДАП)

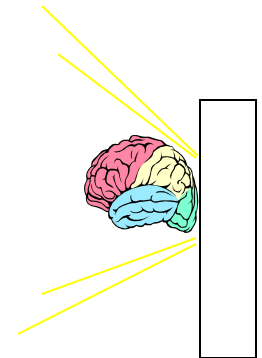
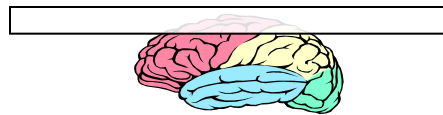
АРАЛАС ЗАҚЫМДАЛУ

СЫРТҚЫ ӘСЕРДІҢ ЕРЕКШЕЛІГІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ

БАСТЫҢ БЕЛГІЛІ БІР АЙМАҒЫ

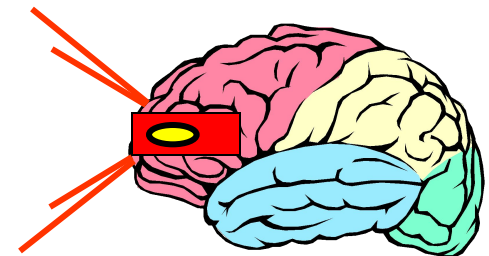


БАСТЫҢ ЕЗІЛУІ



ҚАТТЫ ЗАТҚА БАСТЫҢ СОҒЫЛУЫ

**БАС МИЫ МЕН БАС СҮЙЕГІНІҢ АТЫЛҒАН ЖӘНЕ
ЖАРЫЛҒАН ЖАРАҚАТЫ**



БАС МИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

АШЫҚ ЖАРАҚАТ

ЕНБЕЙТІН

ЖАБЫҚ ЖАРАҚАТ

ТЕРІ ЗАҚЫМДАЛУЫ МҮМКІН

**□ ТЕРІ ЗАҚЫМДАРЫ ЖӘНЕ
АПОНЕВРОЗ**

**БОЛУЫ МҮМКІН
БАС СҮЙЕГІНІҢ СЫНУЫ,
Сыртқы ортадан хабар болмауы
(мидың қатты қабығы зақымданбаған)**

ЕНЕТІН

- ТЕРІ**
- АПОНЕВРОЗ**
- БАС СҮЙЕГІ**
- МИДЫҢ ҚАТТЫ ҚАБЫҒЫ**

NB! БАС СҮЙЕГІНІҢ НЕГІЗГІ СЫНЫҚТАРЫ

ЛИКВОРЕЯ-АШЫҚ БАС МИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ НЕГІЗГІ БЕЛГІЛЕРІ

КЛИНИКАЛЫҚ ФОРМАЛАРҒА БАЙЛАНЫСТЫ БАС МИЫ ЖАРАҚАТЫ (МКБ-10)

1. БАС МИЫНЫҢ ШАЙҚАЛУЫ (60-90%)

2. БАС МИЫНЫҢ ОШАҚТЫҚ СОҚҚЫСЫ (5-15%):

2.1 ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕ

2.2 ОРТА ДӘРЕЖЕ

2.3 АУЫР ДӘРЕЖЕ

3. ДИФФУЗДЫ АКСОНАЛЬДЫ ЗАҚЫМДАЛУЫ

4. БАС МИЫНЫҢ ҚЫСЫЛУЫ (1 - 3%)

4.1 БАСІШІЛІК ГЕМАТОМА

4.2 ЖАНШЫЛҒАН СЫНЫҚ

4.3 БАСҚА СЕБЕПТЕР

5. БАСТЫҢ ЕЗІЛУІ

АУЫРЛЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ БАС МИИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

I. ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕЛІ БАС МИИ ЖАРАҚАТЫ

1. БАС МИИНЫҢ ШАЙҚАЛУЫ

2. ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕЛІ БАС МИИНЫҢ СОҚҚЫСЫ

II. ОРТА ДӘРЕЖЕДЕГІ БАС МИИ ЖАРАҚАТЫ

**1. ЖЕҢІЛ-ОРТАША ДӘРЕЖЕЛІ БАС МИИНЫҢ СОҚҚЫСЫ,
БАС СҮЙЕГІ СЫНЫҚТАРЫ МЕН БІРГЕ НЕМЕСЕ СЫНЫҚТАРСЫЗ**

АУЫРЛЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ БАС МИИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

III. АУЫР ДӘРЕЖЕДЕГІ БАС МИИ ЖАРАҚАТЫ

1. АУЫР ДӘРЕЖЕЛІ БАС МИИНЫҢ СОҚҚЫСЫ

2. Бас миының қысылуы:

а) басішілік гематома (поднадкостнично-эпидуральные, эпидуральные, субдуральные, внутримозговые, внутрижелудочковые, множественные)

б) бас сүйектерінің жаншылған сынықтары

в) бас сүйектің «өспелі» жарақаты

г) гидромы

д) «қыспалы» пневмоцефалия

3. ДИФФУЗДЫ АКСОНАЛЬДЫ МИДЫҢ ЖАРАҚАТТАНУЫ

4. Бастың ұзақ қысылуы

БАС СҮЙЕКТЕРІ СЫНЫҚТАРЫ

НЕГІЗДІК

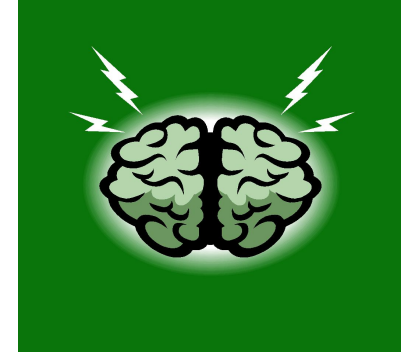
СЫЗЫҚТЫҚ

ТЕСІЛГЕН

ЖАРЫҚШАҚ

ЖАНШЫЛҒАН

ЖАБЫҚ БАС МИИ ЖАРАҚАТЫ



- бас сүйегі бүтіндігі бұзылып, немесе жұмсақ тіндердің жарақаты мен зақымдалуы болатын бас миы мен бас сүйегінің жарақаты
 - бас миы шайқалуы жабық бас ми жарақаттары кезеңде 70-80% кездеседі
 - патоморфологиялық өзгерістер тек жасушалық немесе субклеткалық деңгейде анықталады.
- Макроструктуралық патология болмайды.**

БАС МИЫ ШАЙҚАЛУЫ(60-90%)

САНА-СЕЗІМ БҰЗЫЛМАҒАН НЕМЕСЕ БІРНЕШЕ МИНУТҚА ЖОҒАЛАДЫ

ЕСІ БҰЗЫЛМАҒАН НЕМЕСЕ РЕТРОГРАДТЫ, КОНГРАДТЫ, АНТЕРОГРАДТЫ АМНЕЗИЯ

**ШАҒЫМДАР
Ы** БАС АУРУЫ, БАС АЙНАЛУ, ЛОҚСУ, ҚҰСУ, ӘЛСІЗДІК,
ҚҰЛАҚТАҒЫ ШУЫЛ, ВЕГЕТАТИВТІ СИМПТОМДАР

**НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ
КӨРІНІСТЕР** АЗ УАҚЫТТЫ КӨЗ ҚОЗҒАЛТУ БҰЗЫЛЫСТАРЫ,
КӨРУ ӨТКІРЛІГІНІҢ БҰЗЫЛЫСЫ, КӨЗДЕГІ АУРУ
СЕЗІМІ, КӨЗГЕ ҚОС КӨРІНУ, ГИПЕРАКУЗИЯ,
РЕФЛЕКСТЕРДІҢ АССИМЕТРИЯСЫ,
АРТЕРИАЛЬДЫҚ ҚЫСЫМНЫҢ ӨЗГЕРУІ,
ПУЛЬСТЫҢ ӨЗГЕРУІ.

БАС МИЫНЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫ

ми затының әртүрлі макроструктуралы зақымдалуымен көрініс береді (геморрагия, деструкция), сонымен бірге субарахноидальды қан құйылумен, жиілігі мен көрінісі контузия ауырлығымен байланысты бас сүйегі негізінің сүйектері сынуымен көрінеді. Бас миы зақымдалуы кезінде бас миының ісінуі болады. Ісіну жергілікті, бөлікті, жарты шарлық және жайылған болуы мүмкін.

БАС МИЯ ЗАҚЫМЫНЫҢ АУЫРЛЫҒЫНЫҢ 3 ДӘРЕЖЕСІ

клиникалық жарақат алғаннан кейін естің жоғалу уақытының ұзақтығымен көрініс береді

Ми зақымының жеңіл дәрежесі – бірнеше минуттан 15-20 минутқа дейін созылуы мүмкін, ми шайқалудан айырмашылығы бас сүйегі сынуы мен субарахноидальды қан құйылулар кездесуі мүмкін

Ми зақымының орташа дәрежесі-15-20 минуттан бірнеше сағатқа созылады.

Ми зақымының ауыр дәрежесі-бірнеше сағаттан бірнеше аптаға созылуы мүмкін.

БАС МИ ЗАҚЫМЫНЫҢ ЖЕҢІЛ ДӘРЕЖЕСІ

САНА-СЕЗІМ

АЗ УАҚЫТҚА ЖОҒАЛТУ(БІРНЕШЕ МИНУТ)

ЕСІ

**РЕТРОГРАДТЫ, КОН- НЕМЕСЕ АНТЕРОГРАДТЫ
АМНЕЗИЯ ТҮРІНДЕ БҰЗЫЛЫСТАР БАЙҚАЛУЫ
МҮМКІН**

**ШАҒЫМДАР
Ы**

**БАС АУРУЫ, БАС АЙНАЛУ, ЛОҚСУ, ҚҰСУ,
ӘЛСІЗДІК, ҚҰЛАҚТАҒЫ ШУЫЛ, ВЕГЕТАТИВТІ
СИМПТОМДАР-АНЫҚ**

**НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ
КӨРІНІСТЕР**

**7-14 КҮНГЕ СОЗЫЛАТЫН ЖАЛПЫ МИЛЫҚ
НЕМЕСЕ ОШАҚТЫҚ СИМПТОМДАР**

СЫНЫҚТАР

БОЛУЫ МҮМКІН

ЕМІ

**МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ТЕРАПИЯ ЖӘНЕ
7-10 КҮН ТӨСЕКТІК РЕЖИМ**

БАС МИЫ ЗАҚЫМЫНЫҢ ОРТАША ДӘРЕЖЕСІ

САНА-СЕЗІМ

ҰЗАҚҚА СОЗЫЛАТЫН ЖОҒАЛТУ (БІРНЕШЕ МИНУТТАН БІРНЕШЕ САҒАТҚА СОЗЫЛАДЫ)

ЕСІ

РЕТРОГРАДТЫ, КОН- НЕМЕСЕ АНТЕРОГРАДТЫ АМНЕЗИЯ ТҮРІНДЕ БҰЗЫЛЫСТАР АНЫҚ БАЙҚАЛУЫ МҮМКІН

ШАҒЫМДАР

БАС АУРУЫ, БАС АЙНАЛУ, ЛОҚСУ, ҚҰСУ, ӘЛСІЗДІК, ҚҰЛАҚТАҒЫ ШУЫЛ, ВЕГЕТАТИВТІ СИМПТОМДАР- ТЕЗ КӨРІНІС БЕРЕДІ

НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСТЕР

3-5 АПТАҒА СОЗЫЛАТЫН ЖАЛПЫ МИЛЫҚ НЕМЕСЕ ОШАҚТЫҚ СИМПТОМДАР

СЫНЫҚТАР

БАС СҮЙЕГІ СЫНЫҚТАРЫ- 64% КЕЗДЕСЕДІ

БАС МИЫ ЗАҚЫМЫНЫҢ АУЫР ДӘРЕЖЕСІ

САНА-СЕЗІМІ

**ӨТЕ ҰЗАҚҚА СОЗЫЛАТЫН ЖОҒАЛТУ
(БІРНЕШЕ САҒАТТАН БІРНЕШЕ АПТАҒА
СОЗЫЛАДЫ)**

ЕСІ

**РЕТРОГРАДТЫ, КОН- НЕМЕСЕ АНТЕРОГРАДТЫ
АМНЕЗИЯ ТҮРІНДЕ БҰЗЫЛЫСТАР АНЫҚ
БАЙҚАЛАДЫ**

ШАҒЫМДАРЫ

**БАС АУРУЫ, БАС АЙНАЛУ, ЛОҚСУ, ҚҰСУ, ӘЛСІЗДІК,
ҚҰЛАҚТАҒЫ ШУЫЛ, ВЕГЕТАТИВТІ СИМПТОМДАР-
ТЕЗ КӨРІНІС БЕРЕДІ**

**НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ
КӨРІНІСТЕР**

**3-5 АПТАҒА СОЗЫЛАТЫН АНЫҚ ЖАЛПЫ МИЛЫҚ
НЕМЕСЕ ОШАҚТЫҚ СИМПТОМДАР**

СЫНЫҚТАР

БАС СҮЙЕГІ СЫНЫҚТАРЫ- 78% КЕЗДЕСЕДІ

БАС МИЫНЫҢ ЖАНШЫЛУЫ

САНА-СЕЗІМІ

**БАСЫНДА АЗ УАҚЫТҚА СОЗЫЛАТЫН (БІРНЕШЕ САҒАТ)
СОЗЫЛАДЫ СОДАН КЕЙІН АНЫҚ БАЙҚАЛАТЫН
САНАСЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ**

ЕСІ

**ЕС БҰЗЫЛЫСТАРЫ МИ ЖАНШЫЛУДЫҢ АУЫРЛЫҚ
ДӘПЕЖЕСІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ**

ШАҒЫМДАР

**АЛҒАШЫНДА-БАС АУРУЫ, БАС АЙНАЛУ, ЛОҚСУ, ҚҰСУ,
ӘЛСІЗДІК, ҚҰЛАҚТАҒЫ ШУЫЛ, ВЕГЕТАТИВТІ СИМПТОМДАР-
ТЕЗ**

НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСТЕР

**АЛҒАШ УАҚЫТТА БАЙҚАЛМАУЫ МҮМКІН, СОДАН
КЕЙІН ТЕЗ АРАДА МИ БАҒАНЫ ЖАРАҚАТТАРЫ
КӨРІНІСТЕРІ ПАЙДА БОЛАДЫ**

ЕМІ

**НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ АРАЛАСУҒА КӨРІНІС БОЛҒАН
КЕЗДЕ**

ДИФФУЗДЫ АКСОНАЛЬДЫ ЖАРАҚАТ

**ТЕРЕҢ, ТҰРАҚТЫ ЖӘНЕ ҰЗАҚҚА СОЗЫЛАТЫН ЕС-
ТҮССІЗ КҮЙМЕН ЖӘНЕ ВЕГЕТАТИВТІ КҮЙГЕ
НЕМЕСЕ ВЕГЕТАТИВТІ СТАТУСҚА АУЫСУМЕН
КӨРІНІС БЕРЕТІН БАС МИЫНЫҢ ЖАРАҚАТТЫҚ
ЗАҚЫМДАЛУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ФОРМАСЫ**

БАС МИ ЖАРАҚАТЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ КЕЗІНДЕГІ ЖАЛПЫ СҰРАҚТАР

БМЖ кезінде көрінуі мүмкін

- 1. Жалпы милық**
- 2. ошақтық**
- 3. дислокационды**
- 4. Қабықтық немесе басқа да
симптомдар байқалады**



БАС МИ ЖАРАҚАТЫ КЕЗІНДЕ

ТАСЫМАЛДАУДАҒЫ ӨРЕКЕТТЕР

- **клиникалық мониторинг**
- **өмірге маңызды функциялардың аппаратты мониторингі**
- **иммобилизация**
- **адекватты тыныс алуды ұйымдастыру**
- **гемодинамиканы қалпына келтіру және ұстап тұру**
- **седация және релаксация. Шокты жарақат кезінде ауырсыздандыру. Шокты жарақат немесе тұрақсыз АҚ кезінде гормондар.**
- **Зембілдің бас бөлігін 30^0 ұстау**
- **Жақын жердегі көп профильды стационарға тасымалдау**
- **Ауыр бас ми жарақаты кезінде 1сағатта госпитализация жасау.**

НЕЙРОПРОТЕКТИВТІ ТЕРАПИЯ

✓ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ

Медикаментозды

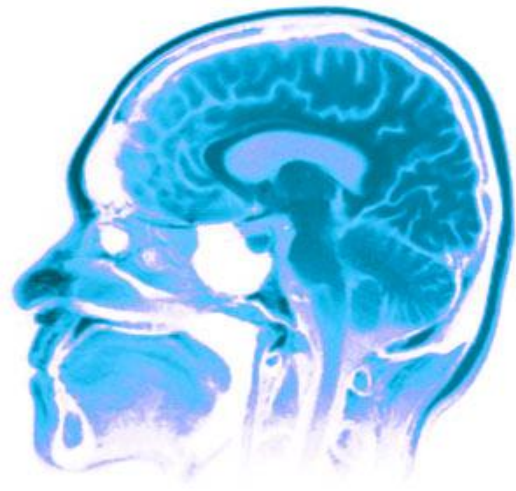
Хирургиялық

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР!

АРТЕРИАЛЬДЫ ҚЫСЫМНЫҢ ТӨМЕНДЕУ ЭПИЗОДТАРЫН МЫНАДАЙ ӘДІСТЕРМЕН АНЫҚТАУ

- ✓ **Жүйелік АД мониторингі (инвазивті, неинвазивті)**
- ✓ **Нормоворлемияны, сұйықтық балансын қалыпта ұстау.**
- ✓ **Жүйелік гемодинамика параметрлерін басқару**

Бас миының ісінуі



- Тіндерге жасушааралық сұйықтықтың көп жиналуы
- Жасушаішілік сұйықтықтың көлемінің ұлғаюын бас миының дүмпиюі деп атайды
- Ісік пен дүмпию терминдері мағынасы бір-патогентикалық механизмі ұқсас болып келеді
- БМІ жергілікті(локальды, перифокальды) немесе жайылған (диффузды) юолады
- **Бас миы ісігі** зақымдалудың екіншілік симптомына жатады.

отеки

МЕСТНЫЕ
ОБЩИЕ
АНАСАРКА
ВИСЦЕРИТ

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ
ВНУТРИЧЕЛЮЧНЫЕ

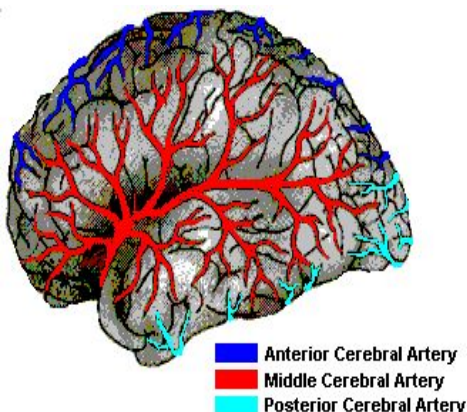
ГИПОПРОТЕИНЕМИЧЕСКИЕ
ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ

Ми ісгінің этиологиясы

- Бас ми жарақаты
- Ісік-инсульт немесе бас миы абсцесі
- Энцефалиттер немесе менингиттер
- гипоксия
- Оклюзионды гидрцефалияның әр түрлі формалары
- Осмотикалық тепе-теңлік бұзылыстарының әр түрлі синдромдары
- Жалпы интоксикация
- Инфекциялар
- Дене ісігі
- қатерлі артериальды гипертензия

БАС МИЫ ІСІГІНІҢ ТҮРЛЕРІ

1. Вазогенді



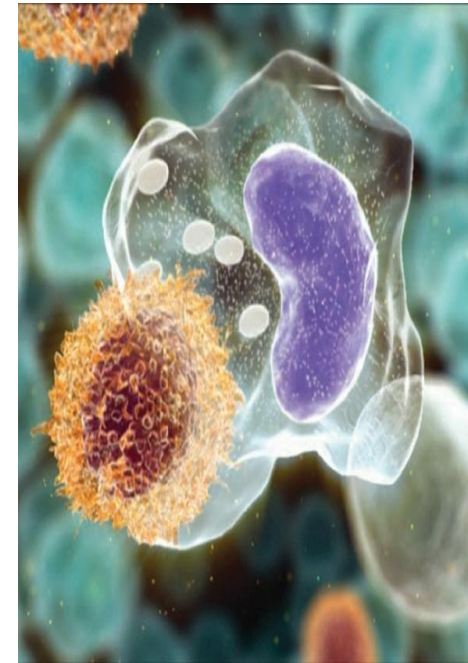
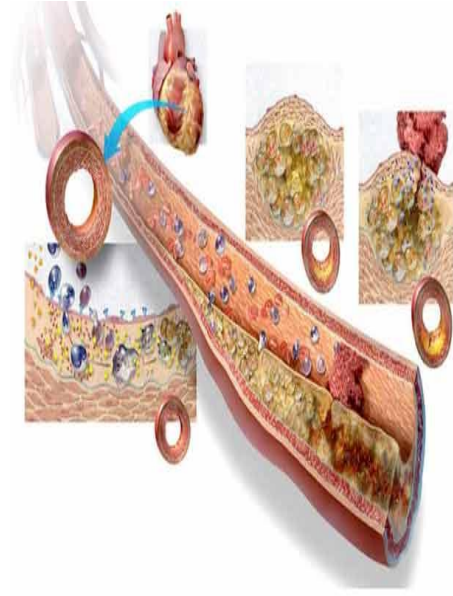
- Ең жиі түрі
- Перифокальды аймақтағы тамыр қабырғасының өткізгіштігі бұзылысынан пайда болады, соның әсерінен сұйықтықтың тамырдан тыс фильтрациясы жүріп, ми тініне жиналады.
- негізі перифокальды
- Жиі-БМЖ кезінде, ми ісігі, ОЖЖ инфекция-аллергиялық зақымдалуы, геморрагиялық инсультта және т.б. кездеседі.

БАС МИЫ ІСІГІНІҢ ТҮРЛЕРІ

2. Цитотоксикалық

Бас ми жасушасына токсикалық әсер кезінде пайда болады, метаболизм төмендеуінен Na^2+K^+ATP -азаның жасушалық мембранада қызметі бұзылады. Натрий жасушаға жиналып, осмотикалық қысымға байланысты жасушаға сұйықтық жинала бастайды. Цитотоксикалық ісік негізінде ми сұр затында кездеседі.

- Әр түрлі уланулар немесе ишемиялық инсульт фонында ми ишемиясы кезінде болады.
- Қан айналу қалпына келген жағдайда, ионды насос реактивациясы әсерінен 6-8 сағатта қалыпқа келуі мүмкін.

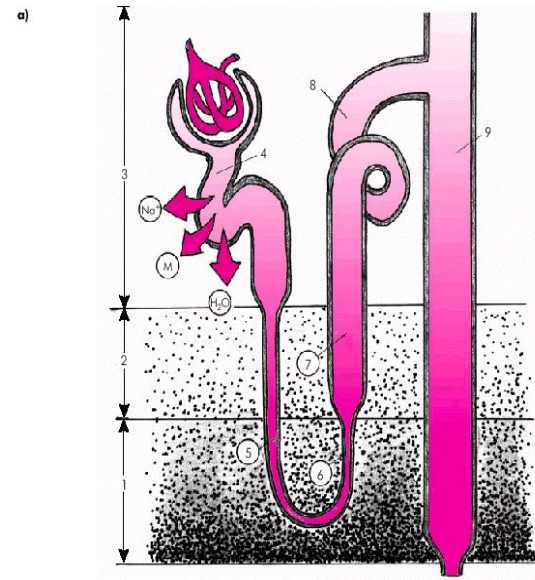
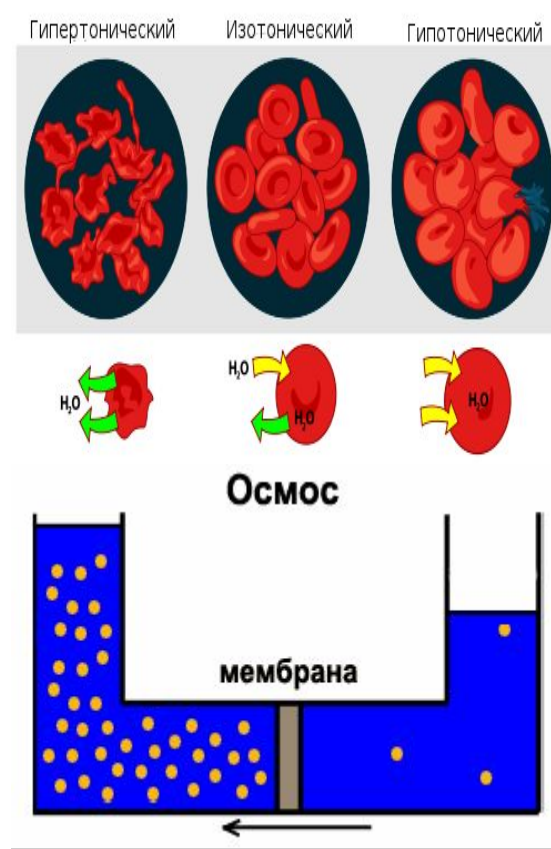


БАС МИЯ ІСІНІНІҢ

ТҮРЛЕРІ

Осмотикалық ісік - ми тіні осмолярлығы мен плазма осмолярлығы арасындағы осмотикалық градиенттің өзгерісінен пайда болады.

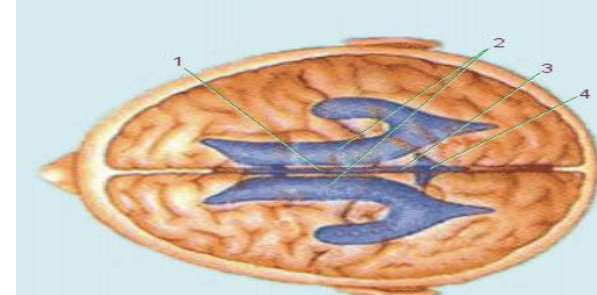
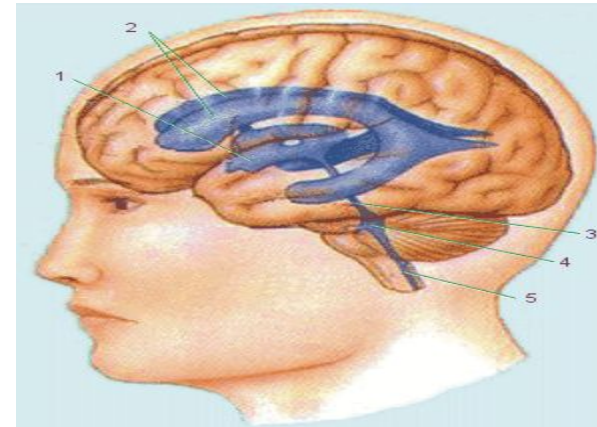
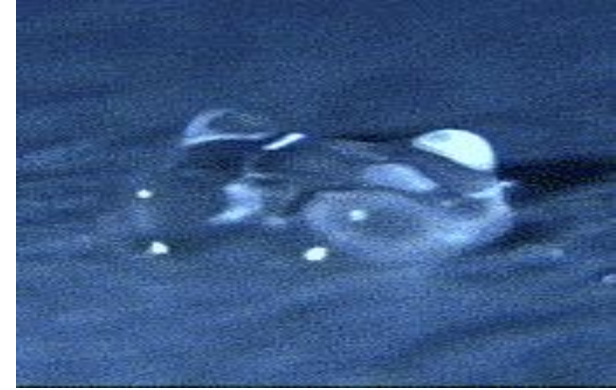
- Ми тінінің гиперосмолярлығы әсерінен ОЖЖ интоксикациясынан пайда болады.
- Метаболитикалық энцефалит (бүйректің және бауырлық жетіспеушілік, гипергликемия және т.б.) кезінде байқалады.



БАС МИЯ ІСІГІНІҢ ТҮРЛЕРІ

Гидростатикалық ісік
вентрикулярлы
қысымның тез
жоғарылуынан пайда
болады.

□ Сұйықтықтың
перивентрикулярлы
аймақта жиналуы,
компьютерлі
томографияда анық
байқалады.



Бас миі ісігінің клиникалық

көріністері

- Кей кезде ісіктің жайылуы мен ми ішілік қысымның дәрежесі арасында байланыс болады, бірақ барлық кезде емес.
- Көп жағдайда ми ісігінің клиникалық көріністеріне қарап патологиялық процесстің түрін дифференциялау қиындық тудырады.
- **Басталып келе жатырған ісікті** алғашқы ошақ өспей, өзгеріссіз қалса, науқастағы теріс неврологиялық динамика, тырысу статусы, естің бұзылыстарынан коматозды жағдайға дейінгі өзгерістерден анықтай аламыз.



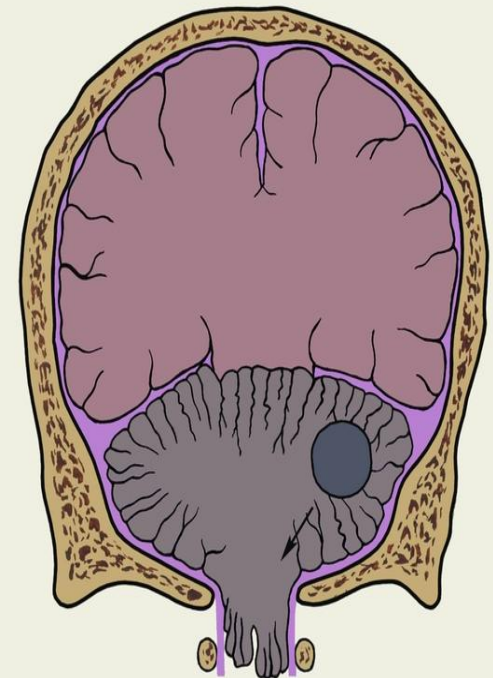
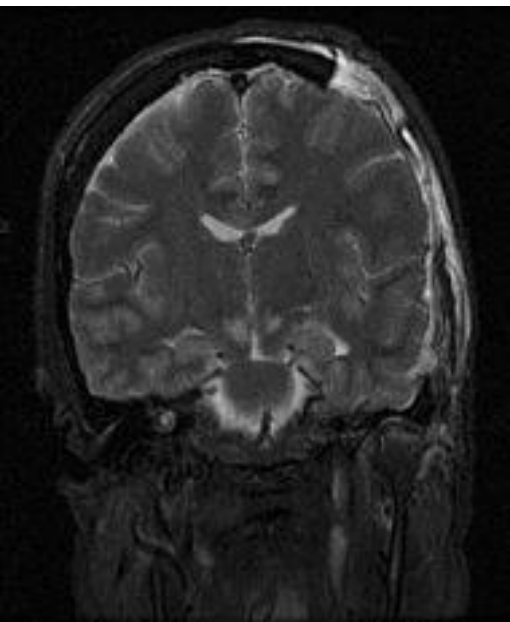
Бас миы ісігінің клиникалық

көріністері

□ Бас миы ісігінде науқаста патогномоникалық көріністер болмайды.

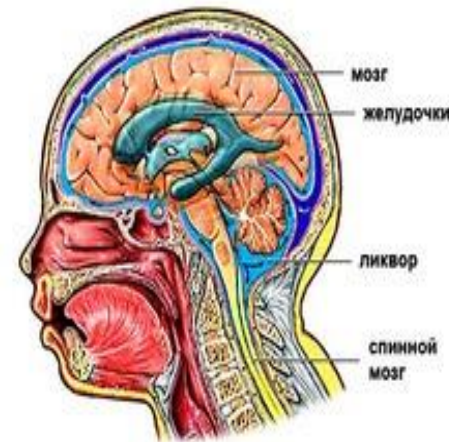
□ Бас миы ісінуінде 3 синдром тобын анықтауға болады:

1. Жалпы милық синдром, бас ішілік қысымның жоғарылуымен көрініс береді.
2. Неврологиялық симптомтардың диффузды ростокаудальды өсуі.
3. Ми құрылымының дислокациясы



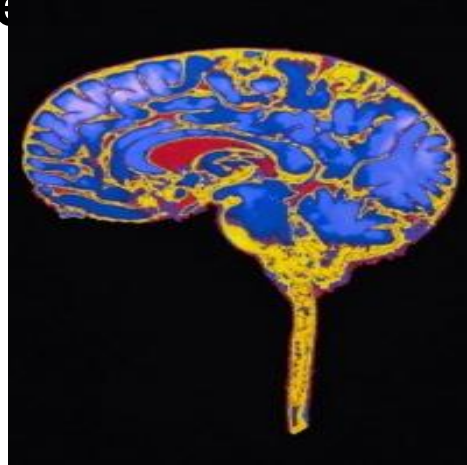
1. Жалпы милық синдром

- Клиникалық көрінісі негізінен бас ішінің қысымның жоғарылауымен көрініс береді, дәрежесіне байланысты ауырлығы әр түрлі болуы мүмкін.
- Ересек адамның бүйірімен жатқан кездегі қалыпты бас ішілік қысымы 10—15 мм. сын. бағ. (100—150 мм су бағанасы) тең.
- повышение ВЧД обычно сопровождается следующими симптомами: головная боль, тошнота и/или рвота, сонливость, отек дисков зрительных нервов
- Бас ішілік қысымның жоғарылауы келесі симптомдармен көрінеді: бас ауру, лоқсу, құсу, ұйқышылдық, көру нерві дискісінің ісінуі



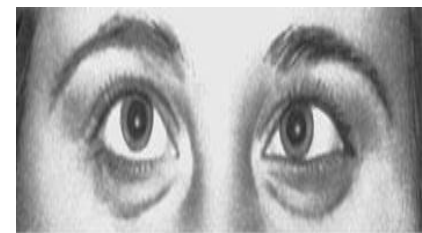
1. Жалпы милық синдром

- **Бас ішілік қысымның жай көтерілуі** кезінде анық емес, көбінесе таңда байқалатын бас ауру мен құсу болады.
- Көп жағдайда құсу лоқсусыз болады.
- Бас ауруы құсудан кейін басылады.
- Біртіндеп өзгертін психика өзгерістері: мазасыздық, ашуланшақтық, қыңыр.
- **Ұйқысыздық байқалмайды**
- Бас миының қысымының жай көтерілуінің ерте көріністері- вена толымдығы және көру нерві дискісінің ісінуі, бас ішілік гипертензияның R-көріністері, түрік ершігінің остеопорозы, бас күмбезі сүйектерінің жұқаруы.



1. Жалпы милық синдром

- Бас ішілік қысымның тез көтерілуі кезінде бас ауруы ұстама тәрізді, пароксизмальды
- Ауру созылмалы, ауыр, жеңілдік әкелмейтін құсумен бірге жүреді.
- Менингеальды симптомдар байқалады, сіңірлік рефлексдер жоғарылайды, брадикардия көрінеді, моторлы реакциялардың тежелуі болады.
- III және IV бас сүйек нервтері жұптары бұзылыстарының әсерінен көз қозғалтқыш қызметі өзгеруі.
- Бас ішілік қысымның әрі қарай дамыған кезде психика бұзылыстары: анық ұйқышылдық, ойданудың тежелуі, сойлеудің баяулауы, көз түбінде анық іркіліс, қан құйылулар және ақ ошақтар (екіншілік атрофия) көрінеді.
- **Декомпенсация фазасы** естің жоғалуы және витальды симптомдармен



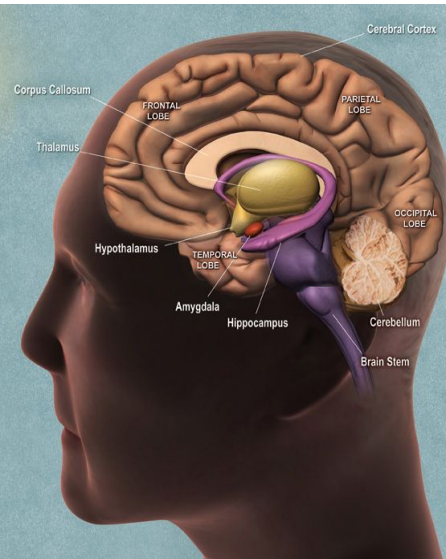
диффузды растрокаудальды өсу

□ Патологиялық **СИНДРОМЫ** процеске

алғашында қыртысты, содан соң қыртысасты және бағаналық ми құрылымының қатысуын көрсетеді.

□ Ми жарты шарының ісінуі кезінде естің бұзылуы мен жайылмалы клоникалық тырыспалар кездеседі.

□ Процеске қыртысасты және терең құрылымдардың қатысуы психимоторлы қозумен, қорғаныш және ұстау рефлекстерінің пайда болуымен, эпилепикалық

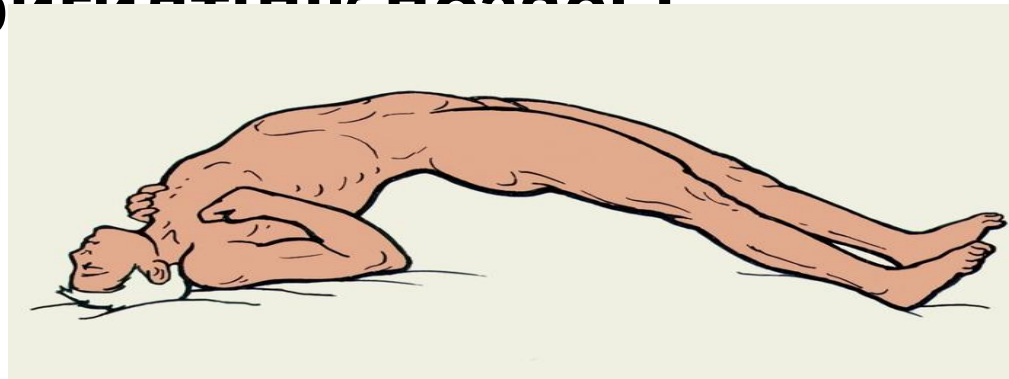


диффузды растрокаудальды өсу

синдромы

□ Патологиялық процеске ми бағанының жоғарғы бөлімі мен гипоталамус аймағы (мезенцефально-диэнцефальды бөлім) қатысуында естің бұзылуы жоғарылайды (сопор және кома), иыныс алу және жүрек қан-тамыр жүйесі қызметінің бұзылыстарының алғашқы көріністері байқалады.

□ **Тырыспалар бағаналық** сипат алады (горметония, опистотонус). Сонымен бірге аяқ-қолдың патологиялық күйі байқалады: децеребрационды ригидтілік, пассеж...

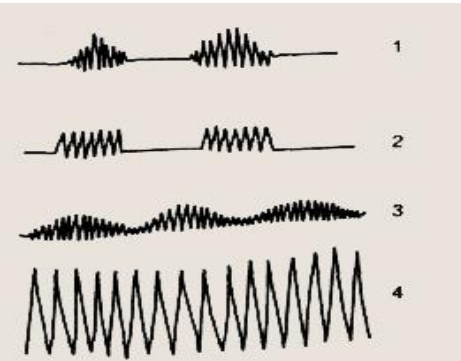


диффузды растрокаудальды өсу

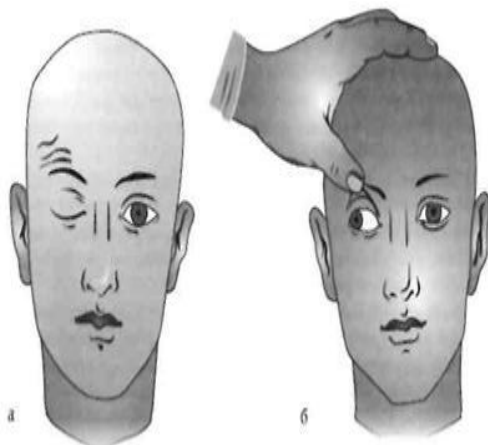
□ Ісіктің ми бағанасының ортаңғы бөлігіне (көпір) таралуы кезінде тыныс алу бұзылыстары, екі жақтық көз карашығының максимальды тарылуы (көпір зақымы кезінде), бағаналық парез, окулоцефалитикалық және окуловестибулярлы рефлексдер жоғалады.

□ Ісіктің ми бағанасының төменгі бөлігіне (сопақша ми) таралуы кезінде – витальды функциялардың бұзылыстары өсуі: Биот тынысы және пульс баяулауы, артериальды қысым төмендеуі.

□ Неврологиялық қарау кезінде- диффузды бұлшық еттік гипотония, сіңірлік және периостальды рефлексдердің болмауы, көз карашығының екі жақтық максималды



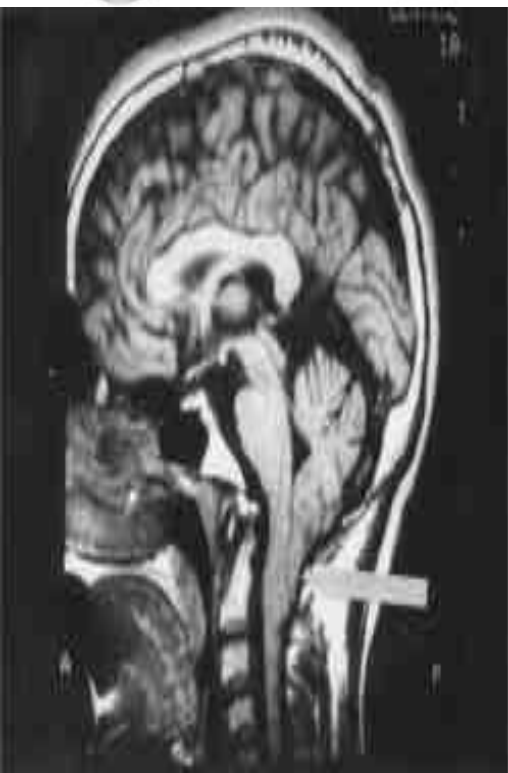
3. Ми құрылымдарының дислокациясы синдромы



□ Самай-төбе немесе шүйделік жіктерде байқалады.

□ Тыныс алу, тамыр қозғалтқыш және көз қозғалту орталықтарының бұзылуымен көрінеді(птоз, мидриаз, қылилық)

□ Дислокация синдромының көрінісі- патологиялық апроцесс ауырлығына байланысты және қосымша патологияның болуымен байланысты(ми ісігі, ми





- **вительды функция бұзылыстары коррекциясы — тыныс және жүрек қан тамыр жүйесі.**
- **Ісік шақырған негізгі ауруды емдеу.**
- **Патогенетикалық ем, ми гипоксиясын жою, перфузионды қысым мен су-электролитті балансты қалпына келтіру, бас ішілік қысымды төмендету.**
- **Симптоматикалық ем, тырыспа синдромы мен гипертермияны жою.**
- **Антибиотиктерді профилактикалық мақсатта тағайындау.**
- **Соматикалық органдар қызметінің бұзылыстарын коррекциялау және бақылау**
- **Адекватты парентеральды тамақтануды ұсыну.**

Бас миы ісігі кезіндегі Жедел медициналық көмек көрсету

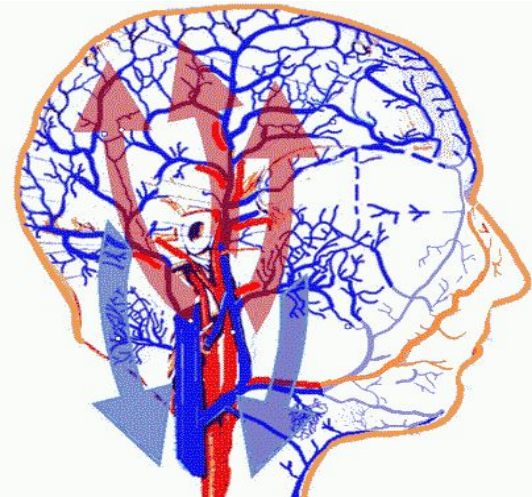


- Шартты түрде арнайы және арнайы емес терапия компоненттері ажыратылады
- Арнайы емес терапия тынысын, жүрек жұмысын, орталық венозды қысымды, бүйрек қызметін қалпына келтіруге бағытталған, яғни ми ісігіне алып келетін экстракраниальды факторларды жояды.
- **АҚ қысымның оптимальды дәрежесін ұстап тұру – жоғарғы шекарасы 160-тан жоғары емес.**
- Интубация мен ӨЖВ, керек кезінде хирургиялық араласулар.



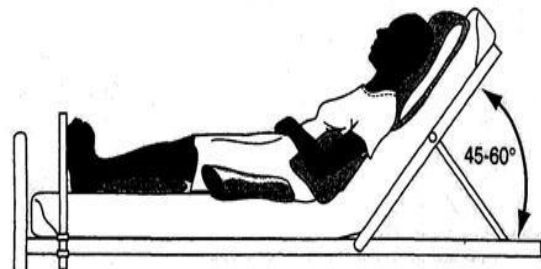
Бас миы ісігі кезіндегі жедел көмек

□ Веналық өту жолының жеңілдеуі (снижение ВЧД) – жоғары орналастырылған бастың қалыпы, жазылған мойын омыртқасы.



□ патогенетикалық терапия - глюкокортикоидты гормондар (дексаметазон и др.).

дегидратацияланған терапия, бас миының қанайналымын және микроциркуляциясын жақсартуға бағытталған емі. Диуретиктер, витаминдер, ганглиоблокаторлер, антигипоксанттар, кейде гипоткрмия жасалады.



Дегидратационды терапия (абайлаңыз!). Петлевые диуретики, например **фуросемид** до 20 мг в/в. Особенно показаны в остром периоде ЧМТ.

□ Коллоидты препараттар (альбумин, плазма) тамыр қуысындағы осмотикалық қысымды көтеру үшін қолданылады.



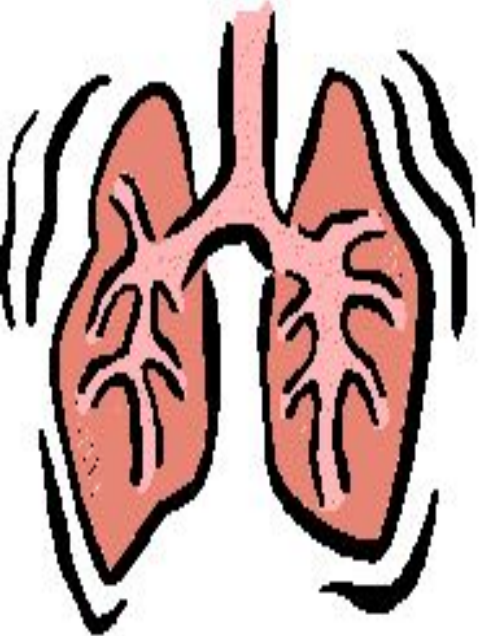
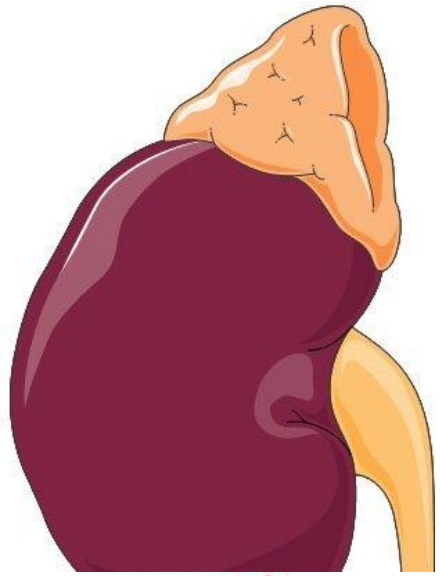
Бас миы ісігі кезінде жедел көмек

көрсету

□ **глюкокортикоиды** мидағы ісікпен шақырылған перифокальды бас миы ісігі кезінде **эффективті**, және ауыр бас миы жарақаты кезінде **тиімсіз** болып табылады.

□ **дексаметазон 1-5 мг/күн** (көрсеткіш бойынша - 4 мг в/в әр 4 ч)

Гипервентиляция (ИВЛ с pCO_2 30 мм рт.ст.) қан құрамындағы оттегінің жоғарылауын шақырады, нәтежиесінде ми қантамырлары тарылады, көлемі кішірейеді. Гипербарическая оксигенация да осындай әсер көрсетеді.





□ инфузионды терапия: электролит алмасуын жақсартады, қышқылдық-сілтілік, осмостық-коллоидтық тепе-теңдікті реттейді және дезинтоксикациялық (реамберин, нативная плазма) әсер етеді.

□ Антигистаминдік препараттар: хлоропирамин (супрастин), димедрол, цитеризин (зодак)

□ Мидың қанайналымын жақсартатын заттар: сермион (ницерголин), инстенон, трентал

□ Ноотроптар және метаболикалық процестерді жақсартатын заттар: мексидол, пирацетам, церебролизин

Сонымен қатар

- Жүйкелік бұзылыстардағы жедел жағдай басқа ағзалардың да кенеттен зақымдалуымен ерекшеленеді.**
- Көрсетілетін алғашқы көмек өмірлік маңызды ағзалардың қызметін қалпына келтіруге бағытталған (тыныс алу және қанайналым).**

A cartoon illustration of a penguin with a black body and white belly, holding a large orange banner. The banner contains the text 'Назарларыңызға рахмет!' in red, italicized font. The penguin has large, expressive eyes and a yellow beak.

Назарларыңызға рахмет!