

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік  
университеті  
Медицина факультеті  
«Жедел медициналық жәрдем» кафедрасы

СӨ

Тақырып: Травматологиядағы шұғыл жағдайлар.  
Бассүйек-мидың жерлік жарақаты.

Қабылдаған: Кадырова Ш.  
А.

Орындаған: Жураханов Ж.Ж.

# Жоспар:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
  - Бассүйек-мидың жабық жарақатының түрлері
  - Патогенезі
  - Клиникасы
  - Диагностикасы
  - Алғашқы көмек
- III. Қорытынды
- IV. Пайдаланған әдебиеттер

# I. Кіріспе

- **Жарақаттар** — бұл адам ұлпалары мен органдарының зақымдануы, сыртқы себептердің — аяқ-қолдың сынуы мен буынның шығуынан, жұмсақ ұлпаның жаралануы мен дененің сыдырылуынан, органдардың зақымдануынан және көптеген басқа жәйттардың әсерінен ұлпалары мен органдары тұтастығы мен қызметінің бұзылуы.

# Жарақаттану мынадай түрлерге бөлінеді:

- 1 Өндірісте (өнеркәсіпте, ауыл шаруашылығында) жарақаттану;
- 2 Көлікте (автомобиль, темір жол, су көлігі, әуе көлігі) жарақаттану;
- 3 Көшеде жарақаттану (адамдардың көшеде құлап қалуынан, құлаған заттардың соғуынан, т. б. зақымдану);
- 4. Тұрмыстық жарақаттану (тұрмыста кездейсоқ себептерден зақымдану: баспалдақтан құлау, тұрмыстағы қолданылатын заттардан зақым алу, т. б. немесе төбелес, кісі өлтірушілік, өзін-өзі өлтірушілік және т. б. кезінде қасақана жасалатын зақымдар);

- 5. Әскери қызметшілердің соғыс кезіндегі және бейбіт кездегі жарақаттары болып табылатын әскери жарақаттану;
- 6. Спортпен айналысқан кездегі спорт жарақаттары.

Жарақаттанудың әрбір түрінің өз ерекшеліктері болады, олар оқиғалардың мән-жайларына ғана емес, келтірілген зақымдардың сипатына да байланысты. Мәселен, өндірісте жарақаттанғанда — жаралану, көшеде — сынық, спортта соғып алу мен сіңірдің созылуы сияқты түрлері көбірек орын алады.

# Негізгі бөлім

- **Бассүйек-ми жабық жарақаты** – бассүйек пен мидың, бастағы жұмсақ тіндердің бүтіндігі бұзылмай және/немесе бассүйектің апоневрозы созылмай болған зақымдануы;
- **Ашық БМЖ** – бастың жұмсақ тіні және бассүйектің апоневроз (шандыр) дулығасының бүтіндігі бұзылуы жатады, ол сынық аймағына сәйкес келеді. Ми жарақатының өтпелі зақымдануына бассүйектердің сынуы және мидың қатты қабығының зақымдануы жатады.

# Бассүйек-мидың жабық жарақатының түрлері

- Мидың шайқалуы
- Мидың жарақаттық ісіну
- Мидың диффузиялық жарақаты
- Мидың ошақталған жарақаты
- Эпидуральдық қанқұйылулар
- Жарақаттық субдуральды қанқұйылулар
- Жарақаттық субарахноидальды қанқұйылулар
- Бассүйекішілік жарақат ұзақ коматозды жағдаймен
- Басқа бассүйекішілік жарақаттар
- Анықталмаған бассүйекішілік жарақат

# Жіктемесі

## **БМЖ патофизиологиясы бойынша:**

- 1. Ілкі зақымдануға бассүйекке, ми қабатына, ми тіндеріне, ми қантамырларына, ликворлық жүйеге жарақаттаушы күштің әсер етуі жатады.
- 2. Салдарлық зақымдану мидың тура әсер етуімен байланысты емес, бірақ мидың біріншілік зақымдануы көбінесе екінші типті ми тінінің ишемиялық өзгерістеріне байланысты. (Бассүйекішілік және жүйелік).

**Бассүйек ішілік** – цереброваскулярлық өзгерістер, ликворлық айналымның бұзылуы, мидың ісінуі, бассүйекішілік қысымның өзгерістері, дислокациялық синдром.

- **Жүйелік** – артериялық гипотензия, гипоксия, гипер және гипокапния, гипо және гипернатриемия, көмірсу алмасуының бұзылуы, ТІШҚҰ - синдромы.



- **БМЖ науқас жағдайының ауырлығы** – жарақаттанушы ақыл-есінің тежелу деңгейіне қарай, неврологиялық симптомдардың айқындылығына, басқа ағзалардың зақымдануы болуы немесе болмауына қарай бағаланады. Команы Глазго шкаласы бойынша бағалау әдісі кең тараған. Жарақаттанушының жағдайын 12-24 сағ. кейін 3 параметр бойынша науқаспен алғашқы кездесуде бағалайды: көздерін ашуы, сыртқы тітіркендірулерге реакциясы, сұраққа жауап беруі, қозғалу реакциясы.

- 

БМЖ-да ақыл-ес ауытқуын анықтау, оның тежелу дәрежесіне дұрыс баға беру арқылы жүргізіледі және келесі деңгейлер бойынша баға беріледі:

- - анық;
- - аздаған есеңгіреу;
- - ауыр есеңгіреу;
- - сопор;
- - орташа кома;
- - терең кома;
- - шектен шыққан ауыр кома.

- Жеңіл ЖБМЖ мидың жеңіл дәрежеліе шайқалуы және мидың жеңіл дәрежелі соғылуы.
- Орташа ЖБМЖ – мидың орташа дәрежелі соғылуы.  
Ауыр ЖБМЖ – ми жаншылуының барлық түрі және мидың ауыр дәрежелі соғылуы.

- **БМЖ алған науқастардың ахуалы 5 градацияға бөлінеді.**
- - қанағаттанарлық ахуал (жағдай);
- - орташа ауырлықтағы ахуал (жағдай);
- - ауыр ахуал (жағдай);
- - аса ауыр ахуал (жағдай);
- - терминальды (ақтық) ахуал (жағдай).
  
- **Қанағаттанарлық жағдайға жатқызу критерилері:**
- - есі анық;
- - тіршіліктік функциялары бұзылыстарының болмауы;
- - салдарлық (дислокациялық) неврологиялық симптоматика болмауы, ілкі жартышарлық және краниобазальдық симптомдардың болмауы немесе айқын болмауы. Өмірге қауіптілігі болмайды, еңбекке қабілеттілігінің қалпына келу болжамы жақсы.

# Орташа ауырлық жағдайға жатқызу критерилері:

- есі анық немесе сәл есеңгіреу;
- витальдық функциялары бұзылмаған, (сәл брадикардия болуы мүмкін);
- ошақталу симптомдары – жартышарлық және краниобазальдық кейбір симптомдардың айқын болуы мүмкін. Кейде жекелеген ми діңгегі симптомдарының жеңіл нистагм т.б.

Орташа ауырлық дәрежелі жағдайы деп айту білу үшін келесі параметрлердің біреуі болу қажет. Өмірге қауіптілігі шамалы еңбекке қабілеттілігі қалпына келуі көбінесе жақсы.

# Ауыр жағдайға жатқызу критері (15-60 мин):

- ақыл-есінің өзгерісі терең есеңгіреу немесе сопор;
- витальдық функциялары бір-екі көрсеткіш бойынша шамалы бұзылған;
- ошақталу симптомдары – ми діңгегі симптомдары онша айқын емес (анизокория, спонтанды нистагм, контралатеральдық пирамидалық жеткіліксіздік, менингеальдық симптомдардың дене осі бойынша диссоциялануы) жартышарлық және краниобазальдық симптомдар айқын сонымен қатар эпилепсиялық ұстамалар, парездер және параличтер болуы мүмкін.

Ауыр дәрежелі жағдай деп айту үшін бұзылыстардың біреуі болу қажет. Өмірге қауіптілігі жоғары, көбінде ауыр жағдайдың ұзақтығына байланысты, еңбекке қабілеттілігі қалына келуі екі-талай.

# Аса ауыр жағдайға жатқызу критеріі (6-12сағ.):

- ақыл-естің орташа немесе ауыр комаға дейін бұзған;
- бірнеше параметр бойынша витальдық функциялары айқын бұзылған;
- ошақталу симптомдары – ми діңгегі симптомдары айқын білінеді (парез, айқын анизокория, көздің вертикальді және горизонтальді дивергенциясы, тонустық спонтанды нистагм, жарыққа қарашықтар реакциясының әлсізденуі, екі жақты патологиялық рефлексстер, децеребрациялық сіресу, жартышарлық және краниобазальдық симптомдардың айқын көрінуі (екіжақтық және көптеген парездерге дейін)

Аса ауыр жағдай деп айту үшін барлық параметрлер бойынша айқын бұзылыстар болу қажет. Өмірге қауіптілігі жоғары. Еңбекке қабілеттілігі қалпына келуі мүмкін емес.

# Терминальдық жағдайдың критеріі:

- шектен шыққан комаға дейін ақыл-естің бұзылуы;
- тіршіліктік функциялардың қималы деңгейде бұзылуы;
- ошақталу симптомдары – ми діңгегі симптомдары екіжақты ауыр мидриаз арқылы білінеді, мөлдір қабақтың және қарашықтың реакциясы жойылу; жартышарлық және краниобазальдық симптомдар көп жағдайда жалпымилық және ми діңгегі симптомдарының астарында қалып бүркемеленіп кетеді. Науқастың тірі қалуы мүмкін емес.

Сіңір рефлексінің жеңіл ассимитриясы болуы мүмкін.

Қысқа мерзімді

ретроградтық амнезия. Антероградтық амнезия болмайды. Ми шайқалуына көрсетілген көріністер ми функциональдық зақымдануымен шақырылады және 5-8 күннен кейін өтеді. Диагнозды қою үшін берілген барлық симптомдардың болуы аса қажет емес. Мидың шайқалуы бірдей форма болып табылады және ауырлық дәрежеге бөлінбейді.

2. Мидың соғылуы – бұл зақымдану ми затының макроструктуралық деструкциясы түрінде жиі гемморагиялық компонентпен жарақат күшінің тиген кезінде болады. Клиникалық ағымыны қарай және мидің зақымдануының айқындығына қарай соғылу жеңіл, ауыр, және ауыр дәрежеге бөлінеді.



- 3. Ми соғылуының жеңіл дәрежесі (10-15% жарақаттанушы). Жарақаттан кейін бірнеше минуттан 40 минутқа дейін естен тану. Көбінде 30 мин. дейінгі уақытта ретроградтық амнезия көрінеді. Егер антероградтық амнезия пайда болса, онда ол ұзақ емес. Ес қалпына келгенде жарақаттанушы бас ауруына, жүрек айнуына, құсу, бас айналуына, назардың әлсізденуіне шағымданады.

Нистагм, анизорефлексия, кейде жеңіл гемипарез көрінуі мүмкін. Кейде патологиялық рефлексстердің көрінуі болады. Субарахноидалдық қан құйылу әсерінен айқын емес менингеальдық синдром көрінеді. Бради және тахикардия көрінуі мүмкін. АҚ 10-15 мм.с.б. транзиторлық көтерілуі. Симптоматика одан сайын дамиды жарақаттан кейін 1-3 аптада.

- 4. Ми соғылуының орта ауырлықты дәрежесі. Естің тануы бірнеше ондықтан 2-4 сағ. созылады. Беткей немесе терең есеңгіреуге дейін естің тежелуі бірнеше сағат немесе тәулік сақталуы мүмкін. Айқын бас ауыруы, жиі қайталамалы құсу. Горизонтальдық нистагм, жарыққа қарашық реакциясының төмендеуі, кейде аса айқындалмаған гемипарез, және патологиялық рефлексстер. Сезімталдықтың бұзылуы мүмкін, сөйлеу бұзылыстары болуы мүмкін. Менингиальді синдром сәл айқындалған, ал ликворлы қысым сәл көтерілген (Ликвореясы бар науқастардан бөлек). Тахи немесе брадикардия көрінеді. Тыныстың сәл тахипноэ күйде бұзылысы, ритм қалыпты аппарат коррекциясын керек етпейді. Температурасы субфебрильді бірінші тәулікте психомоторлық қозу, кейде тырысу ұстамалары болуы мүмкін. Ретро немесе антероградты амнезия көрінеді.

- 5. Ми соғылуының ауыр дәрежесі.
- Естен тану бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін болады (жарты науқастарда апалдық синдром және акинетикалық мутизмге ауысады). Естің сопор немесе комаға дейін тануы. Айқын психомоторлық қозу атонияға дейін ауысуы көрінеді. Бағаналы симптомдары айқын көз алмасының балқымалы қозғалысы, вертикальдық осі бойынша көз алмасының ара қашықтығының әртүлілігі, анизокория. Қарашықтың жарыққа реакциясы және қасаң қабық рефлекстері жоғалған. Жұтыну бұзылған. Кейде ауру қоздырғыштарына горметания қосылады немесе спонтанды.

- Екі жақтылық табан патологиялық рефлекстері бұлшық ет тонусының өзгерістері көрінеді – гемипарез, анизорефлексия, діріл ұстамалары болуы мүмкін. Орталық немесе шеткі тип бойынша тыныстың бұзылысы (тахи немесе брадипноэ). АҚ жоғары немесе төмен, ал атониялық кома жағдайында тұрақты емес және бірқалыпты дәрілердің көмегін қажет етеді. Менингиальді синдромы айқын. Мидың соғылуының арнайы сатысына – мидың диффуздық аксональдық зақымдануы жатады. Оның клиникалық көріністерінде ми бағанасының қызметінің айқын бұзылысы жатады – есінің терең комаға дейін түсуі, витальдық қызметінің айқын бұзылысы, ол аппараттың, және медикаментоздық коррекцияны қажет етеді. Мидың диффуздық аксональдық зақымдануында өлім көрсеткіші 80-90 % жоғары. Ал тірі қалғандарда аппаликалық синдром туады. Диффуздық аксональдық зақымданулар бас сүйек ішілік гематомалар түзілуін шақыртады.

- 6. Мидың өсетін және өспейтін қысылуы – Бас ішілік қуыста көлемдік түзілістердің азаюынан болады. БМЖ кезінде «өспейтін» қысылу «өсетінге» қысылуға айналып мидың айқын компрессиясына және дислокациясына алып келеді. Өспейтін қысылуларға бас мүшесінің сынықтары мен қысылуы басылған сынықтарда, миға басқа шектен тыс денелермен қысқанда болады. Бұл кезде қысылған ми түзілістері көлемі бойынша үлкеймейді. Мидың қысылуының генезінде атқарушы рольді екіншілік бас сүйек ішілік механизмдер айқындалды. Өспелі қысылуларға барлық басішілік гематомалар мен ми соғылулар жатады және масса эффектпен шақырылады.

# Бассүйек ішілік гематомалар:

- 1. Эпидуральдық.
  - 2. Субдуральдық.
  - 3. Миішілік.
  - 4. Қарыншаішілік
  - 5. Көптеген қабық аралық гематомалар.
  - 6. Субдуральдық гидромалар.
  -
- Гематомалар болуы мүмкін:
- жіті (бірінші 3 тәулік);
  - жітілеу (4 тәулік-3 апта);
  - - созылмалы (3аптадан аса).

- Бассүйек ішілік гематомалар клиникалық көрінісі бойынша жіктелуінде жарық арақашықтықтар, анизокория, гемипарез, жиі кездесетін брадикардия болады.
- Клиникалық жіктелуінде ми соғылуымен жүрмейтін гематомаға тән. Мидың соғылуымен жүретін геметомалары бар науқаста БМЖ-ның бірінші сағатында мидың біріншілік зақымдануларының көріністері және ми тінінің соғылуына тән мидың қысылуы және дислокациясы болады.

## Қауіп-қатерлі факторлар

- **БМЖ кезінде қауіп-қатер тобы:**
  - 1. Алкогольді мас болу (70/).
  - 2. Эпилепсия ұстамасы болған жағдайда БМЖ.
- **БМЖ шақырылатын себебі:**
  - 1. Автожолдық жарақаттану.
  - 2. Қүнделікті жарақат.
  - 3. Құлау және спорттық жарақат.

# Диагностикалық критерилері

Бастың тері жабындыларында көрінетін зақымдануының болуына назар аударады.

- Периорбитальдық гематома («көзілдірік» симптомы, «енот көздері») – алдыңғы бассүйек шұңқырының түбінің сынығын білдіреді.

Емізік тәрізді өсіндінің айналасындағы гематома (Баттл симптомы).

Самай сүйегінің пирамдасының сынығымен көрінеді.

Гемотимпанум немесе құлақ жаңғырығының жарылуы – бас сүйегінің негізінің сынығына сәйкес келеді.

- Мұрын немесе құлақты ликворея бас сүйектің негізінің сынығының және өтпелі БМЖ-ны сәйкестендіреді.

Бас сүйегінің перкуссиясы кезіндегі «шатынаған ыдыс» дыбысы бас сүйек байланысындағы сүйек сынығында көрсетеді.



- Конъюктиваның ісінуімен жүретін экзофтальм, каротидті – кавернозды қосылулардың немесе түзілген ретробульбарлы гематомалардың құрылуларына бағыт береді. Шүйде-мойын аймағындағы жұмсақ тіндердің гематомасы тунде сүйегінің сынуы мен және маңдайдың базальді бөлімдері мен полюстері, самай бөлігінің полюстері сынығымен жүруі мүмкін.

Міндетті түрде естің деңгейін бағалау, миненгиальді симптомның көрінуі, қарашықтың жарыққа реакциясы, бас сүйек жүйкесінің қызметі және қозғалу қызметі, неврологиялық симптомдар, бас сүйекішілік қысымның, ми дислокациясы жедел ликворлық эклюзияның түзілуі.

# Медициналық көмекті көрсетудің тактикасы

- Жарақаттанушының емдеу тактикасын таңдау – бас миының зақымдану сипатына қарай, қосылу сүйектері және бас сүйек негізінің сипатына қарай анықтайды және туылған асқынуларға қарайды.
- БМЖ-мен жарақаттанғандарға ең алғаш жәрдем негізінде- артериалдық гипотензияға, гиповентиляцияға, гипоксияға, гиперкапнияға жол бермеу өйткені ол асқынулар мидың ауыр ишемиялық зақымдануына алып келеді және өлімге қауіптілігі жоғары.

Осыған байланысты жарақаттан кейін бірінші минут және сағат емдеу шаралары « ABC» ережелеріне сәйкес орындалу қажет.

- А - тыныс жолдарына өтімділігін жақсарту.
- В - қалыпты тынысты қалыптастыру тыныс жолдарындағы абстракцияны алып тастау, пневмогемоторакс ИВЛ кезінде (көрсеткіш бойынша)плевра қуысына дренаж жасау.
- С - жүрек қан тамыр жүйесінің жұмысына қарау: тез АҚК қалыптастыру (криссталлойд және каллойд ерітіндісін құю) миокард жетіспеушілігі кезінде бөтен препараттарды енгізу (допамин, добутамин) немесе вазопрессорларды (адреналин, норадреналин, мезатон) айналымдағы қанның массасын қалпына келтірмей вазопрессорларды енгізу қауіпті.

- **ӨЖЖ жүргізуге және кеңірдек интубациясының көрсеткіштеріне** апноэ, гипопноэ, тері және шырышты қабаттардың цианозы жатады. Мұрын арқылы интубация көптеген белгілері бар, өйткені БМЖ мойын-арқа жарақатының болуы мүмкін. Сондықтанда барлық жарақаттанушыларға госпитализацияға дейін жарақаттың сипатын білмейінше омыртқаның мойын бөлігін арнайы мойын жағаларын қолданып бекітеміз. БМЖ мен жарақаттанушылардың оттегі бойынша артериовеноздық айырмашылығын қалпына келтіру үшін 30-35% оттегіден құралған оттегі – ауалы қоспаларды қолданады.
- Ауыр БМЖ емдеудің міндетті компоненті болып гиповолемияны жою, осы мақсатпен 30 – 35 мл/ кг сұйықтықты тәулігіне енгізеді.
- Жедел окклюзионды синдромы бар науқастарға енгізбейді, себебі ЦСЖ өнімдері су балансына тәуелді сондықтан оларда дегидротация болады. Ол ВЧД төмендетуге мүмкіндік береді.

- **Бассүйек ішілік гипертензияның алдын алу үшін,** ауруханаға дейінгі сатыда глюкокортикоидты гормондар және салуретиктер қолданады.

**Глюкокортикоидты гормондар** бас ішілік гипертензияның түзілуін ескертеді, өйткені ми тініне сұйықтықтың трансудациясының төмендеуі және гематоэнцефальдық тосқауылдың өткізгіштігінің бірқалыптылығына байланысты.

Олар жарақат аймағындағы перифокальдық ісінудің түсуіне көмектеседі.

- Ауруханаға дейін көмекте венаға немесе бұлшықетке 30 мг преднизолон енгіземіз. Бірақ преднизолонның минералкортикоидтық әсерінің болуы ағзадағы натрийді ұстап, калий элиминациясын жоғарылатады, осының салдарынан БМЖ мен науқастың жалпы жағдайы жақсармауы мүмкін.
- Сондықтан минералокортикоидтық құрылымы жоқ 4-8 мг дозада дексаметазон қолданған жөн. Қан айналым бұзылысының болмауында глюкокортикоидтардың гормондармен қатар мидың дегидратациясы үшін тез әсер ететін салуретиктер, мысалы 20-40 мг (2-4 мл 1% ерітіндісін) лазиксті тағайындаймыз.

- **Бас сүйек ішілік қысымды төмендету үшін** – осмотикалық белсенді заттарды (манит) қолдану керек емес немесе геметозэнцефальдық тосқауылдың зақымдануында ми затының арасында және қантамырының арасында градиент құру болмайды және бассүйек ішілік қан қысымының тез екіншілік көтерілуіне байланысты науқастың жағдайы төмендейді.
- Мынадан басқа – тыныс алудың және қан айналымның ауыр бұзылыстарымен жүретін, бас миының дислокациясына қауіп төнеді. Осы жағдайда 0,5 г/кг дене салмағына 20% ерітінді венаға манит (манитол) енгіземіз.

## **Ауруханаға дейінгі сатыда жедел жәрдем жүргізудің тәртібі**

**Бас миының шайқалуы кезінде** – жедел жәрдем қажет етпейді.

### **Психомоторлық қозу кезінде:**

- 2-4 мл 0,5% седуксен (репаниум, сибазон) ерітіндісін венаға;
- Стационарға тасымалдау (неврологиялық бөлімге).

### **Бас миының соғылуы немесе қысылуы кезінде:**

1. Көктамырға жол дайындау.
2. Терминальдық жағдай туса жүрек реанимациясын жүргізу.
3. Қанайналымның декомпенсациясы кезінде:
  - реополиглюкин, кристаллойдтық ерітінділер көктамырға тамшылатып;
  - қажет жағдайда – допамин 200 мг 400 мл изотониялық натрий хлор ерітіндісін немесе барлық басқа кристаллойдтық ерітіндіні көктамырға, жылдамдықпен, АҚ 120-140 мм.с.б болғанда.
4. Есі жоқ болған жағдайда:
  - ауыз қуысын қарау және механикалық тазалау;
  - селлик қалпын қолдану;
  - тура ларингоскопияны жасау;

## **Мойын бөлігінде омыртқаны жазбау!**

- омыртқаның мойын бөлігінің қалпына келуі ( қолмен жеңіл созу);
- кеңірдек интубациясы (миорелаксантсыз), ӨЖЖ жүргізу – жүргізбеуіне байланысты емес, миорелаксанттар (сукцинил холин хлорид – дицилин, листетон 1-2 мг/кг инъекцияны тек қана реанимация – хирургиялық дәрігерлер бригадасы жасайды). Өзіндік тыныс алу дұрыс болмағанда, өкпенің жалған вентиляциясы көрсетілген, сәл гипервентиляция режимінде (75-80 кг) салмақты науқасқа 12-14 л/мин.
- 5. Психомоторлық қозу жағдайында, тырысу және премедикация ретінде:
  - 0,5-1,0 мг 0,1% атропин ерітіндісін тері астына.
  - көктамырға пропофон 1-2 мг/кг немесе тиопентал натрий 3-5 мг/кг немесе 15-20 мг 20% натрий оксибутират ерітіндісі немесе дормикум 0,1-0,2 мг/кг.
  - тасымалдау кезінде тыныс алу тінін қадағалап тұру қажет.

6. Бассүйек ішілік гипертензиондық синдром кезінде:

- 2-4 мг 1%фурасемид ерітіндісі (лазикс) көктамырға декомпенсирлік қан жоғалтуда жарақатты еске ала отырып лазиксті енгізуге болмайды;

- өкпенің жалған гипервентиляциясы.

7. Ауру синдромы кезінде: бұлшық етке (көктамырға басу) 30 мг 1,0 кеторолок және 2 мг 1-2% димедрол ерітіндісі және 2-4 мг (200-400 мг) 0,5% трамал ерітіндісі немесе өз дозасына сәйкес наркотикалық емес анальгетик.

8. Бастың жарасында және сыртқы қан кетулерде:

- жараның қырларын антисептикпен тазалау.

9. Стационарға тасымалдау, нейрохирургиялық қызметі бар жерге, ауыр жағдайда – реанимациялық бөлімге жатқызу қажет



### **Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:**

1. Допамин 4/ 5мг- нан ампула түрінде.
2. Инфузия үшін Добутамин ерітіндісі 5мг/мл.
3. Дексаметазон 4 мг/мл ампула.
4. Преднизалон 25мг 1мл ампула.
5. Диазипам 10 мг/2мл ампула.
6. Декстран 70-400 мг флакон.
7. Натрия оксидат 20% 5мг ампула.
8. Магния сульфаты 25% 5,0 ампула.
9. Маннитол 15% 200мг флакон.
10. Фуросемид 1% 2,0 ампула.
11. Мезатон 1% - 1,0 ампула.

### **Қосымша дәрі-дәрмектік ем:**

1. Сульфат атропині 0,1% - 1,0 ампула.
2. Бетаметазон 1мг ампула.
3. Эпинефрин 0,18% - 1мг ампула.
4. Дестран 400,0 флакон.
5. Дифенгидрамин 1% -1,0 ампуампула.
6. Кеторолак 30мг – 1,0 ампула.

\* – Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар

# IV. Пайдаланған әдебиеттің тізбесі

- Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)
  - Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. «Болезни нервной системы» /Руководство для врачей/Под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана – 3-е издание, 2003г. 2. В.А. Михайлович, А. Г. Мирошниченко. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. 2001г. 3. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в РФ / 2-е издание, под редакцией проф. А.Г. Мирошниченко, проф. В.В. Руксина. 2006 г. 4. Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д. 3. Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требования. Методические рекомендации. Алматы, 2006, 44 с. 5. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2004 года № 883 «Об утверждении Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств». 6. Приказ Министра Здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2005 года №542 «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РК от 7 декабря 2004 года № 854 «Об утверждении Инструкции по формированию Списка основных (жизненно важных) лекарственных средств».