



# Бас ми жарақаттары

Орындаған: Есімханова Г  
Қабылдаған: Түрметов И  
Тобы: ЖМ – 203

# Жоспары

- \* **Кіріспе**

- \* **Негізгі**

*Бас ми жарақаттары классификациясы*

*Клиникалық көріністері*

*Дифференциалды диагностикасы*

*Зерттеу әдістері*

*Емдеу*

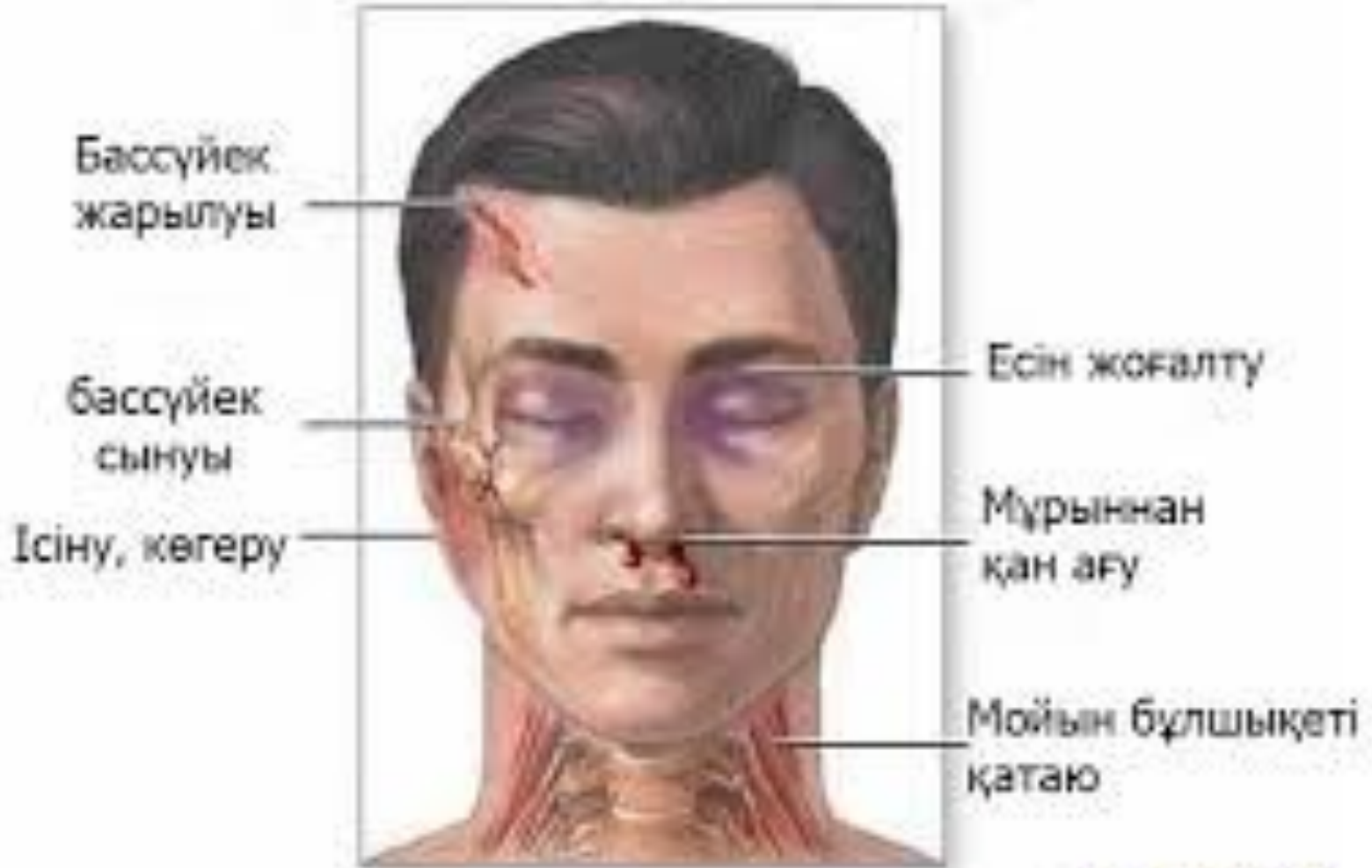
- \* **Қорытынды**

- \* **Пайдаланылған әдебиеттер**

# Мақсаты

\* Бассүйек ми жарақаттарының пайда болуы себептері, белгілері, көріністері және емдеу тәсілдері туралы студенттерде түсінік қалыптастыру.

## Бас ми жарақатының сыртқы көрінісі



# Анықтамасы

- \* **Бас ми жарақаты** – бастың зақымдалуы кезінде дамидын симптомокомплекс. **Жабық бас ми жарақаты** - бас терісінің бүтіндігінің бұзылмағандығымен, геморрагиялық сұйықтықтың жоқтығымен, яғни мұрын, құлақ жолдарынан геморрагиялық сұйықтық ағуы болмауымен ерекшеленеді. **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.

# Жіктемесі

- \* **Жіктемесі - клиникалық көрінісінің ауырлығына байланысты:**
- \* • **1 дәрежесі (төменгі немесе аз қауіп ) – аздаған бас ауырулары немесе болмауы, жүрек айну және қысқа уақытқа құсулар, есін жоғалтумен жалғасады( секундтар) баста соғылу белгілері болуы мүмкін.**
- \* • **2 дәрежесі (орташа қауіп ) – есін жоғалту 1 минуттан ұзақ, үдемелі бастың ауыруы, ұйқышылдық, 3 реттен артық құсу, бас айналу, аз уақыттық еске сақтау қабілетінің жоғалуы болуы мүмкін. Бас сүйегінің сыну белгілері, бет қаңқасы сүйектерінің зақымдалу белгілері, көптеген жарақаттар болуы мүмкін.**
- \* • **3 дәрежесі – неврологиялық белгілері, бастың енген жарақаттары.**

\* **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.

- \* 1773 ж Пти ең алғаш рет жабық басми жарақатының 3 негізгі формасын атап көрсетт: соққы, құлау және бас миының қысымы.

- \* I. Жабық басми жарақаты

- \* **A. Бас сүйегінің зақымдануынсыз жарақаты**

- \* 1. Басмиының шайқалуы

- \* 2. Бас миының жарақаты: жеңіл, орташа және ауыр дәрежелі.

- \* 3. Басмиы қысылуының себебі және формалары:

- \* а) гематома – жедел, жеделдеу, созылмалы; эпидуральды, субдуральды, миішілік, қарыншаішілік, жалпы.

- \* Б) субдуральды гидрома: жедел, жеделдеу, созылмалы;

- \* В) субарахноидалды қан құйылу;

- \* Г) ми ісігі;

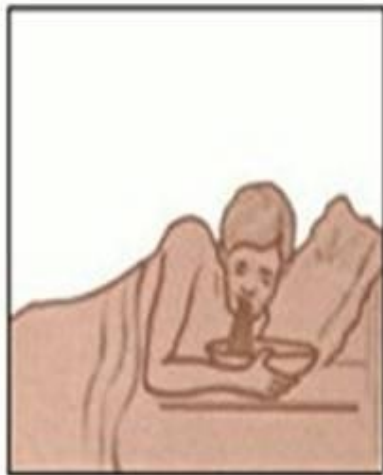
- \* Д) пневмоцефалия.

- \* 4. Жарақаттың басішілік зақымдануларымен қосылуы

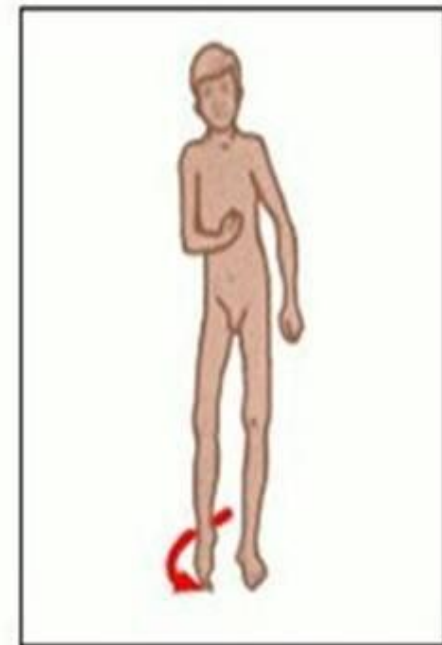


# Сотрясение мозга

# Ушиб мозга



Рвота



Гемипарез



Нарушение сознания



Головокружение



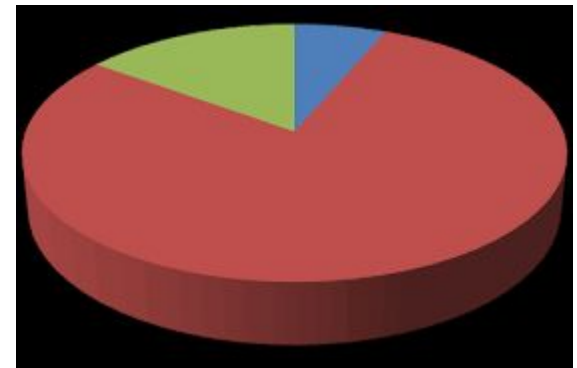
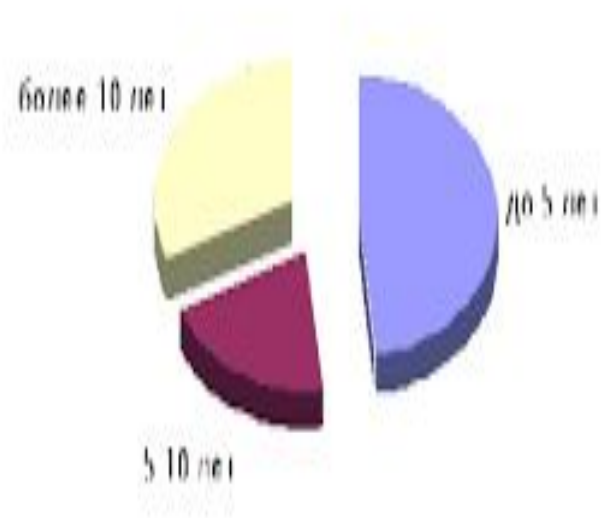
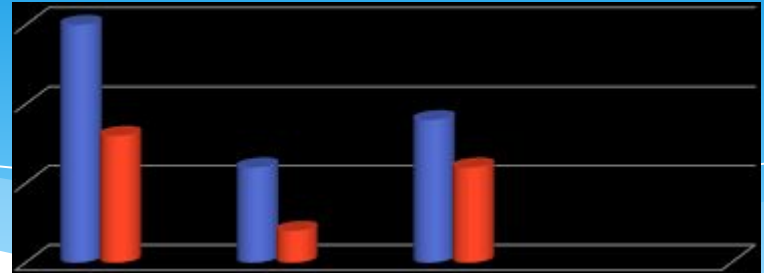
Поражение VII н.



- \* **Б. Бас сүйегінің зақымдануының жарақаты.**
- \* А. Бас сүйегінің зақымдануынсыз жарақаты
- \* 1. Басмиының шайқалуы
- \* 2. Басмиының жарақаты себебі және формалары:
- \* а) гематома – жедел, жеделдеу, созылмалы; эпидуральды, субдуральды, миішілік, қарыншаішілік, жалпы.
- \* Б) субдуральды гидрома: жедел, жеделдеу, созылмалы;
- \* В) субарахноидалды қан құйылу;
- \* Г) ми ісігі;
- \* Д) пневмоцефалия.
- \* Е) қысым алмасуы.
- \* 3. Басішілік зақымдануының қосылуы.
- \* II. Басми сүйегінің ашық жарақаты.

\* Балаларда БСМЖ болатын өлім барлық өлімнің 10% құрайды. Бас сүйек-ми жарақаттарына кефалогематома, мидың шайқалуы, ми контузиясы, мидың қысылуы (субдуралды, эпидуралды және миішілік гематомалар, ми негізі мен тұғырының сынуы) жатады.





# БМЖ жалпы клиникалық белгілері



- \* Ми шайқалуы барынша аз ауырлықтағы зақымдану, мұнда ми тканінде органикалық өзгерістер болмайды. Ми шайқалғанда жарақаттан соң бір реттік қысқа мерзімді (бірнеше секундке немесе минутқа) естен тану мен қысқа кезеңде жад жоғалту болады. Одан кейін басқа симптомдар білінеді: жүрек айну, құсу, жалпы әлсіздік, бас айналу, бас ауыруы. Жоғары ызалану, шаршау, ұйқы басу байқалады. Зардап шегуші ашық жарықты, қатты дыбысты жақтырмайды.

## Жедел кезеңдегі жеңіл бас-ми жарақатынан кейінгі көрінген симптомдардың жиілігі, ал екі зерттеліп жатқан топта, бұл әр түрлі мерзімде көрінуі.

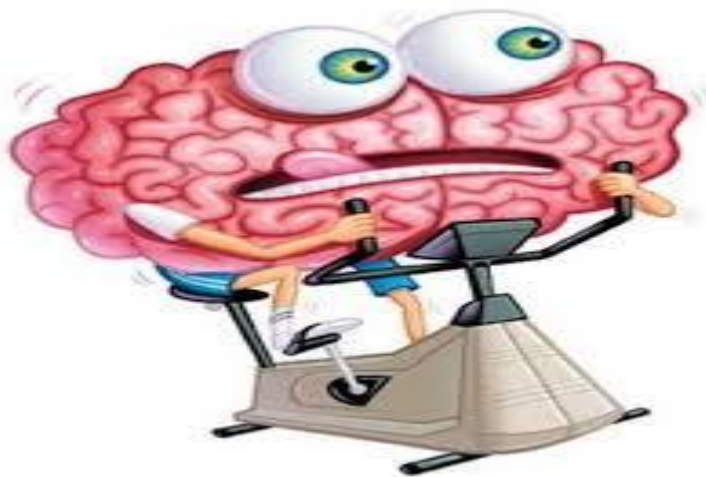
Симптомдар	1 тәулік		3 тәулік		7 тәулік		10 тәулік	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Бастың ауруы	100	100	67,1±6,1	73,2±3,2	45,2 ±4,6	49,8 ±5,49	13,6 ±3,46	23,7 ±2,3
	–		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
	46,5 ±3,65	47,2 ±4,45	12,7 ±5,5	16,1±2,7	5,6 ±0,42,	8,9 ±0,9	–	–
Лоқсу және құсу	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
	72,1 ±7,55	69,9 ±5,45	32,1 ±2,9	37,8±4,1	21,9±2,2	22,7±3,4	11,4±1,13	17,1±1,2
	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Ұйқышылдық	35,9 ±1,67	37,1 ±2,23	25,4 ±2,1	29,6±2,1	17,8±1,04	26,9±1,2	4,5 ±0,15	15,8±0,24
	p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	
	p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	

I-негізгі топ

II-бақылаудағы топ

Бағдарлаудың (ориентация) бұзылысы және жеңіл мнестикалық бұзылыс БМЖ ауырлығын бағалауда қолданылатын негізгі тест болып табылады. Негізгі зерттеуде ориентация мен Галверстон амнезиясына тест жүргізіп бағалағанда статистикалық дәлелденген өзгеріс жарақаттан соң тестілеудің 3,7,10 тәуліктерінде анықталды. Зерттеудің алғашқы тәуліктерінде өзгерістер статистикалық дәлелденбеді. Липосом форте® препараттының инфулиясын қабылдап жатқан науқастарда және зерттеліп жатқандардың көбісінде есте сақтау функциясымен ориентация ертерек қалпына келді

# \* Мидың зақымдану түрлеріне байланысты түсініктеме:





- \* Кішкентай балаларда, әсіресе 1 жастағыларда естен тану сирек кездеседі. Олардың терісі (әсіресе беті) бозарады, одан соң әлсіздік пен ұйқы басу дамиды (сирегірек, керісінше мазасыздану, ызалану, ұйқы бұзылысы болады). Тамақтандырған кезде лоқсу жиі кездеседі, 1-3 жастағыларда қайталап құсу жиі байқалады. Естен танумен, жүрек айнуымен және құсумен бірге болатын бас сүйек-ми жарақатында бірінші және негізгі шара – бұл дәрігерге тез арада қаралу. Дер кезінде және дұрыс жасалған диагностика зардап шегушінің аз асқынуларсыз сауығуына ықпал етеді.





# Бассүйек қабы астына қан жиналу

- \* Кефалогематома – әртүрлі себептермен бассүйек қабы астына қан жиналуы. Нәрестенің шапшаң туылу кезеңде немесе туылу кезінде әртүрлі қосымша құралдарды қолдану салдарынан бассүйек қабы жарақаттанып, астында қан жиналады.



Участки соединения костей черепа (выделены голубым)



Спустя минуты после рождения



Спустя 24 часа после рождения

## Клиникалық көріністері

- \* Нәрестенің басында, көбінесе төбе сүйегі үстінде әртүрлі көлемді жұмсақтау бір, кейде бірнеше ісік анықталады. Ісіктің үстіндегі терінің түсі өзгермеген. Ісікті саусақпен басып тексергенде «шайқалу» белгісі, айналасында қаттырақ шеміршек тәрізді шектеу тіні білінеді. Көбіне бассүйек қабы астына жиналған қан нәресте туғаннан кейін 2-3 аптада тарап кетеді.





- \* Кейде кефалогематома қабынып, іріңдеп кетуі мүмкін. Нәрестенің көңіл күйі салғырт тартып, мазасыздана бастайды, дене қызуы көтеріледі. Ісіктің үстіндегі тері қызарып, көлемі үлкейе бастайды, басқанда ауырады.
- \* Бассүйек қабы астына құйылған көлемді қан кейде қоюланып жатады. Қатқан қан салмағымен бассүйегін басып, оны жұқартып немесе тесіп жіберуі мүмкін.

# Дифдиагностикасы

- \* **Бассүйегі күмбезі сынығында апоневроз астына жиналатын қаннан ажырату керек. Соңғысында жиналған қанның көлемі үлкенірек, шеттері ісіңкіреп, көтеріңкі келеді, саусақпен басып тексергенде ойықты сынаққа ұқсайды, басқанда ауырады, кейде сынған сүйек сықыры сезіледі. Бұл ауруларды ажыратуға бассүйегінің рентгенографиясы (краниография) мен арнаулы неврологиялық зерттеулер көмектеседі.**

# Анықтау әдістері

Сыртқы көрінісіне негіздеп анықталады және міндетті түрде краниография жасалады.

## Церебральдық ангиография

- Бұл әдіс қан тамырлары аурулары мен мидағы ісікті анықтау кезінде белгілі дәрежеде қауіпсіз әрі көптеген деректер алуға болады. Контрастық заттар ретінде йодтендірілген препараттардың гиплак, урографин, верографин, уротраст, пантопак судағы 35-45% ерітіндісі қолданылады. Бауыры мен бүйрек қызметі бұзылған науқастарға ангиография жасауға болмайды. Бас сүйегі қуысындағы патологиялық өзгерістердің орналасқан жерін жобалап контрастық зат пункция арқылы жалпы ұйқы артериясына немесе омыртқа артериясына жібереді.

# Емі

- \* Көлемі кішкене кефалогематомалар арнаулы емді қажет етпейді, оларды тек асқынып кетпесін деп бақылайды. Кефалогематомаға нәресте туғаннан кейінгі 1-5 күні пункция жасамайды. Өйткені пункциядан соң қан қайта ағып жиналуы және оның салдарынан анемияның өршуі мүмкін. Үлкен көлемді кефалогематомаларға 10-14-ші күндерден бастап пункция жасалады. Егер кефалогематомада ұйып қатқан қан болса, жергілікті жансыздану тәсілімен жұмсақ тінді ұзындығы 1см кесіп тазалайды. Пункциядан соң кефалогематоманы басып таңады.
- \* Бассүйек қабы астына жиналған қан іріңдесе, оны кесіп ашады және ары қарай аурулар сияқты емдейді.



# Мидың шайқалуы

- \* Мидың шайқалуының негізгі травматикалық жарақаттан кейінгі себебі басішілік гематома және басмиының жайылушы ісіктеріне байланысты. Гематомалардың локализацияларының ми қыртысынң қабаттары мен тұғырларына қатысты эпидуралды, субдуралды, миішілік, қарыншаішілік және субарахноидалды қан кетулер болып бөлінеді. Басішілік гематомаларды 3 типке бөліп қарастырады.
- \* - жедел, жарақат алғанда белгілерінің көрініс беруіне 3 күн болғанда;
- \* - жеделдеу, клиникалық белгілерінің көрініс беруіне жарақаттың 4-14 күні;
- \* Созылмалы, клиникалық көріністернің берілуі 2 аптадан бірнеше жылға дейін жарақаттан кейін.



Мидың шайқалу синдромы жедел аяқ асты шайқалудан, басмиының жарақаты немесе бассүйегінің жарылуы. Және де бұл белгілер жарақаттани кейін бірнеше минуттардан, сағат немесе тәуліктерден кейін сосудтардың зақымдануына, себептеріне, таралуына байланысты және өлім көрсеткіші есебімен адамдарда үрей болуы мүмкін. Диагностикалық тексеру мақсатында әсіресе, неврологиялық және ісіктік аймақты тексеру барысында өте мұқият болу қажет. Себебі олар бала өміріне қауіпті болуы мүмкін.

- \* 1. Ми(дың) шайқалу(ы) - ауыр емес жарақаттаушы күштің түсуінен болатын жағдай.
- \* БМЖ жарақаттаушыларының 70%- да кездеседі. Ми шайқалғанда естен тану болмайды немесе жарақаттан кейін аз уақытқа 1-2 мин-тан 10-15 мин. естен танумен сипатталады. Науқастар басы ауыратынын, айнатынын, жүрек айнитынын, құсатынын, көзін қозғалтқанда ауырсынатынын, әл-дәрмені жоқтығын айтып шағымданады.
- \* Сіңір рефлексінің жеңіл ассиметриясы 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.

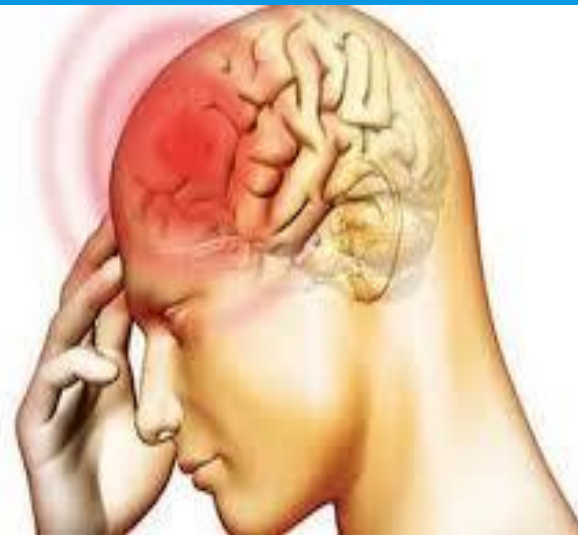


Первая помощь при  
травме головы:  
салфетки, лед, повязка



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





- \* **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. Субарахноидальдық 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. Менингуальді 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.

\* **Ми соғылуының ауыр дәрежесі,**

\* Естен тану бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін болады (Жарты науқастарда апалдық синдром және акинетикалық мутизмге ауысады) Естің сонор 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 өртүлілігі, 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 (тахика немесе брадикардиоэ). АҚ жоғары немесе төмен, ал атониялық кома жағдайында тұрақты емес және бірқалыпты дәрілердің көмегін қажет етеді. Менингеальді 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 апаликалық синдром туады. Диффуздық аксональдық зақымданулар бас сүйек ішілік гематомалар түзілуін шақыртады.

\* **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.





- \* **БМЖ шақырылатын себебі:**
- \* 1 Автожолдық жарақаттану
- \* 2 Күнделікті жарақат
- \* 3 Құлау және спорттық жарақат

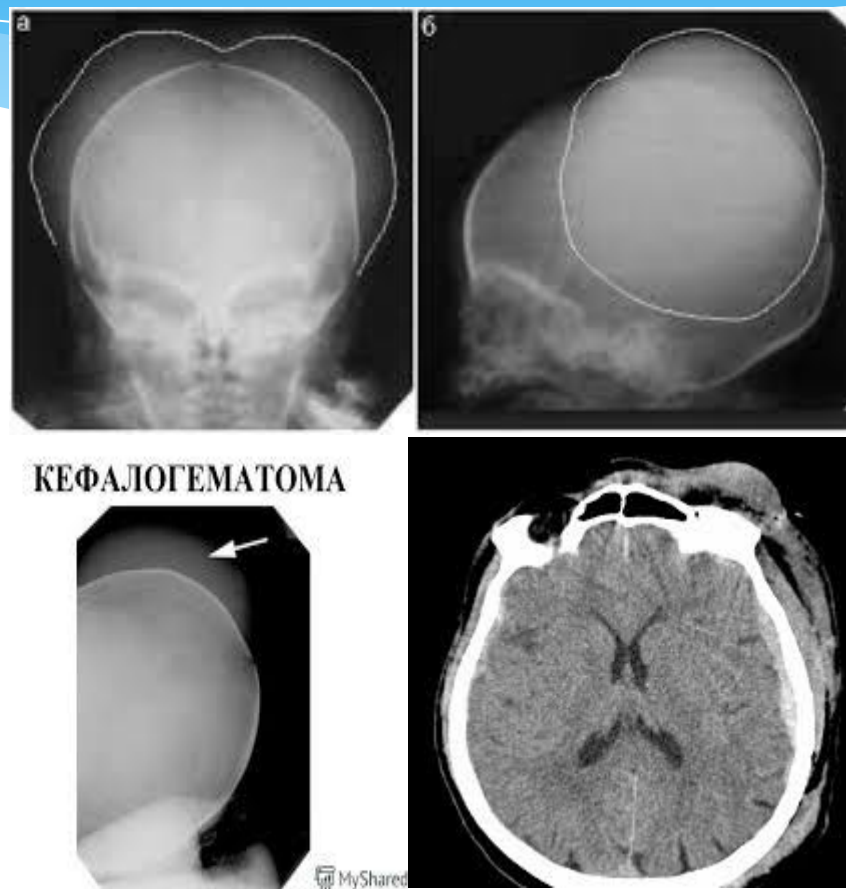


## \* **Диагностикалық критеріі**

\* Бастың тері жабындыларында көрінетін зақымдануының болуына назар аударады. Периорбитальдық гематома («көзілдірік» симптом, «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 кездеседі. 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, миненгуальді симптомның көрінуі, қарашықтың жарыққа реакциясы, бас сүйек жүйкесінің қызметі және қозғалу қызметі, неврологиялық симптомдар, бас сүйекішілік қысымның, ми дислокациясы жедел ликворлық эклюзияның түзілуі.

# Зерттеу әдістері

- \* Компьютерлік томография;
- \* МРТ;
- \* Жалпы хирургиялық және неврологиялық тексеру;
- \* Бас рентгенографиясы;
- \* Эхоэнцефалография;
- \* Каротидті ангиография;
- \* Электроэнцефалография;
- \* Реоэнцефалография;
- \* Краниография.



# Емі

- \* **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 (кристаллоид және коллоид 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 сілемейлі 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 дегидратация 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.
- \* Жоғарғы дәрежелі бассүйек ішілік гипертензияда ганглиоблокаторлар қолдануға болмайды, өйткені жүйелі қан қысымының төмендеуінде милық қанайналымның толық блокадасы түзілуі мүмкін, ол ми капиллярларының ісінген милық тінмен қысылуынан болады.



\* 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 бас сүйек 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 400мл 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

## \* Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

- \* Допамин 4/ 5мг- нан ампула түрінде
- \* Инфузия үшін Добутамин ерітіндісі 5мг/мл
- \* Дексаметазон 4 мг/мл ампула
- \* Преднизалон 25мг 1мл ампула
- \* Диазипам 10 мг/2мл ампула
- \* Декстран 70-400 мг флакон
- \* Натрия оксидат 20% 5мг ампула
- \* Магния сульфаты 25% 5,0 ампула
- \* 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 ампула
- \* 6 Кеторолак 30мг - 1,0 ампула

# Қорытынды

\* Ми зақымын асқындырмай уағында емдеп түзетудің жолы оның зардабының түрі мен ерекшелігінің анықталуына байланысты, сондай-ақ мидың сарсып ісінуін және бас сүйегінің ішкі қан қысымының төмендеуін болдырмауға және тіршілікке қажетті ең маңызды міндетті қызметін дұрыстап қалпына келтіруге бағытталады. Зақымданған мидың қатты ауырған алғашқы кезеңінде науқасты ауруханаға жатқызып емдейді. Қағида бойынша, ми зақымының тигізетін залалының ауырлығына және зардабының түріне қарай науқасты қашан тәуір болғанша төсек тартқызып жатқызу тәртібі қатаң бақылауға алынады. Мұндай науқастар ауруханадан жазылып шыққаннан кейін де бұл дерттен құлантаза айығып кеткенше жалпы денсаулығын бұрынғы қалпына толығымен келтіріп нығайту үшін ұдайы невропотологтың бақылауында болып, мерзімдік емдеуден өтіп тұру керек, сонымен қатар, қажет болған жағдайда, арнайы психоневрологиялық санаторияға жылына бір рет барып денсаулығының даму барысын тексеріп қаралған орынды.

## Пайдаланылған әдебиеттер


- \* 1. «Болезни нервной системы» /Руководство для врачей/Под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана - 3-е издание, 2003г.
- \* 2. [www.google.kz/http](http://www.google.kz/http)
- \* 3. Ю.Ф.Исаков «хирургического болезни детского возраста», Москва 2004

# Аудиториямен кері байланыс

\* 1. Краниография зерттеуі дегеніміз не?




- \* Краниография – бұл бүкіл бассүйек ми зақымданулары кезінде, оның локализациясын және бассүйектің зақымдану аймағын, нақты диагноз қоюға және оталық емге қарсы көрсеткіштердің бар-жоғын анықтайтын ең маңызды зерттеу әдістерінің бірі.

- 
- \* 2. Ең алғаш рет жабық бассүйек ми жарақаттарының үш негізгі формасын атап көрсеткен ғалым және формаларды атаңыз?

- \* 1773 ж Пти.
- \* Мидың шайқалуы.
- \* Мидың жарақаттануы.
- \* Басмиының қысылуы.



\* 3. Реоэнцефалография қандай зерттеу әдісі?

- 
- \* Бұл ағзадағы электөткізгіштіктің өзгеруін, пульстік қысымның әр жүрек жиырылуы кезінде қанныңтолысуымен қатынасын зерттейді.





\* 4. Ангиография дегеніміз қандай зерттеу әдісі?

- \* Контрастты зат жіберу арқылы басмиындағы қантамырларды басмиішілік гематомаларды зерттеу әдісі.

\* 5. *Мидың соғылуы – бұл?*



- 
- \* Зақымдану ми затының макроструктуралық деструкциясы түрінде жиі гемморагиялық компонентпен жарақат күшінің тиген кезінде болады.



\* 6. Клиникалық көрінісінің ауырлығына байланысты дәрежелері?

- \* 1 дәрежесі (төменгі немесе аз қауіп ) – аздаған бас ауырулары немесе болмауы, жүрек айну және қысқа уақытқа құсулар, есін жоғалтумен жалғасады( секундтар) баста соғылу белгілері болуы мүмкін.
- \* • 2 дәрежесі (орташа қауіп ) – есін жоғалту 1 минуттан ұзақ, үдемелі бастың ауыруы, ұйқышылдық, 3 реттен артық құсу, бас айналу, аз уақыттық еске сақтау қабілетінің жоғалуы болуы мүмкін. Бас сүйегінің сыну белгілері, бет қаңқасы сүйектерінің зақымдалу белгілері, көптеген жарақаттар болуы мүмкін.
- \* • 3 дәрежесі – неврологиялық белгілері, бастың енген жарақаттары.



**\*Назарларыңызға рахмет!**