

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті
Кафедра скорой неотложной медицинской помощи

БАС-МИ ЖАРАҚАТЫ КЕЗІНДЕГІ ШҰҒЫЛ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ ТАКТИКАСЫ

ОРЫНДАҒАН: АЙДАРОВ М.Г
7-108 ТОП

- БМЖ – бұл пайда болуы және механизмі бір кешенді контактылы зақымдану (бастың және беттің жұмсақ тіндері, бас және бет сүйегі) және бас сүйек ішілік зақымданулар (бас миының және оның қабаттарының зақымдануы).

Клиникалық классификациясы

Бас миының травматикалық ауруының ағымындағы кезеңдер:

- Жіті (2-10 апта) БМЖ-ның клиникалық формасына байланысты.
- Аралық. Жеңіл БМЖ кезінде - 2 айға дейін, орташа ауырлықта - 4 айға дейін, ауыр - 6 айға дейін.
- Алыстатылған (отдаленный) : клиникалық сауығу кезінде - 2 жылға дейін, прогредиентті ағымында ұзақтығы шектелмеген.

БМЖ жіті кезеңінің жіктемесі.

- ⊙ Жабық БМЖ : бастың қабаттарының бүтіндігі бұзылмған, немесе апоневроздың зақымдануысыз жұмсақ тіндердің жарасы..
- ⊙ • Қан ағумен немесе ликвореямен(кұлақтан немесе мұрыннан) жүретін бас сүйегінің негізінің сынуы
- ⊙ • апоневрозды зақымдаумен жүретін жұмсақ тіндердің жарасы.

Қатты ми қабатының бүтіндігіне байланысты ашық БМЖ-ны жатқызамыз:

- енбеген,
- енген.
- ⊙ Екеуі де асқынған болуы мүмкін (менингит, менингоэнцефалит)

Ауырлық дәрежесіне байланысты БМЖ бөлінеді:

- жеңіл БМЖ— мидың шайқалуы және соғылуы жеңіл дәрежеде;
- орташа ауыр БМЖ— мидың соғылуы орташа дәрежеде;
- ауыр БМЖ— соғылуы ауыр дәрежеде және бас миының жаншылуы, диффузды аксональды зақымдану.

БМЖ болады:

- Оқшауланған (внечерепные повреждения отсутствуют);
- аралас (бір уақытта қанқа сүйектерімен бірге ішкі ағзалардың зақымданудың болуы);
- қосарланған (бір уақытта термиялық, сәулелік, химиялық және басқа да жарақаттар);
- біріншілік;
- екіншілік, церебралдық дисфункциядан кейін болатын (инсульт, эпилептикалық талма, вестибулярлық криз, острое нарушение гемодинамики различного генеза и др.);
- алғашқы және қайталамалы.

Ауыр БМЖ жіктемесі:

◎ Бас ми соғылуының ауыр дәрежесі.

4 клиникалық формаға бөлеміз:

- 1) Экстрапирамидалық.
- 2) Диэнцефалдық.
- 3) Мезэнцефалдық.
- 4) Мезэнцефало-бульбарлық.

Диагностикалық критерилері

- ◎ Пациент коматоздық жағдайда болғандықтан шағымдана алмайды.
- ◎ Анамнезінде: әр түрлі бастың жарақаттары – ұрып-соққылау, құлау, ЖКА(жол көлік апаты).

Физикалық зерттеу:

Объективті қарау: бүкіл денесін
жалаңаштандырып қарау, ауыздағы иіске
назар аудару, қанталаулар, буындардың
деформациясы, кеуде торы және іштің
формасының өзгерісі, мұрыннан және
құлақтан қан немесе ликвордың ағуын,
уретрадан және тік ішектен қан кетуді

◎ Неврологический осмотр:

- нарастающее угнетение уровня сознания по ШКГ (от 9 до 3 баллов).
- - нарастающее нарушение жизненно-важных функций (АД, ЧСС, дыхание, температуры тела).
- - очаговые и стволовые симптомы: (анизокория, парез взора вверх, тонический множественный спонтанный нистагм или плавающий взор, грубая дивергенция глазных яблок по горизонтальной или вертикальной оси, двусторонние патологические знаки, диссоциация менингеальных симптомов, мышечного тонуса и рефлексов по оси тела.
- - полушарные и краниобазальные признаки (моно- или гемипарез или параличи конечностей, поражение черепных нервов, речевые расстройства, часто повторяющиеся клонические судороги в конечностях.

Тактика лечения

- немедикаментозное лечение (режим, диета и пр.)
Нормализация ЦПД, снижение ВЧД, нормализация АД.
- ЦПД рассчитывается как разница между средним АД и средним ВЧД. Для этого повышают системное АД и снижают ВЧД. Целевые значения ЦПД находятся в диапазоне 50-70 мм рт.ст. Необходим мониторинг АД, следует избегать артериальной гипотензии (систолическое АД < 90 мм рт.ст.). Необходим мониторинг оксигенации, следует избегать гипоксии ($PaO_2 < 90\%$). Всем пациентам с тяжелой ЧМТ показана установка датчиков и мониторинг ВЧД.

- ◎ **Положение больного.** Сгибание шеи, повороты головы, сдавление шеи фиксирующими повязками ухудшают венозный отток из полости черепа, поэтому голова больного должна находиться по средней линии, головной конец кровати следует держать приподнятым на 10-15 градусов.
- ◎ **Гипервентиляция.** Гипервентиляция может быть необходимой на короткий срок при кратковременном ухудшении неврологического статуса, или на более длительный, если имеется устойчивая внутричерепная гипертензия в условиях проведения седативной, миорелаксирующей терапии, дренирования вентрикулярного ликвора и применения осмодиуретиков.

Медикаментозное лечение

- ◎ **Седативная и релаксирующая терапия.** Повышение внутригрудного давления, связанное с санацией трахеи, кашлем, судорогами, психомоторным возбуждением, десинхронизацией с аппаратом ИВЛ может вызвать выраженное повышение ВЧД. Эти эффекты могут быть минимизированы при помощи седативных или миорелаксирующих средств.
- ◎ **Осмотические препараты.** Маннитол является одним из наиболее эффективных препаратов в лечении отека мозга при тяжелой ЧМТ. При длительной циркуляции в крови маннитол может накапливаться в клетках головного мозга, что обуславливает развитие отека — набухания головного мозга «феномен отдачи». Для предотвращения этого явления маннитол нужно вводить болюсно в дозе от 0,25 до 1 г /кг за 20-30 минут.

- ◎ **Барбитураты.** Барбитуратовый лечебный наркоз может быть применен у гемодинамически стабильных, крайне тяжелых больных с тяжелой ЧМТ при наличии внутричерепной гипертензии, устойчивой к максимальному консервативному и хирургическому лечению. При проведении барбитуратовой комы желательно контролировать артериовенозное насыщение кислородом, поскольку существует опасность развития олигемической церебральной гипоксии.
- ◎ **Глюкокортикостероиды.** Для улучшения исходов заболеваний или для снижения ВЧД применение стероидов не рекомендуется. У пациентов с тяжелой ЧМТ большие дозы метилпреднизолона связаны с повышенной смертностью, а потому противопоказаны .

□ **Диуретики.** Фуросемид и другие петлевые диуретики обладают меньшим влиянием на ВЧД чем маннитол, хотя могут уменьшать ликворопродукцию. Также фуросемид потенцирует и удлиняет время действия маннитола.

□ **Противосудорожные средства.** Рекомендуется применение противосудорожных препаратов для предупреждения ранних (в течение 7 дней после травмы) судорожных припадков.

Список литературы

1. Е.И. Верещагин, И.П. Верещагин «Интенсивная терапия тяжелой и сочетанной черепно-мозговой травмы» 2007 г.
2. Непомнящий В.П., Лихтерман Л.Б., Яриев В.В., Акшулаков С.К. Эпидемиология ЧМТ. Клиническое руководство по ЧМТ. Под редакцией А.И. Коновалова и др.: Витидор, 1998,1:129-47.
3. Штульман Д.Р., Левин О.С. Черепно-мозговая травма / В кн.: 2002;
4. Штульман Д.Р., Левин О.С. «Неврология. Справочник практического врача». – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 526-546.
5. Одинак М.М. Неврологические осложнения черепно-мозговой травмы: Автореферат диссертации доктора медицинских наук. – СПб., 1995. – 44 с.
6. Макаров А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация // Неврологический журнал. – 2001. – №2. – С. 38-41.
7. А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме». 2001 г.