

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ

ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Травматология

Тема: *Жабық бас – ми жарақаты*

Орындаған: Нурсалимова Ж

Факультет: ЖМ

Группа: 13-1, 5 курс

Қабылдаған:

Алматы 2015



ЖОСПАР:

- Кіріспе бөлім
 - Бас –ми жарақаты жалпы түсінік
- Негізгі бөлім
 - Этиологиясы
 - Классификациясы
 - Клиникалық көрінісі
 - Диагностикасы
 - Емі
- Қорытынды бөлім
- Пайдаланылған әдебиеттер



- ▣ *Бас сүйегі мен бас миының зақымдануы механикалық жарақаттардың аса ауыр түріне жатады.*

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.



ЖІКТЕМЕСІ

БМЖ
патофизиологиясы
бойынша:

1. Салдарлық зақымдану мидың тура әсер етуімен байланысты емес, бірақ мидың біріншілік зақымдануы көбінесе екінші типті ми тінінің ишемиялық өзгерістеріне байланысты.
(Бассүйекішілік және жүйелік).

2. Ішкі зақымдануға бассүйекке, ми қабатына, ми тіндеріне, ми қантамырларына, ликворлық жүйеге жарақаттаушы күштің әсер етуі жатады.

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 клиникалық формалары

Типіне
байланысты:

1. оқшауланған;

2. қосарланған;

3. аралас;

4. қайталанған;

- 2 түрі бар:
- 1. Жабық
- 2. Ашық:
- Тесіп өтпеген
- Тесіп өткен



алған науқастар
дайы 5 градация
бөлінеді.

- - қанағаттанарлық жағдай;
- - орташа ауырлықтағы жағдай;
- - ауыр жағдай;
- - аса ауыр жағдай;
- - төрминальды жағдай.



Қанағаттанарлық жағдайға жатқызу критерилері:

- - есі анық;
- - тіршіліктік функциялары бұзылыстарының болмауы;
- - салдарлық (дислокациялық) неврологиялық симптоматика болмауы, жартышарлық және краниобазальдық симптомдардың болмауы немесе айқын болмауы. Өмірге қауіптілігі болмайды, еңбекке қабілеттілігінің қалпына келуі 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 негізі симптомдарынан жеңіл нистагм т.б.
- Орташа ауырлық дәрежелі жағдайы деп айту үшін келесі параметрлердің біреуі болуы қажет. Өмірге қауіптілігі шамалы еңбекке қабілеттілігі қалпына келуі көбінесе жақсы.



□ Ауыр жағдайға жатқызу критеріі (15-60 мин):

- - ақыл-есінің өзгерісі терең есеңгіреу немесе сопор;
- - өмірлік функциялары бір-екі көрсеткіш бойынша шамалы бұзылған;
- - ошақталу симптомдары – ми негізі 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 қалпына келуі екі-талай.

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

- - ақыл-естің орташа немесе ауыр комаға дейін бұзылған;
- - бірнеше параметр бойынша өмірлік функциялары айқын бұзылған;
- - ошақталу симптомдары – ми негізі 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 бұзылуы;
- - ошақталу симптомдары – ми негізі симптомдары екіжақты ауыр мидриаз арқылы білінеді, мөлдір қабақтың және қарашықтың реакциясы жойылуы. Науқастың тірі қалуы мүмкін емес.



- 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.



Жабық бас – ми жарақатының қазіргі уақыттағы классификациясына сәйкес келесі формаларын ажыратады:

- 1. Бас миының шайқалуы;**
- 2. Жеңіл, орташа, ауыр дәрежедегі бас миының соғылуы;**
- 3. Бас миының қысылуы;**



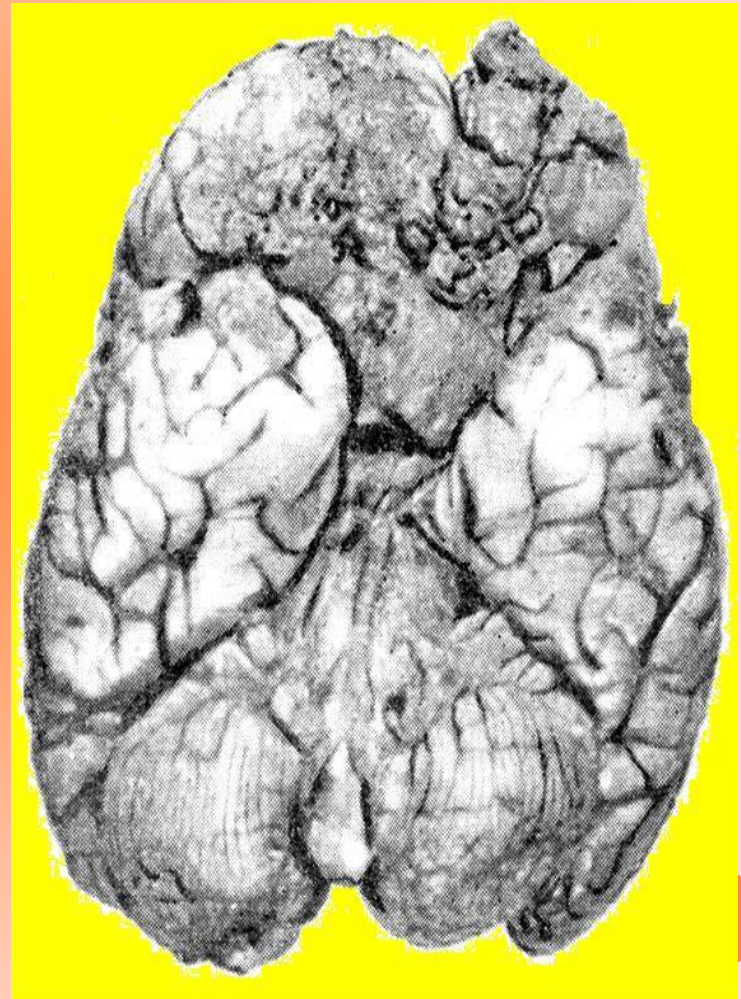
Мидың шайқалуы (COMMOTIO CEREBRI)

- 1. Ми(дың) шайқалу(ы) – (commotio cerebri) ауыр емес жарақаттаушы күштің түсуінен болатын жағдай. БМЖ жарақаттаушыларының 70%- да кездеседі.
- Жалпы милық синдромдар: 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.
- Невротикалық синдромдар: сіңір рефлексінің жеңіл ассиметриясы болуы мүмкін. Қысқа мерзімді ретроградтық амнезия. Антероградтық амнезия болмайды, жалпы әлсіздік, ұйқының бұзылысы, тәбеттің бұзылысы.
- 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.



Мидың соғылуы (CONTUSIO CEREBRI)

- 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, орташа және ауыр дәрежеге бөлінеді.



Ми соғылуының жеңіл дәрежесі (10-15% жарақаттанушы).

- Ми қыртысының бір жақ шарты шарының зақымдануына байланысты. 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.



Ми соғылуының орта ауырлықты дәрежесі.

- Бас миы шарты шарының базальды бөлігінің зақымдануымен сипатталады. Бұл 100% бас сүйек негізінің сынығымен жүретін бас миы жарақаты бар науқастарда анықталады.
- 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 , 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.
- Бас сүйек негізі сынығы кездесетін болса, онда жиі VIII, VII, II, III, VI бас –ми нервтерінің зақымдануы кездесуі мүмкін.
- Клиникалық белгілердің ұзақтығы – 3-6 апта.



Ми соғылуының ауыр дәрежесі.

- Бас миының қыртысы және базальды бөлігінің соғылуымен қатар, көп деңгейде **ми бағанының және диэнцефальды аймақтың** зақымдануымен сипатталады.



Клиника:

- Естен тану бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін болады. 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 әртүрлілігі, 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 (тахипноэ 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

- Жиі балалар мен жасөспірімдерде кездеседі.
- Патоморфологиялық өзгерістер – ми бағаны мен ми шарты шарының ақ затындағы аксондардың үзілуі немесе созылуы кезінде кездеседі.



- 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.



БАС СҮЙЕГІНІҢ СЫНЫҚТАРЫ

20 - 35% жағдайда бас миының соғылуы бас сүйегінің негізінің және күмбезінің сынуымен бірге жүреді.



Бас сүйек күмбезінің сынықтары:

- **ашық** (сүйек сынған аймақта жұмсақ тіндер зақымдалған);
- **жабық** (жұмсақ тіндер зақымдалмаған);
- **енетін** (қатты ми қабығының зақымдануы);
- **енбейтін** (қатты ми қабығы бүтін).

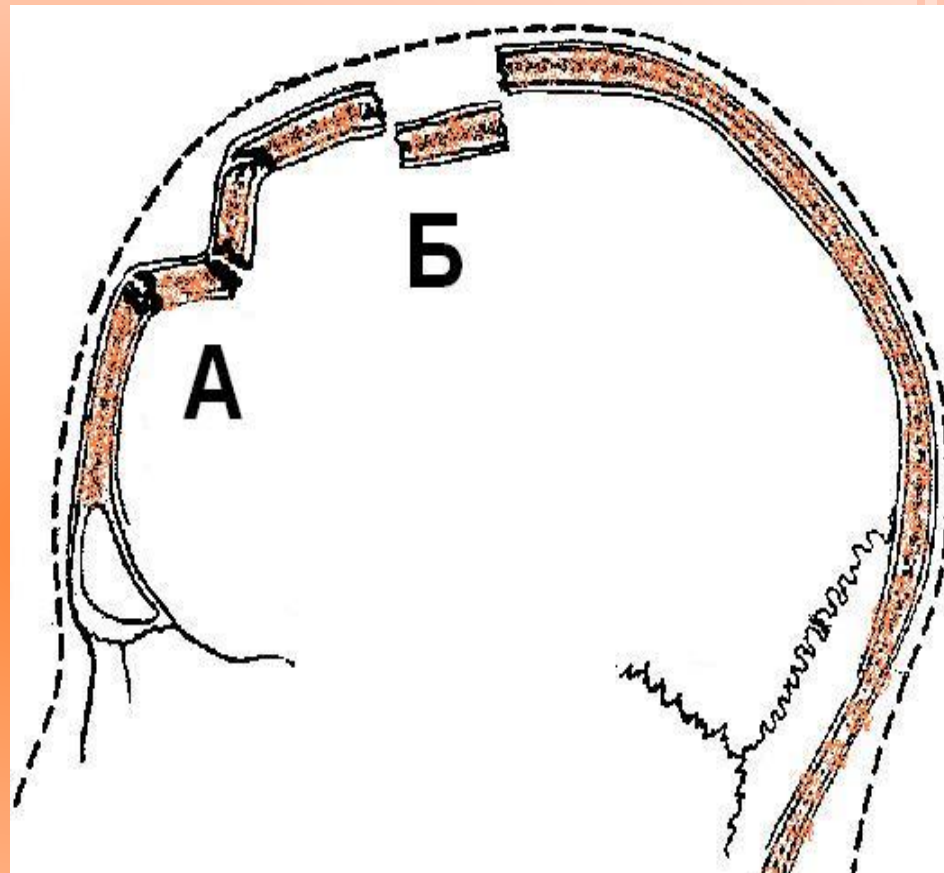


- **СЫЗЫҚТЫ
(линейный)-
бас сүйегінің
жиі
зақымданатын
түрі.**



Еңген сынықтар (Вдавленные переломы)

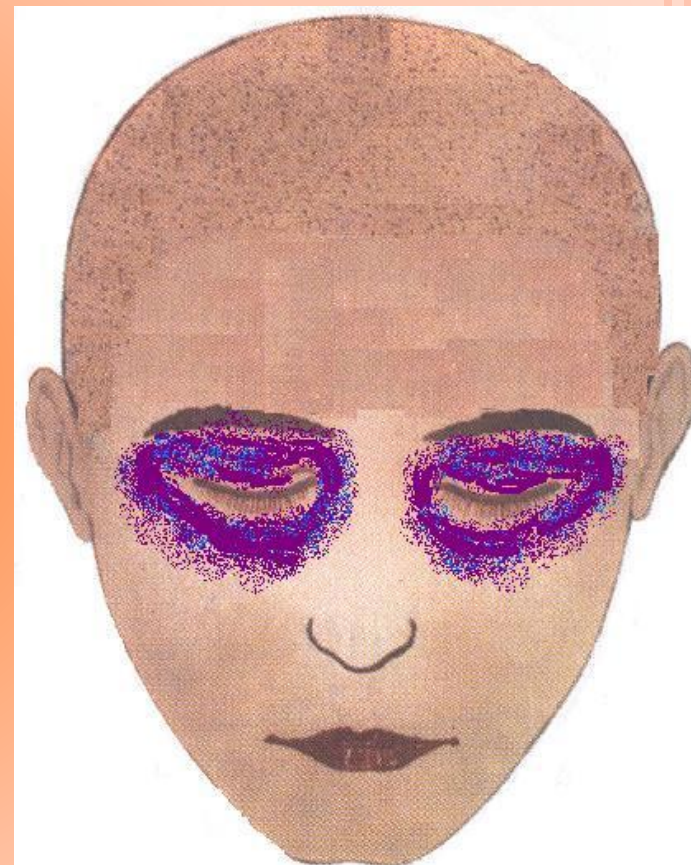
- импрессионды (А) – сынықтардың воронко тәрізді енуі,
- депресссионды (Б) – сынықтың біркелкі енуі.



БАС СҮЙЕГІ НЕГІЗІ СЫНУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

Алдыңғы бас сүйек шұңқырының сынығы

- **Симптом «көзәйнек»** симптомы –жарақаттан кейін бірнеше сағат немесе тәуліктен кейін пайда болатын, параорбитальды клетчаткаға қан құйылу.



Ортаңғы бас сүйек шұңқырының сынығы

⋮

- Құлақтан қан ағу және ликворея;
- Сынған жақта вистибулокохлеарлы және бет нервінің функциясы бұзылысы (саңырау, мимикалық бұлшықеттеің парезі).

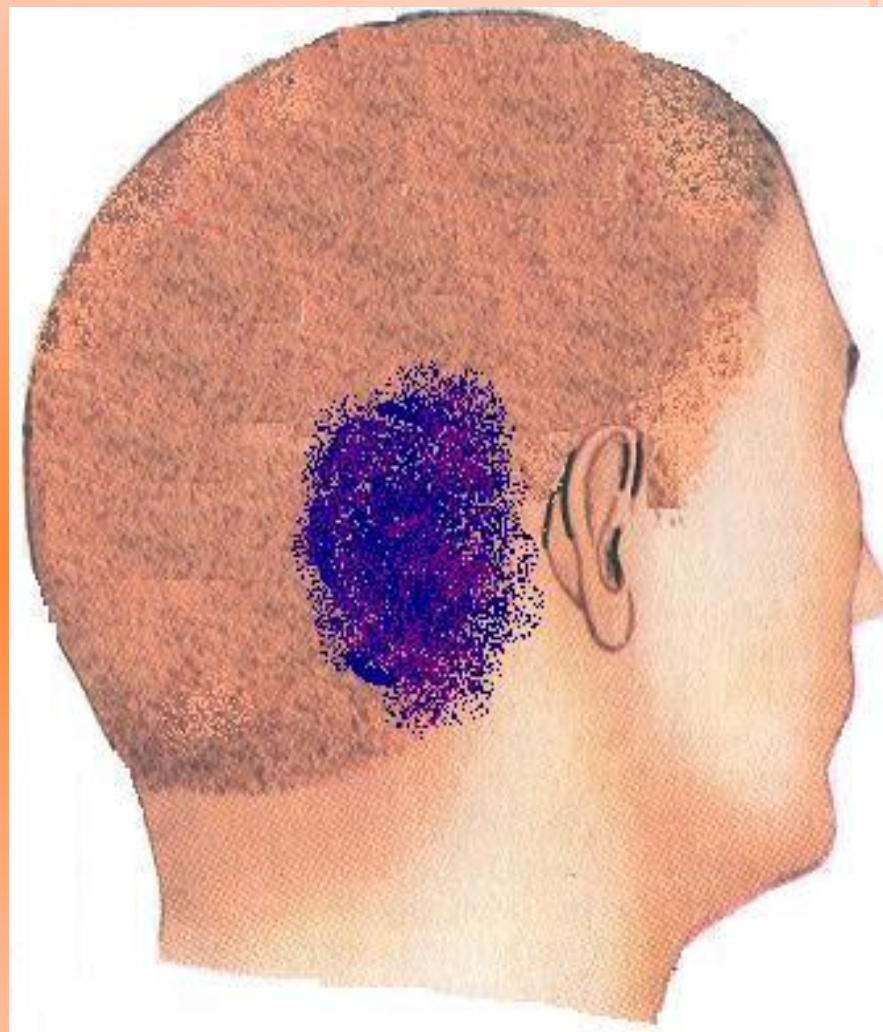


Артқы бас сүйек

шұңқырының

сынығы:

еміздік тәрізді өсіндінің
айналасындағы
гематома.



Бас миының қысылуы

- Бассүйек ішілік гематомалар:
 - 1. Эпидуральдық.
 - 2. Субдуральдық.
 - 3. Миішілік.
 - 4. Қарыншаішілік
 - 5. Көптеген қабық аралық гематомалар.

- Бас сүйек күмбезінің басылған сынығы;
- Бас миының ығысуы мен ісінуін шақыратын контузионды аймақпен;
- Субдуральды гидромалармен шақырылады.



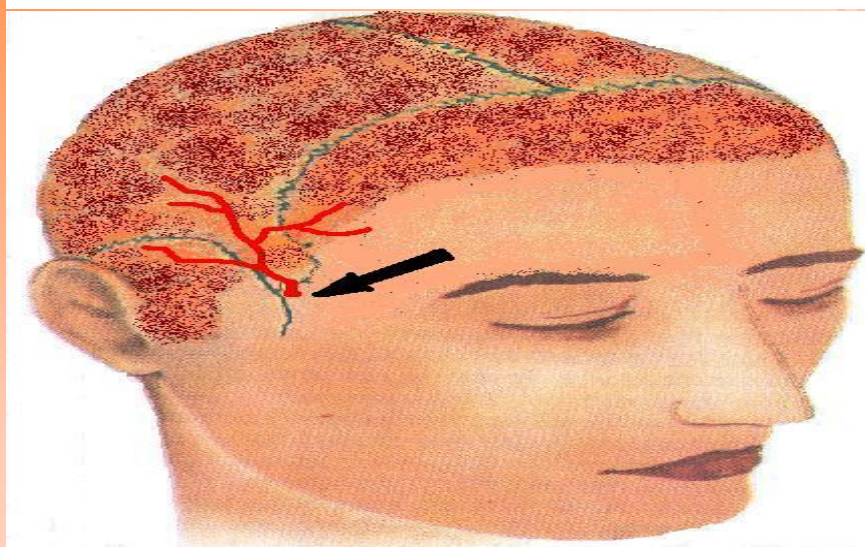
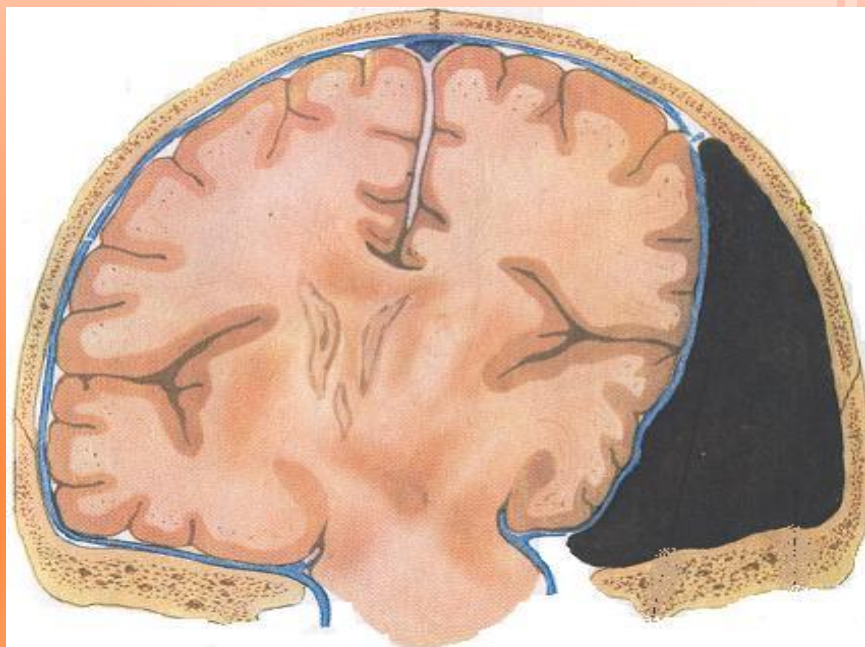
- Бас миының ісінуі және бас сүйек ішілік қысымның жоғарылауы, қысылуы, бас миының деформациясы, қарыншалық жүйенің қысылуы және дислокациясы, ми бағанасының екіншілік гемодинамикалық бұзылуы сияқты клиникалық көріністермен жүреді.



БАС СҮЙЕК ІШЛІК ГЕМАТОМАЛАР

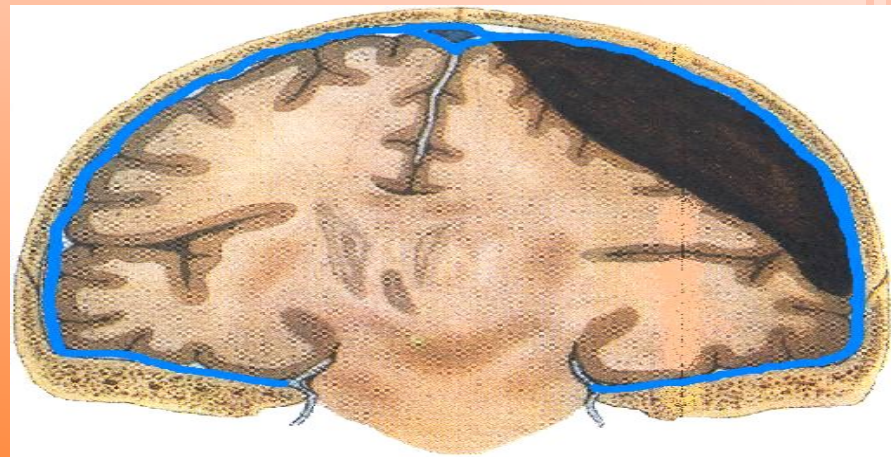
Эпидуральды гематома — бұл мидың қатты қабығы мен бас сүйектің арасындағы қанның шектелген жиналуы.

Эпидуральды гематоманың пайда болу көзі қабықшалық артериялардың зақымдалған тармағы. Жиі ортаңғы қабықша артериясының үзілуі болады.



Субдуральды

гематома – бұл қанның мидың қатты қабығы астында жиналуы. Ол жиі венозды синусқа қарай баратын беткей венаның зақымдануында дамиды.

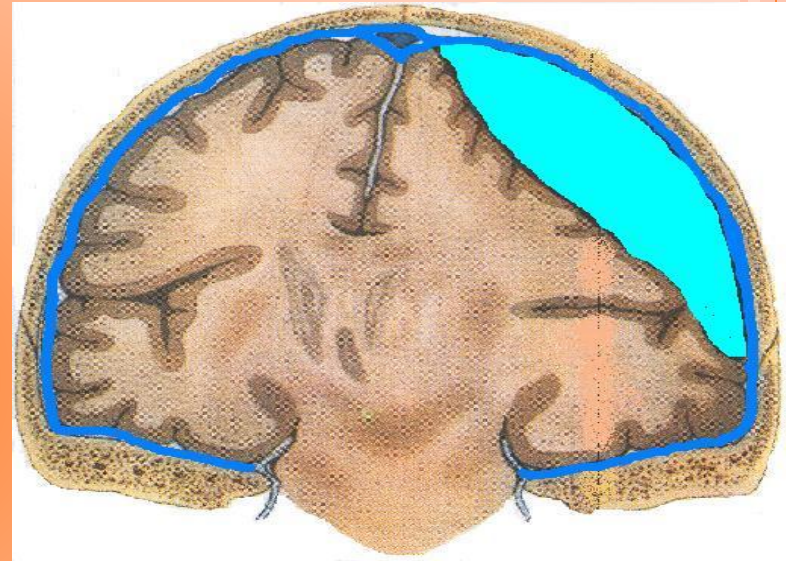


Миішілік гематома қантамырлардың мидың соғылған және мыжылған аймақтарында зақымдануынан пайда болады.



ЖІТІ СУБДУРАЛЬДЫ ГИДРОМА

Бұл субдуральды кеңістікте
ликвордың шектелген
жиналуы.



ДИАГНОСТИКАСЫ

□ **Диагностикалық критерилері**

□ Дұрыс жиналған анамнез

□ **Объективті қарап тексеру:**

□ 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 пирамадасының 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.



- 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, сұраққа жауап беруі, қозғалу реакциясы.



ГЛАЗГО ШКАЛАСЫ БОЙЫНША КОМАНЫ АНЫҚТАУ ӘДІСІ

Открывание глаз	Бал лы	Речь	Бал лы	Движения	Бал лы
				Движения по команде	6
		Спонтанная речь	5	Локализация болевых раздражений	5
Спонтанное открывание глаз	4	Отдельные фразы	4	Отдергивание конечности на боль	4
Открывание на звук	3	Отдельные слова	3	Патологические сгибательные движения	3
Открывание на боль	2	Невнятное бормотание	2	Патологические разгибательные движения	2
Отсутствие реакции	1	Отсутствие речи	1	Отсутствие двигательных реакций	1

ГЛАЗГО ШКАЛАСЫ БОЙЫНША БАС МИЫ ЖАРАҚАТЫНЫҢ АУЫРЛЫҒЫН БАҒАЛАУ КРИТЕРИЙЛЕРІ

- **3-7 балл** – ауыр бассүйек – ми
жарақаты.
- **8-12 балл** – орташа ауырлықтағы
бассүйек – ми жарақаты.
- **13 -15 балл** – жеңіл бассүйек – ми
жарақаты.



- Бассүйек рентгенографиясы (краниография)
- Любмальды пункция
- КТ, МРТ
- Каротидты ангиография



ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

- 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, ӨЖЖ кезінде (көрсеткіш бойынша)плевра қуысына дренаж жасау. ӨЖЖ жүргізуге және кеңірдек интубациясының көрсеткіштеріне апноэ, гипопноэ, тері және шырышты қабаттардың цианозы жатады.
- С - жүрек қан тамыр жүйесінің жұмысына қарау.



- 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. Опиаттарды енгізбеу!
- 8. Бастың жарасында және сыртқы қан кетулерде:
 - - жараның қырларын антисептикпен тазалау.
- 9. Стационарға тасымалдау, нейрохирургиялық қызметі бар жерге, ауыр жағдайда – реанимациялық бөлімге жатқызу қажет



- Бассүйек – ми жарақатымен науқастардың барлығы госпитализациялануы керек!!!
- Бас миының шайқалуы мен соғылуының барлық деңгейінде науқастар консервативті ем көрсетілген.
- Егер бас миының қысылуы болса шұғыл хирургиялық араласуды қажет етеді.

