

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық  
қазақ-түрік университеті

**СӨЖ**

**ТАҚЫРЫБЫ: НЕЙРОТРАВМА.  
НЕЙРОНКОЛОГИЯ**

Орындаған: Әуелбек Сымбат.  
Тобы: ЖТД -636

# Жоспары

- ▣ Кіріспе
- ▣ Негізгі
  - Бас ми жарақаттары классификациясы*
  - Клиникалық көріністері*
  - Дифференциалды диагностикасы*
  - Зерттеу әдістері*
  - Емдеу*
  - Нейронкология*
- ▣ Қорытынды
- ▣ Пайдаланылған әдебиеттер

# Анықтамасы

**Бас ми жарақаты** – бастың зақымдалуы кезінде дамидын симптомоккомплекс. **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.

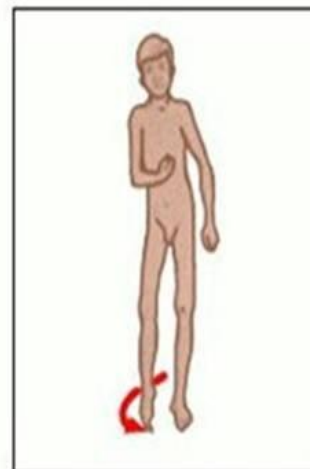
- 1773 ж Пти ең алғаш рет жабық басми жарақатының 3 негізгі формасын атап көрсетт: соққы, құлау және бас миының қысымы.
- I. Жабық басми жарақаты
- **A. Бас сүйегінің зақымдануынсыз жарақаты**
- 1. Басмиының шайқалуы
- 2. Бас миының жарақаты: жеңіл, орташа және ауыр дәрежелі.
- 3. Басмиы қысылуының себебі 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



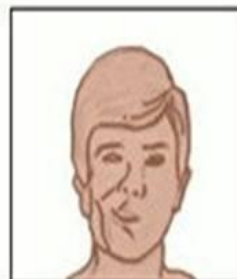
Гемипарез



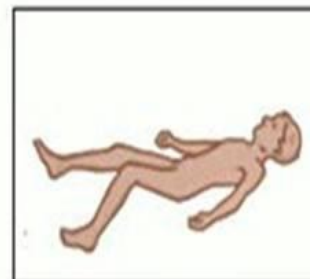
Нарушение сознания



Головокружение



Поражение VII н.

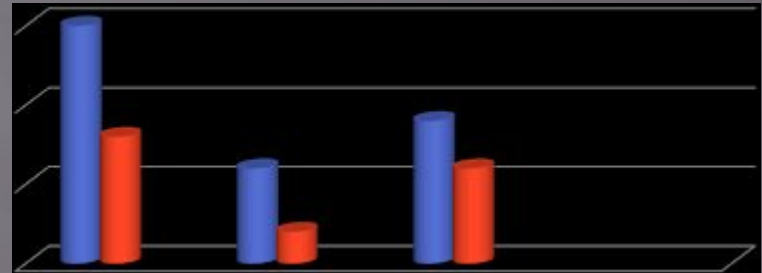


- **Б. Бас сүйегінің зақымдануының жарақаты.**
- **А. Бас сүйегінің зақымдануынсыз жарақаты**
- **1. Басмиының шайқалуы**
- **2. Басмиының жарақаты себебі және формалары:**
- **а) гематома – жедел, жеделдеу, созылмалы; эпидуральды, субдуральды, миішілік, қарыншаішілік, жалпы.**
- **Б) субдуральды гидрома: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

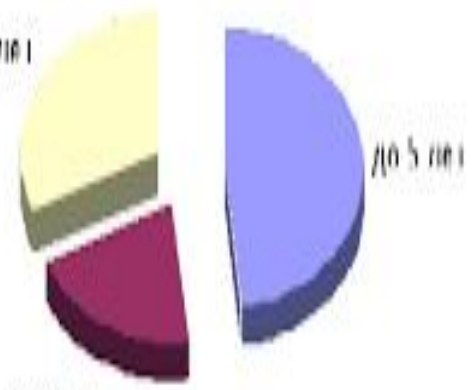


- ▣ Балаларда БСМЖ болатын өлім барлық өлімнің 10% құрайды. Бас сүйек-ми жарақаттарына кефалогематома, мидың шайқалуы, ми контузиясы, мидың қысылуы (субдуралды, эпидуралды және миішілік гематомалар, ми негізі мен тұғырының сынуы) жатады.

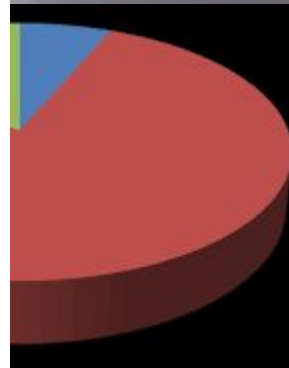




60/10 net



5/10 net



# 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.

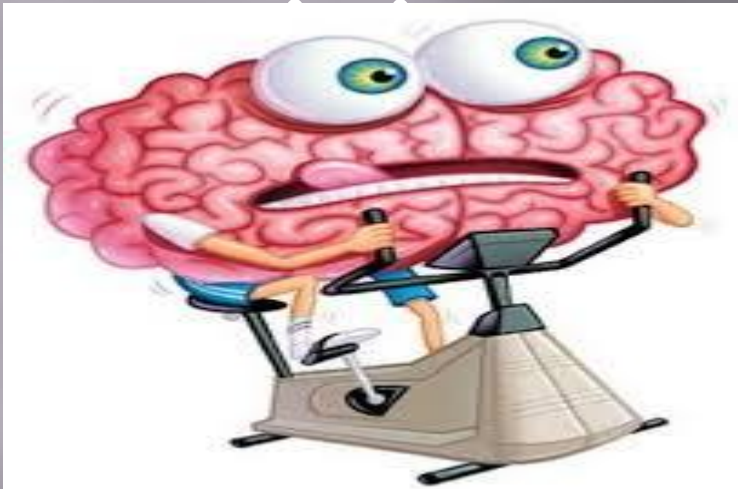
	1 тәулік		3 тәулік		7 тәулік		10 тәулік	
	I	II	I	II	I	II	I	II
Симптомдар								
Бастың ауруы	100	100	67,1±6,1	73,2±3,2	45,2 ±4,6	49,8 ±5,49	13,6 ±3,46	23,7 ±2,3
	-		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Лоқсу және құсу	46,5 ±3,65	47,2 ±4,45	12,7 ±5,5	16,1±2,7	5,6 ±0,42,	8,9 ±0,9	-	-
	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Ұйқышылдык	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	
Гипергидроз	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	

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 инфузиясын қабылдап жатқан науқастарда және зерттеліп жатқандардың көбісінде есте сақтау функциясымен ориентация ертерек қалпына келді

# ▣ Мидың зақымдану түрлеріне байланысты





- 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



## 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.



Кефалогематома





- ▣ 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, айналатынын, жүрек айнитынын, құсатынын, көзін қозғалтқанда ауырсынаатынын, әл-дәрмені жоқтығын айтып шағымданады.
- ▣ Сіңір рефлексінің жеңіл ассимитриясы болуы мүмкін. Қысқа мерзімді ретроградтық амнезия.
- ▣ Антероградттық 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.

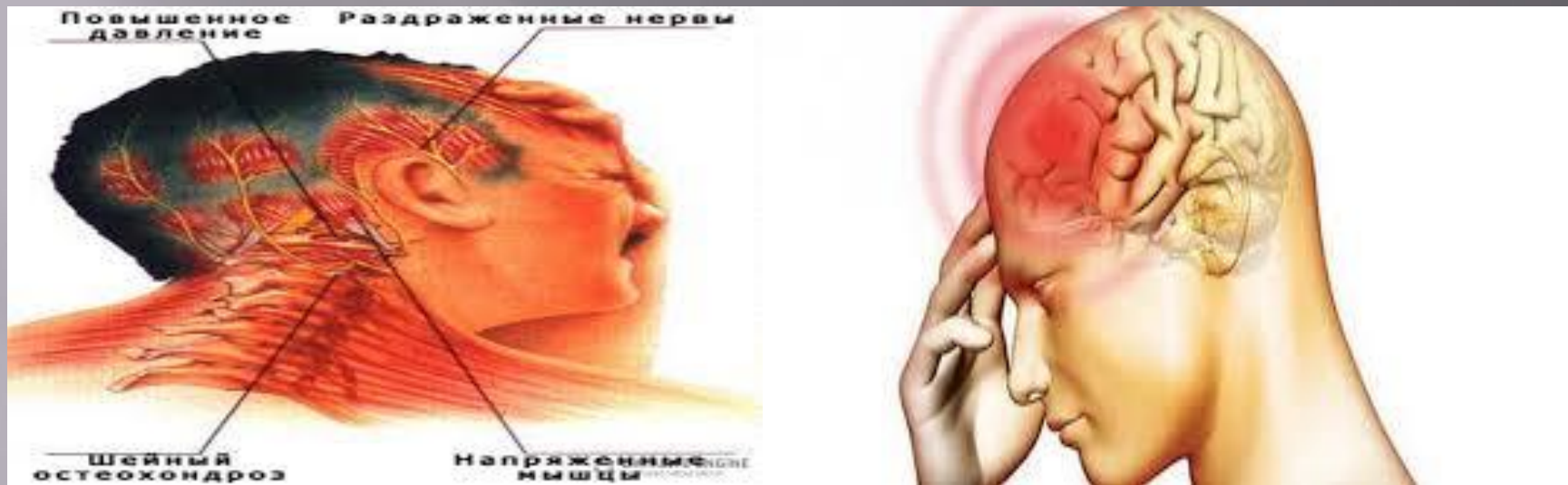




Первая помощь при  
травме головы:  
салфетки, лед, повязка

- ▣ *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. 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.

■ *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 әртүлілігі, анизокория. Қарашықтың жарыққа реакциясы және қасаң қабық рефлекстері жоғалған. Жұтыну бұзылған. Кейде ауру қоздырғыштарына горметания қосылады немесе спонданды. 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 брадикардия). 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 Қүнделікті жарақат
- ▣ 3 Құлау және спорттық жарақат



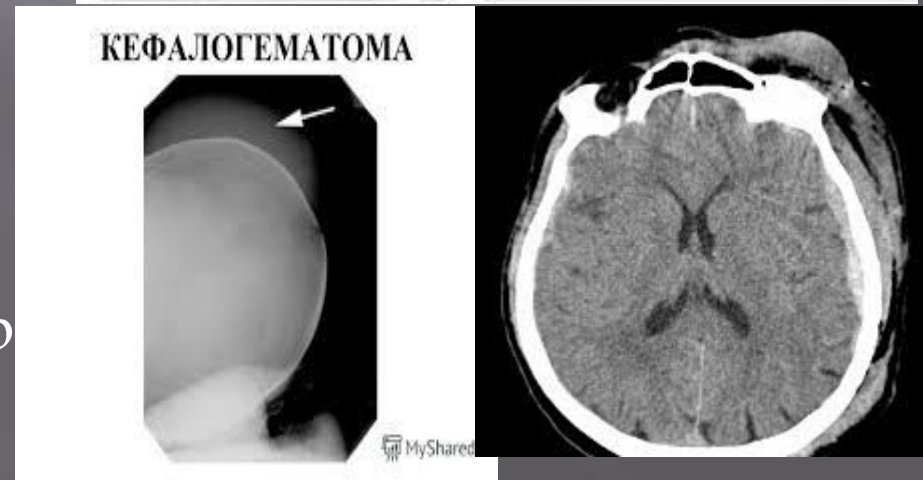
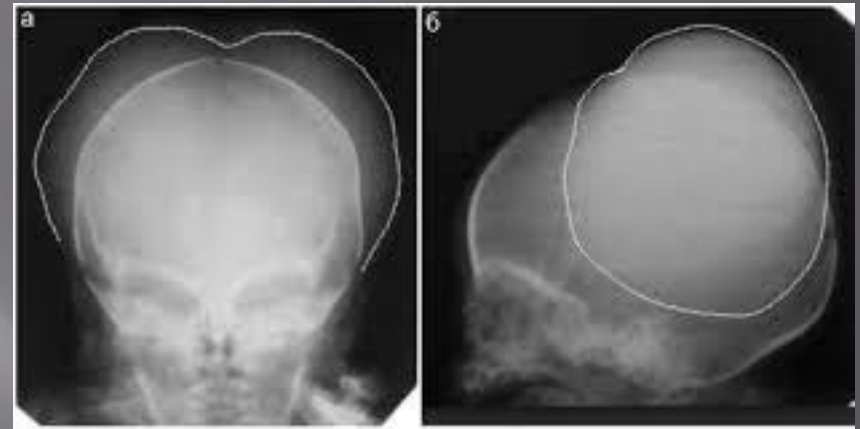
## □ *Диагностикалық критеріі*

- *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 пирамидасының 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 сынығындада 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 базалау, миненгиальді 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 « АВС» 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 (кристаллойд 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 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 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.
- 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 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 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 оксибат 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

# Нейронкология

Ми ісігі кезінде неврологиялық бұзылыстар әр түрлі және орналасқан орны мен түріне байланысты болады. Психоорганикалық топқа жататын психопатологиялық синдромдарды құрайды. Әр бір алтыншы-жетінші науқаста психикалық бұзылыстың белгілер ерте кезде пайда болып, ісікті диагностикалау қиынға түседі. Мидың ісігі психоорганикалық синдроммен жүретін, этиологиясы белгісіз және неврологиялық симптомдармен және ауру “атипиялық” түрде өтеді.

**Таблица 3.3. Симптоматика локальных повреждений мозга**

Локализация поражения	Симптоматика
<p><b>Лобные доли</b></p> <p>медиальные (конвекситальные) отделы</p> <p>базальные отделы</p> <p>доминантное полушарие (нижняя лобная извилина, поле 44: центр Брока)</p>	<p>Изменения личности, снижение интеллекта</p> <p>Аспонтанность, снижение мотиваций, нарушения внимания и памяти</p> <p>Благодушие, расторможенность, неспособность правильно оценить ситуацию, отсутствие чувства болезни (анозогнозия)</p> <p>Моторная афазия</p>
<p><b>Височные доли</b></p> <p>двустороннее поражение</p> <p>доминантное полушарие (поле 22: центр Вернике)</p>	<p>Нарушение памяти, синдром Клувера — Бьюси</p> <p>Эйфория, слуховые галлюцинации, нарушение понимания устной речи — сенсорная афазия</p>
<p><b>Темешные доли</b></p> <p>доминантное полушарие</p> <p>двустороннее поражение</p>	<p>Дистрофия, дискалькулия, нарушение различения правой и левой сторон</p> <p>Расстройство интеллекта, некритичность</p>
<p><b>Затылочные доли</b></p>	<p>Зрительные галлюцинации, слепота</p>
<p><b>Лимбическая система</b> (гиппокамп, мамиллярные тела, миндалина, таламус)</p>	<p>Нарушение эмоций, фиксационная амнезия, возрастание чувствительности к боли</p>
<p><b>Гипоталамус</b></p>	<p>Нарушение регуляции аппетита, температуры тела, половой активности, расстройство цикла сон — бодрствование</p>
<p><b>Ретикулярная формация и голубое пятно варолиева моста</b></p>	<p>Нарушение регуляции уровня бодрствования, реакции тревоги и страха</p>

# Патогенез

Ісіктің әсерінен мидың локальді зақымдануы бүкіл ағзадағы өзгерістерге алып келеді, яғни мидағы

- қан айналым,

- ликворайналымы,

- бас ішілік қысымның жоғарлауы

- ми ісінуіне алып келеді. Ми ісінуі кезінде психикалық бұзылыстар 60-90% кездеседі.

# Клиникалық көрінісі

*Жалпы милық симптомдар (бас ішілік қысымның жоғарлауы) :*

- Бас ауру(таң ертен керіп, құсумен жүретін);
- эпизодты сананың бұзылуы (есеңгіреу, делирий, қарауытқан сана)

*Ошақты симптомдар*

- тіркену симптомы (эпилепсиялық ұстамалар, галлюцинация, сенестопатия, парастезия)
- амнезия, соқырлық кереңдік.

# Клиникалық көріністері

- ▣ Ұмытшақтық
- ▣ Апатия – қоршаған ортада болып жатқан нәрселерге толықтай қатыспау және көңілсіздік. Жақындарына қатты тәуелді болу
- ▣ Интеллектің төмендеуіне байланысты өзіне қарауды қояды
- ▣ Сөйлеу, жазу, санауы бұзылады
- ▣ Өзінің жақындарының аттарын ұмытады немесе мүлдем естерінде болмайды, сонымен қатар қандай күн, қайдан ай екенінде білмейді.
- ▣ Эмоцияның өзгеруі.
- ▣ Галлюцинациялар мен сандырақтар.



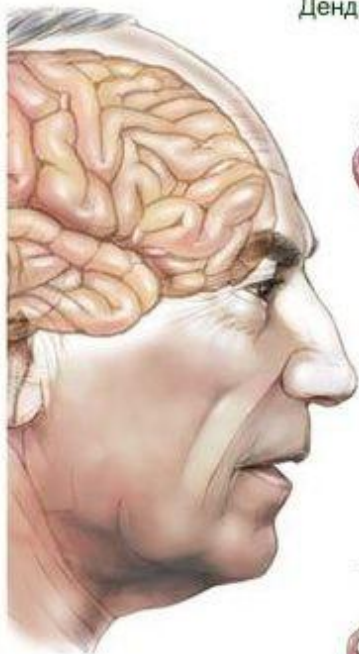
Бастапқы кезеңде науқастар бас ауруына, керіп, қысып ауратнына, түнде күшейетініне және лоқсу мен құсумен жүретініне шағымданады. психикалық бұзылыстар бұл кезде энцефалопатиялық синдроммен көрінеді. Науқастар өзінде әлсіздікті, ашушандықты, есте сақтаудың және зейіннің нашарлауына шағымданады. Психосенсорлы бұзылыстар ретінде дереализация, “дене қалпының” бұзылысы, вестибулярлы симптомдар, есту және сезу галлюцинациялары дамуы мүмкін.

Мандай, сүйелді дене және таламустың ісіктері кезінде инициативаның төмендеуі, апатия, енжарлық, ойлаудың төмендеуі пайда болады.

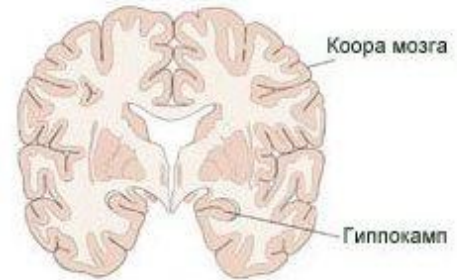
Психиатрға қаралудың тағы бір себебіретінде эпилепсиялық ұстамалардың пайда болуын жатқызады. Эпилепсияға тән белгілер пайда болады. Бұл жағдайда психиатр дәрігер ісік пен эпилепсиялық ауруды бір бірінен ажырату керек.

Эпилепсиялық ұстаманың қашан пайда болғанына (көбінесе қарттық шақта), бас аурумен және неврологиялық симптомдарға мән беру қажет.

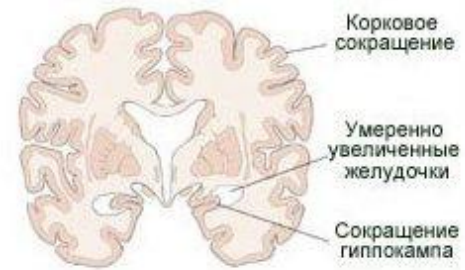
Қатерлі ісік кезінде бас ішілік қысымның тез өсуінен, ми ісінуінен бірінші кезекте сананың қарауытуы болады. Науқас солғын, пассивті, беті ұйқысыраған, мағынасыз. Науқас қойылған сұрақтың мағынасын түсінбейді бірнеше рет айтқаннан кейін ғана дұрыс жауап береді. қарапайым іс әрекеттерді пышақ пен шанышқыны ұстауды, киінуді, төсек салуды ұмытады. Ойлауда стереотиптер байқалады.



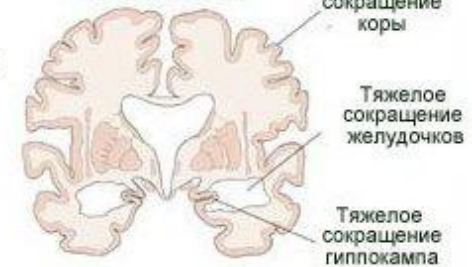
Здоровый мозг



Средняя стадия



Тяжелая стадия

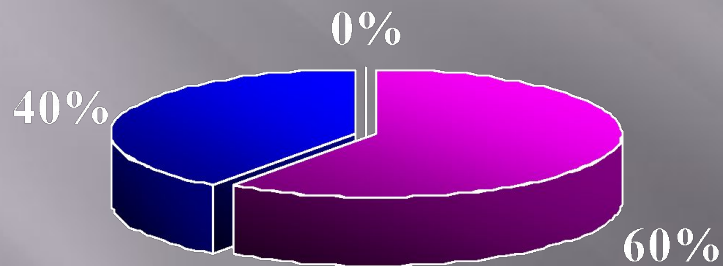


# Классификация

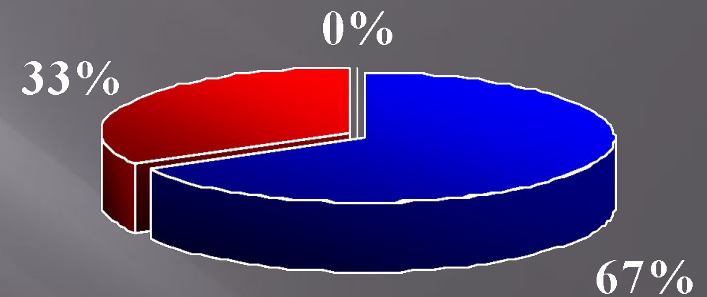
Анатомиялық орналасуы	Клиникалық диагноз
Қыртысты	Альцгеймер ауруы Маңдай-самай бөліктік дегенерация Алкогольді энцефалопатия
Қыртыс асты	Үдемелі ядро үстілік паралич Гентингтон ауруы Паркинсон ауруы Мультиинфаркті деменция (ақ заттың зақымдалуы)
Қыртыс-қыртыс астылық	Леви денешіктерінің ауруы Қыртыс-базальді дегенерация Қантамырдық деменция
Мультифокальді	Крейтцфельд-Якоб ауруы




# СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*Пациенты  
со злокачественными  
новообразованиями*



*Пациенты  
с доброкачественными  
новообразованиями*



-  Дистимия
-  Единый эпизод психогенной депрессии
-  Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии





## ЛЁГКАЯ СТАДИЯ

- Умеренные нарушения памяти, особенно, когда это касается недавних событий из повседневной жизни
- Ориентация в пространстве, как правило, не страдает; может быть легкая дезориентация во времени; иногда имеет место быть только географическая дезориентация.
- Полная сохранность социальных суждений, имеются трудности при решении сложных проблем.
- Могут быть едва заметные трудности в области социальной и профессиональной активности.

## УМЕРЕННАЯ

- Забывчивость по отношению к недавним событиям, именам людей и проч.
- Дезориентация во времени и нередко, в пространстве.
- В решении проблем возникают затруднения и нередко может потребоваться помощь, социальные суждения неверны.
- Независимая активность вне дома практически отсутствует, так же может быть нарушена ориентация дома.
- Трудности в общении, поведении (бесцельное хождение, задавание одних и тех же вопросов).

## ТЯЖЕЛАЯ

- Тяжелые нарушения памяти, сохранены отдельные фрагменты событий.
- Наличие трудностей в узнавании родственников и хорошо знакомых людей
- Необходимость постоянного ухода.
- Трудности в самостоятельном передвижении, поведенческие нарушения, может быть агрессия.



- ▣ *Паранеопластикалық белгілер (ПНБ) — нақты ағзалар мен тіндердің көрінеді ісік ауруларын клиникалық симптомдары жанама және кейбір биохимиялық, гормоналдық, иммунологиялық бұзылыстардың немесе тұқым қуалайтын нәтижесінде қалыптасады.*

## Паранеопластический неврологический синдром [13, 14]

Уровень поражения	Классический ПНС	Не классический ПНС
Мозг, черепные нервы и сетчатка	Мозжечковая дегенерация, лимбический энцефалит, энцефаломиелит, синдром опсоклонус-миоклонус	Энцефалит ствола мозга, оптический неврит, опухолеассоциированная ретинопатия, связанная с меланомой ретинопатия
Спинной мозг		Синдром «ригидного человека», миелит, некротическая миелопатия, синдром моторного нейрона
Нервно-мышечные синапсы	Миастенический синдром Ламберта-Итона	Миастения
Периферические нервы или мышцы	Сенсорная нейропатия, хроническая желудочно-кишечная псевдообструкция, дерматомиозит	Чувствительно-двигательная нейропатия, нейропатия и парапротеинемия, нейропатия с васкулитом, нейромииотония (синдром Исаакса), вегетативная нейропатия, полимиозит, острая некротическая миопатия

- Қатерлі ісікті анықтауға мүмкіндік беретін сырттай клиникалық өзге-рістер аса маңызды, оларды "паранеопластикалық" синдром немесе қатерлі ісіктердің клиникалық маскалары деп атаймыз. Терілік симптомдар қатерлі ісіктерден бірнеше ай бұрын пайда болып, хабар етеді (кейде 2-4 жылға).

- ▣ Е.М.Тареевтің (1983 ж.) зерттеулерінен кейін паранеопластикалық реакциялар тобын 2 ге бөлу дұрыс делінген. *Біріншісі* – (кіші паранеопластика-лық синдром) шектеулі моносимптомды өзгерістер тән, қызба, түйінді эритема, нефротикалық синдром, бөртпе, эритроциттердің жылдам тұну жылдам-дығы симптомы, эозинофилия, тромбоцитопениялық пурпура және т.б.

- ▣ *Екінші тобына* – үлкен паранеопластикалық синдром – жүйелі өзгерістерімен танылатын паранеопластикалық реакциялар жатады: дерматомиозия, ревматоидты артрит, склеродермия, амилоидоз, геморрагиялық васкулит және т.б. жатады.

- Паранеопластикалық синдромның тағы да бір клиникалық нұсқасы ретінде – миграциялық, яғни орын алмастырғыш тромбофлебиттер болып табылады. Қатерлі ісіктер салдарының туындайтын тромбоздық өзгерістерге А.Труссо көңіл бөліп, емге берілмейтін беткей және терең көктамырлардың тромбофлебиттерін атап өтіп, олардың қарт жастағы науқастарда жылдам дамып, жасырын дамып жатқан қатерлі ісіктің жаршылары болып табылатынын дағын айтқан болатын (Труссо синдромы).

# Диагностика ПННС

- ✓ КТ
- ✓ МРТ
- ✓ Маммография
- ✓ УЗИ органов малого таза
- ✓ Скрининг на онконевральные антитела
- ▣
- ✓ Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

# Две особенности в диагностике

- ▣ 1. быстрое развитие симптомов
- ▣ 2. признаки воспаления в спинномозговой жидкости



# Клинические формы ПННС

I. Синдромы поражения головного мозга

II. Синдромы поражения спинного мозга

III. Синдромы поражения периферической и вегетативной НС

# Паранеопластический опсоклонус

- также под названиями «острая мозжечковая энцефалопатия» и «опсоклонус-миоклонус» («танцующие глаза - танцующие ноги»). Больше присущ детям с нейробластомой
- описан при раке молочной железы, матки, мочевого пузыря, щитовидной железы
- диф.диагностика: метаболические расстройства, интоксикации, энцефалит

# Паранеопластическая энцефаломиелопатия

В эту группу объединены лимбическая и стволовая энцефалопатии и миелопатия

## Лимбическая энцефалопатия:

- дегенеративные изменения в гиппокампе, ядрах миндалин, поясной извилине, орбитально-фронтальной области коры ГМ
- чаще встречается при мелкоклеточном раке легкого
- СМЖ, МРТ, аутопсия

## Стволовая энцефалопатия:

- поражение мозгового ствола и спинного мозга
- встречается при раке легкого, молочной железы, матки
- аутопсия

## Миелопатия:

- дисфункция моторного нейрона

# 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/)
- 3. Ю.Ф.Исаков «хирургического болезни детского возраста», Москва 2004