

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы	044-45/
Дәріс кешені	1 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: Жақ-бет аймағының нейростоматологиясы және травматологиясы

Пән коды: ZhBANT 5301

БББ атауы: 6B10103 «Стоматология»

Оқу сағаттарының/кредиттердің көлемі :5

Оқытылатын курс пен семестр : 5курс/IX

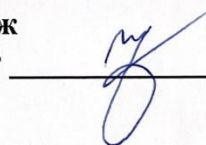
Дәріс көлемі: 15 сағат

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SKMA — 1979 —	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы			044-45/
Дәріс кешені			1 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Жақ-бет аймағының нейростоматологиясы және травматологиясы» пәнінің жұмыс оқу бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленді және кафедра отырысында талқыланды.

Хаттама № 11 « 06 » 06 202 3 ж

Кафедра меңгерушісі м.ғ.д.,м.а. доцент



А.Б.Шукпаров

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 3 беті

№1 дәріс

1.Тақырыбы: Нейростоматологияның тақырыбы мен мазмұны. Нейростоматология-бұл бет пен ауыз қуысындағы неврогенді ауруларды зерттейтін медицина ғылымының саласы. Анатомиялық-физиологиялық мәліметтер және орталық және перифериялық жүйке жүйесінің жалпы морфологиясы.

2.Мақсаты: Нейростоматологиямен, орталық жүйке жүйесі мен перифериялық жүйке жүйесінің анатомиялық-физиологиялық деректерімен және жалпы морфологиясымен танысу.

3. Дәріс тезистері:

Нейростоматология жақ-бет және желке аймағындағы, бет және мойын аймағындағы неврологиялық ауруларды зерттейді. Клиникаға келген пациенттер:

- бастың түрлі аймақтарында жіті ауырсынуға;
- мигрень;
- парестезия (жансыздану сезімі);
- сау тістердегі ауырсынулар;
- дәм сезудің бұзылуы;
- мимикалық бұлшық еттердің параличі;
- бруксизм және т.б.

Мұндай белгілер жұмыс қабілеттілігіне теріс әсер етеді, ұйқыны бұзады және адамның психикалық және эмоционалдық жағдайына теріс әсер етеді.

Қазіргі заманғы жарақтандыру және медицина орталығында дәрігерлердің кәсіби командасының болуы ауруларды диагностикалау мен емдеуді жоғары деңгейде жүргізуге, беттің қимылдық белсенділігінің бұзылуы мен ассиметриясын түзетуге, самай-жақ буын ауруларын емдеуге және т.б. мүмкіндік береді.

1.1. Жүйке жүйесінің дамуы

Жүйке жүйесі орталық және шеткі болып бөлінеді. Перифериялық нерв жүйесіне түбіршектер, өрімдер және нервтер кіреді. ОЖЖ бас және жұлыннан тұрады. ОЖЖ онтогенезін зерделеу мидың медуллярлық түтіктің алдыңғы бөліктерінің біркелкі емес өсуі нәтижесінде пайда болатын ми көпіршіктерінен тұратынын анықтауға мүмкіндік берді. Осы көпіршіктерден алдыңғы ми, ортаңғы ми және ромб тәрізді ми қалыптасады. Кейіннен алдыңғы мидан соңғы және аралық ми пайда болады, ал ромб тәрізді ми де тиісінше артқы және ұзын миға бөлінеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 4 беті

Ақырғы миынан тиісінше үлкен миның жарты шары, базальды ганглиялар, аралық миынан - таламус, эпиталамус, гипоталамус, метаталамус, көру жолдары мен нервтер, торшалар қалыптасады. Көру нервтері мен торшалар бас миынан тыс шығарылғандай ОЖЖ бөлімдері болып табылады. Ортаңғы мидан төрттөбелік пластинкасы мен мидың түтікшелері пайда болады. Артқы мидан көпір мен мишық пайда болады. Ми көпірі төменде сопақ мимен шектеседі. Медуллярлық түтіктің артқы бөлігі жұлынды қалыптастырады, ал оның қуысы жұлынның орталық арнасына айналады. Соңғы мида бүйір қарыншалар, аралық мида - III қарыншалар, ортаңғы мида - III және IV қарыншаларды қосатын мидың су құбыры орналасады; IV қарынша артқы және сопақша мида болады.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Нейростоматология - анықтамасы.
2. Нейростоматологияның мақсаттары мен міндеттері.
3. Нерв жүйесінің дамуы.

№ 2 дәріс

1.Тақырыбы: Ауырсыну. Ауырсыну түрлері.Ауырсынудың анатомиялық және физиологиялық негіздері. Жіктеу және терминология. Типтік және атипті прозопалгиялар, ауырсыну шкаласын талдау

2.Мақсаты: Ауырсыну және оның түрлері туралы білімді қалыптастыру, ауырсынудың анатомиялық-физиологиялық негіздері, классификация және терминология, прозопальгиялар, ауырсыну синдромдары.

3. Дәріс тезистері: Ауыру физиологиясы.

Ауырсыну - бұл ағзадағы құрылымдық-функционалдық бұзылуларды тудыратын аса күшті тітіркендіргіштердің әсерінен туындайтын жағымсыз сезім. Аурудың басқа сезімдерден айырмашылығы - ол миды тітіркендіргіштің сапасы туралы хабардар етпейді, тітіркендіргіштің зақымдаушы екенін көрсетеді. Ауырсыну сенсорлық жүйенің басқа ерекшелігі оның неғұрлым күрделі және қуатты эфференттік бақылауы болып табылады.

Ауырсыну анализаторы ОЖЖ-да ағзаның ауырсынуға жауап беруінің бірнеше бағдарламасын іске қосады. Демек, ауырсынудың бірнеше компоненттері бар. Ауырсынудың сенсорлық компоненті оны жағымсыз, ауырсыну сезімі ретінде

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 5 беті

сипаттайды; аффективті компонент - күшті теріс эмоция ретінде; уәждемелік компонент - организмнің сауығуға бағытталған мінез-құлқын іске қосатын теріс биологиялық қажеттілік ретінде. Ауырсынудың мотор компоненті әр түрлі қозғалыс реакцияларымен сипатталған: сөзсіз бүгілетін рефлексстерден бастап ауруға қарсы қозғалыс бағдарламаларына дейін. Вегетативтік компонент созылмалы ауырсыну кезінде ішкі органдар функцияларының және зат алмасудың бұзылуын сипаттайды. Когнитивтік компонент ауырсынудың өзін-өзі бағалаумен байланысты, бұл ретте ауырсыну азап ретінде көрінеді. Басқа жүйелердің қызметі кезінде бұл компоненттер әлсіз көрінеді. Аурудың биологиялық рөлі бірнеше факторлармен анықталады. Ауру ағза тіндерінің қатері немесе зақымдануы туралы дабыл рөлін атқарады және олардың алдын алады. Ауырсынудың танымдық функциясы бар: адам ауырсыну арқылы сыртқы ортаның ықтимал қауіптерінен қашуды үйренеді. Ауырсынудың эмоциялық компоненті шартты рефлексстердің пайда болуы кезінде нығайту функциясын атқарады. Ауру ағзаның тіндері мен ағзалары зақымданған кезде оның қорғаныш-бейімделу реакцияларын жұмылдыру факторы болып табылады.

Аурудың екі түрі бар - соматикалық және висцеральды. Соматикалық ауырсыну беттік және терең болып бөлінеді, Беттік ауырсыну ерте (жылдам, эпикрикалық) және кеш (баяу, протопатикалық) болуы мүмкін.

Аурудың үш теориясы бар.

1. Қарқындылық теориясын Э.Дарвин мен А.Гольдштейнер ұсынды. Бұл теория бойынша ауырсыну ерекше сезім емес және оның арнайы рецепторлары жоқ. Ол бес белгілі сезім мүшелерінің рецепторларына аса күшті тітіркендіргіштердің әсері кезінде пайда болады. Аурудың қалыптасуына арқа және бас миындағы конвергенция мен импульстардың жиынтығы қатысады.
2. Ерекшеліктер теориясын неміс физиологы М.Фрем тұжырымдаған. Бұл теорияға сәйкес ауырсыну өзінің рецепторлық аппараты, афференттік талшықтары және ми құрылымы бар, ауырсыну акпаратын өңдейтін ерекше сезім болып табылады. Бұл теория одан әрі толық эксперименттік және клиникалық растауға ие болды.
3. Қазіргі заманғы ауырсыну теориясы көбінесе ерекшелік теориясына негізделген. Ерекше ауырсыну рецепторларының бар екендігі дәлелденді. Сонымен қатар, қазіргі заманғы ауырсыну теориясында ауырсыну механизмдеріндегі орталық қосындының және конвергенцияның рөлі туралы ереже пайдаланылды. Қазіргі заманғы ауырсыну теориясының ең ірі жетістіктері ауырсынуды орталық қабылдау және ағзаның ауырсынуға қарсы

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 6 беті

жүйесін іске қосу тетіктерін әзірлеу болып табылады. Көптеген ондаған жылдар бойы бет ауруларына назар аудару неврологтарға ғана емес, жалпы практика дәрігерлеріне, атап айтқанда отбасылық дәрігерлерге де тән. Қазіргі уақытта аурулардың барлық белгілі топтары мен орофациалдық саладағы олардың клиникалық көріністері «Нейростоматология» атты бірыңғай ғылымға біріктірілген [5]. Нейростоматологиялық аурулар - көп жағдайда ноцицепция тетіктерінің жұмыс істеуінің патологиялық сипатымен біріктірілетін клиникалық әр текті жағдайлар тобы. Бұл ретте ауырсыну пациенттерде көбінесе невроз тәрізді тіркелімнің әртүрлі психикалық бұзылуларының пайда болуына әкелетін белсенді психикалық жарақаттаушы фактор ретінде әрекет ететін жүйелі азаптауға айналады. Неврологиялық тәжірибедегі созылмалы ауырсыну - жағдай анағұрлым өзекті. Халықаралық ауырсынды зерттеу қауымдастығы созылмалы ауырсынды «... қалыпты сауығу кезеңінен тыс жалғасатын ауырсыну» ретінде қарастырады [1]. Іс жүзінде бұл бірнеше апта немесе алты айдан астам уақытты алуы мүмкін. Созылмалы ауруларға қайталанатын ауырсыну жағдайларын (невралгиялар, әртүрлі генездегі бас аурулары және т.б.) жатқызуға болады. Алайда, мәселе уақытша айырмашылықтарда емес, сапалық жағынан айырмашылығы бар нейрофизиологиялық, психологиялық және клиникалық ерекшеліктерде болып отыр. Ең бастысы, жіті ауырсыну әрқашан симптом, ал созылмалы ауырсыну мәні бойынша дербес ауруға айналуы мүмкін. Жіті және созылмалы ауырсынды жоюдағы терапевтік тактиканың да елеулі ерекшеліктері бар екені түсінікті. Өзінің патофизиологиялық негіздегі созылмалы ауырсыну соматикалық саладағы патологиялық процеске және/немесе перифериялық немесе орталық жүйке жүйесінің бастапқы немесе қайталама дисфункцияға қатысты болуы мүмкін.

Созылмалы ауырсыну механизмдері оның генезінде нерв жүйесінің әртүрлі бөлімдерінің басым рөліне байланысты перифериялық, орталық, үйлесімді перифериялық, орталық және психологиялық болып бөлінеді. Перифериялық тетіктер дегеніміз ішкі мүшелердің, қан тамырларының, сүйек-бұлшық ет жүйесінің, жүйкелердің өздерінің (nervi nervorum ноцицепторлары) және басқалардың үнемі тітіркенуін білдіреді. Перифериялық аурулардың синонимі ретінде «ноцицептивті ауырсыну» термині пайдаланылады. Перифериялық және орталық тетіктер перифериялық компоненттің қатысуымен қатар онымен байланысты (және/немесе онымен негізделген) жұлын және церебралдық деңгейдегі орталық ноцицептивтік және антиноцицептивтік жүйелердің дисфункциясын болжайды. Бұл ретте шеткі текті ұзақ жалғасатын ауырсыну орталық тетіктердің дисфункциясының себебі болуы мүмкін, бұл

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 7 беті

шеткі. Бет ауруы (прозопальгия) - қазіргі заманғы медицинадағы өзекті ғана емес, әлеуметтік маңызды проблема. Нейростоматологтар пароксизмалдық прозопальгиясы бар науқастарды емдеудің оңтайлы емдеу-диагностикалық және оңалту схемаларын анықтауға тырысады. Бұл ретте барынша клиникалық әсерге қол жеткізу үшін нақты науқасқа неғұрлым қолайлы дәрі-дәрмектік және дәрі-дәрмектік емес құралдар комбинациясын таңдау қажет. Бет ауруын тудыратын факторлардың әртүрлілігі және олардың клиникалық көріністерінің көп нұсқалылығы прозопальгияның көптеген жіктемелерін жасауға негіз болды. Кейде бет ауырсынуы соматикалық ауырсынумен қатар жүретін немесе клиникалық суретте жетекші болып табылатын вегетативті компонентті (орналасу бұлыңғырлығы, күйдіргіш реңк) қамтиды.

Прозопальгия жүйке жүйесінің, ЛОР-ағзаларының, көздің, тіс-жақ жүйесінің және т.б. патологиясымен байланысты болуы мүмкін. Сондықтан мұндай пациенттерді емдеу әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің, ең алдымен неврологтардың, нейрохирургтар мен стоматологтардың бірлескен процесі болып табылады.

Прозопальгия краниофациалдық аумақтың ауырсыну синдромдарының жиі кездесетін нысандарының бірі болып табылады. Науқастарға ауыр азап келтіретін бұл аса қарқынды, қатты ауырсыну көбінесе еңбекке қабілеттілігін уақытша немесе ұдайы жоғалтуға, ал жекелеген жағдайларда суицидтік әрекеттерге себеп болады.

Прозопальгияның едәуір таралуы, кейде еңбек ету қабілетін ұзақ уақыт жоғалтумен ілесе жүретін функциялардың бұзылуының күрделілігі мен тұрақтылығы неврологиядағы оңалту проблемасын өмірдің маңызды медициналық-әлеуметтік проблемалары дәрежесіне қояды [11]. Ауырсынуды емдеудің жалпы қағидаттары ноцицептивтік және антиноцицептивтік жүйелердің нейрофизиологиялық және психологиялық компоненттерінің жай-күйін клиникалық бағалауды және осы жүйені ұйымдастырудың барлық деңгейлеріне әсерін көздейді.

Біз № 50 ГКБ базасында орналасқан МММСУ стоматология факультетінің жүйке аурулары кафедрасымен бірлесіп жүргізетін бет ауруынан зардап шегетін пациенттерді клиникалық бақылау жиырма жылдан астам уақыттан бері жүргізіліп келеді және осы салада жинаған тәжірибеміз бет саласындағы неврологиялық бұзылулардың түрлі түрлерін тиімді диагностикалауға және емдеуге мүмкіндік береді:

- үштікті нервтің невралгиясы (ҮНН) (оның ішінде демиелинизациялайтын аурулар кезінде);
- беттің миофасциалды ауруы;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 8 беті

- атиптік бет ауруы;
- үштікті нервтің постгерпетикалық невропатиясы;
- әртүрлі генездегі Рамзай-Хант синдромы;
- вегетативті прозопа́лгия;
- бет нервінің невропатиясы.

Бұл ретте орофациалдық саланың қандай да бір патологиялары бар пациенттердің жаңа терапиялық тәсілдерге мен оңалту терапиясын іздеуге баса назар аударылады. Бүгінгі таңда бар тәжірибе стационарлық немесе амбулаториялық үлгідегі мамандандырылған орталықтарда жіті және әсіресе созылмалы аурулармен ауыратын науқастарды тексеру және емдеу қажеттігін дәлелдеді [9].

Бет ауруының ең жиі кездесетін себебі үштікті нервтің зақымдануы болып табылады.

Терминалдық невралгия (классикалық үшкіл нерв невралгиясы, симптоматикалық үшкіл нерв невралгиясы) - беттің оң жағы басым үштікті нервтің 3-ші, 2-ші және өте сирек бірінші тармақтарының иннервация аймақтарында өте қарқынды, атыс ауырсынуымен сипатталатын ремиссиялармен және асқынулармен өтетін созылмалы қайталанатын ауру. ҮНН синонимдері - «ауырсыну ұстамасы», «Фотергилл ауруы»

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Нейростоматологиядағы ауырсыну.
2. Ауырсыну синдромдары.
3. Прозопа́лгия - анықтама

№ 3 дәріс

1.Тақырыбы: Семиология (симптомология) клиникасы және диагностикасы ауырсыну синдромы тұлғалар. Кранио мандибулярлық бұзылыс.

Миофасциялық ауырсыну синдромы.

2.Мақсаты: Семиология, краниомандибулярлық және миофасциалдық ауырсыну синдромы туралы білімді қалыптастыру.

3.Дәріс тезистері: Бет ауырсынуы самай-төменгі жақ буынының дисфункциясына және шайнау бұлшық етіндегі клиникалық өзгерістермен

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 9 беті

көрінетін беттің миофасциалды ауырсыну синдромына, атап айтқанда төменгі жақтың қозғалысын шектейтін бұлшық ет спазмына байланысты болуы мүмкін.

Беттің миофасциалды ауырсыну дисфункциялық синдромы (миофасциалды прозопалгия, краниомандибулярлық дисфункция, самай-жақ буынының дисфункциясы және т.б.). Алғаш рет «самай-төменгі жақ буынының ауырсыну дисфункционалдық синдромы» терминін Шварц (1955) енгізді, ол оның басты көріністерін - шайнау бұлшық еттерінің үйлесімділігінің бұзылуы, шайнау бұлшық еттерінің ауырсыну спазмы, төменгі жақ қозғалысының шектелуі. Кейіннен Ласкин (1969) басқа терминді ұсынды - «беттің миофасциалды ауырсыну дисфункционалдық синдромы», төрт негізгі белгілерді бөліп көрсете отырып - беттің ауырсынуы, шайнау бұлшықеттерін зерттеу кезінде ауырсыну, ауыздың ашылуын шектеу, қалақ-жақ буынының сілкінуі. Бұл синдромның клиникалық көрінісінде екі кезең - дисфункция кезеңі және шайнау бұлшық етінің ауырсыну спазмы кезеңі ерекшеленеді. Бұл ретте қандай да бір кезеңнің басталуы шайнау бұлшық еттеріне әсер ететін әртүрлі факторларға байланысты, олардың негізгілері шайнау бұлшықеттерінің рефлекторлық спазмына әкелетін психоэмоционалдық бұзылулар болып табылады. Спазмды бұлшық еттерде ауырсыну аймақтары пайда болады - «қауырт» немесе «триггерлік» бұлшық ет аймақтары, олардың ішінен ауырсыну көршілес аумақтарға бет және мойынға таралуы. Қазіргі уақытта беттің миофасциалды ауырсыну синдромының сипатты диагностикалық белгілері болып төменгі жақ қозғалысы кезінде күшейетін шайнау бұлшық еттерінің ауырсынуы, төменгі жақ жақ қозғалысының шектелуі саналады. (ауызды 46-56 мм дейін қалыпты ашудың орнына ауыз кескіштер арасында 15-25 мм шегінде ғана ашылады), буындағы шерту және крепитация, ауыз ашылғанда төменгі жақтың жанына немесе алға қарай S-тәрізді ауытқуы, төменгі жақты көтеретін бұлшық еттердің пальпациясы кезінде ауырсыну. Мұндай науқастардың шайнау бұлшық еттерінде (бимануалды зерттеу кезінде) қалыңдығында гиперсезімталдық учаскелері - бұлшық ет триггерлік нүктелері бар ауырсыну тығыздықтары байқалады. Шайнау бұлшық еті бөлігінің онда орналасқан триггерлік пунктпен созылуы немесе қысылуы «бұлшық еттің ауырсыну паттерні» ретінде белгіленетін беттің, бастың, мойынның көршілес аймақтарына тарайтын ауырсынуға әкеледі. Бұл ретте ауырсыну паттерні невралдық иннервацияға сәйкес келмейді, склеротоманың белгілі бір бөлігіне ғана сәйкес келеді. Беттің миофасциалды ауырсыну дисфункциялық синдромының даму тетігі шайнау бұлшық еттерінің ұзақ уақыт созылған кернеуінің асқынуы ретінде, олардың кейіннен

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 10 беті

релаксациялануынсыз болады. Алдымен бұлшық етте қалдық кернеу пайда болады, содан кейін жасушааралық кеңістікте жасушааралық сұйықтық миогеллоидтық тығыздауышқа айналғанда жергілікті бұлшықет тығыздаулары қалыптасады. Мұндай миогеллоидты түйіндер (бұлшық етті триггерлік нүктелер) орталық нерв жүйесінің жоғары тұрған бөлімдеріне патологиялық импульсация көзі болып табылады. Көбінесе бұлшық ет триггерлік нүктелері олардың анатомиялық-функционалдық ерекшеліктеріне байланысты қанат тәрізді бұлшық еттерде пайда болады. Тыныштықта мұндай өзгертілген (қысқартылған, спазмдалған) бұлшық еттердің шамадан тыс жүктемеден қорғауға бағытталған мотор бірліктерінің еріксіз белсенділігі болады. Асимметриялық адентиясы бар орта жастағы адамдарда мұндай скелеттік-бұлшық ет прозопагиясы зиянды мінез-құлық әдеттерімен байланысты болуы мүмкін екені анықталды, - стресстік жағдайларда жақтардың қысылуы, иектің қолмен көтерілуі, төменгі жақтың бір жаққа немесе алға жылжуы. Бұл ретте рентгенологиялық өзгерістер болмауы мүмкін. Көбінесе мұндай бұзушылықтар едәуір дәрежеде психологиялық себептерге, депрессияға, ипохондрияға, невроздарға байланысты болады, сондықтан осындай ауырсыну синдромдарын психопатологиялық деп белгілеу дұрыс болар еді. Емдеу іс-шаралары жергілікті анестетиктермен, антидепрессанттармен блокада жасауды қамтиды. Алайда, соңғы уақытта стероидты емес қабынуға қарсы препараттарға көбірек көңіл бөлінуде. Бұлшық ет спазмын, миогеллоидты тығыздауды іске қосатын бұл каскадта асептикалық қабыну және оның компоненттерінің бірі - циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2) шешуші мәнге ие. Ағзаның қалыпты өмір сүруі үшін жасушалардың, оның ішінде асқазан-ішек жолдарының физиологиялық жұмыс істеуіне қатысатын простагландиндердің өнімдерін реттейтін циклооксигеназа-1 (ЦОГ-1) изоферменті қажет. Жасушалардың бұзылуына, жасушалық мембраналардың өлуіне әкелетін патологиялық жағдайларда ісіну және қабыну медиаторларының пайда болуымен қатар арахидон қышқылының метаболизмі каскады пайда болады. Зақымдану ошағындағы ноцицепторларға тітіркендіргіш әсер ете отырып, простагландиндер олардың қабыну кезінде тіндерде пайда болатын брадикинин, гистамин, азот оксидіне сезімталдығын арттырады. Сондықтан цервикальды-краниальгиялық синдромды емдеуде локальды анестетиктермен блокададан, миорелаксанттарды (Сирдалуд), антидепрессанттарды (Амитриптилин), физиотерапиялық іс-шараларды қолданудан басқа, стероидты емес қабынуға қарсы препараттар маңызды рөл атқарады. Бұл топтағы препараттардың фармакологиялық әсерінің негізінде простагландиндер синтезінің негізгі ферментін тежеу қабілеті жатыр

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 11 беті

(рецепторлық аумақтардан ауырсыну сигналдарының ағынын іске қосу). Қазіргі заманғы пайымдауларға сәйкес, СЕҚҚП көпшілігінің нысанасы негізінен олардың ауырсынуға қарсы іс-қимылымен байланысты белсенділігінің қысым көрсетуімен ЦОГ-2 болып табылады.

Клиникада біз сондай-ақ ультракүлгін гель, Вольтарен Эмульгель, Долгит крем сияқты дәрілерді беттің миофасциалды ауырсыну синдромында пайдаландық. Бұл препараттардың қабынуға қарсы әсері липидтердің тотығуының тежелуімен, лизосомальдық мембраналардың тұрақтылығымен (бұл лизосомальдық ферменттердің шығуына кедергі келтіреді және жасушалық құрылымдардың зақымдануына жол бермейді), тотығу фосфоририллеу процестерінде макроэргикалық қосылыстардың пайда болу процестерінің тежелуімен (қабыну процесінің энергиямен қамтамасыз етілуінің төмендеуі және тежелуі қабыну ошағына жасушалар хемотаксисі), нейтрофилдердің агрегациясын тежеу (олардан қабыну медиаторларын босату бұзылады), синтездің қысылуы, рецепторлармен өзара әрекеттесу, қабынудың басқа медиаторларын (брадикинин, лимфокиндер, лейкотриендер, комплемент факторлары және т.б.) инактивациялау. Біздің клиникамызда 43-66 жас аралығындағы 45 науқастың ішінен (орташа жасы 54,5 жас) 15 пациентке Вольтарен Эмульгельмен, 15 пациентке Нурофеном® гельмен және 15 пациентке Долгит кремімен фонофорез емі жасалды. Препараттардың тиімділігін бағалау үшін 10 баллға тең ауырсыну синдромы қарқындылығының бастапқы мәндері бар СІЗДІҢ (көрнекі-ұқсас шкала) әдісі пайдаланылды. Долгитпен ультракүлгін эффектісі жүргізілген науқастарда препараттың клиникалық әсері 7 баллға тең болғаны анықталды, Вольтарен Эмульгелді пайдалану кезінде бұл көрсеткіш 6 баллға дейін төмендеді, ал Нурофен® гелді қолдану тиімділігі 4 баллды құрады. Алайда біз жоғарыда аталған препараттарды қолдану кезіндегі клиникалық көріністерді бағалаудағы оң динамиканы ғана емес, сонымен қатар жанама құбылыстардың айқындылық дәрежесін, жергілікті аллергиялық реакцияларды тудыру қабілетін де бағаладық. Жалпы алғанда, препараттарды науқастар жақсы көтерген және теріге қандай да бір теріс әсерлер, сондай-ақ генерализацияланған аллергиялық реакциялар байқалған жоқ.

СЕҚҚП тобындағы неғұрлым тиімді препараттардың бірі - Нурофен®, ол түрлі нысандарда - таблеткаларда, капсулаларда, сыртқа қолдануға арналған геледе шығарылады. Нурофен® таңдаулы болмаса да, ЦОГ тежейді, бірақ оның негізгі қолдану нүктесі ЦОГ-2, простагландиндер синтезінің тежелуімен - қабыну медиаторлары мен гипертермиялық реакция. Әсіресе фонофорез әдісімен енгізілетін гель түріндегі Нурофена® оң емдік әсері байқалады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 12 беті

Плазма ақуыздарымен байланысты жоғары абсорбция кезінде (90% -ға дейін), Нурофен® зақымданған буындардың (оның ішінде мойын деңгейіндегі омыртқааралық буындардың), мойын-желке аймағының фибромиалгиясына тән асептикалық қабынуы бар тіндердің қуысына баяу еніп, оларда мыналарға қарағанда едәуір үлкен концентрациялар жасайды: плазма. Нурофена® қолдануға қарсы негізгі көрсетілім, басқа да ЕПАТ сияқты, препаратқа жеке гиперсезімталдық, сондай-ақ асқыну сатысында асқазан-ішек жолдарының эрозиялық-жаралық зақымданулары болып табылады. Әсіресе ауруға қарсы жақсы әсер ететін гель түріндегі Нурофен® өңірлік цервикальгиялық синдромдарда өте жақсы көрсетілген, содан кейін таблеткаланған препараттарға көшуге болады.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Семиология дегеніміз не?
2. Бет миофасциалды ауырсыну синдромы - анықтама.
3. Миофасциалдық синдромның белгілері.
4. Краниомандибулярлық ауырсыну синдромы дегеніміз не?

№ 4 дәріс

1.Тақырыбы: Үшкіл жүйке жүйесінің патологиясы .

Үшкіл жүйке жүйесінің зақымданудың анатомиясы және топикалық диагностикасы (V бас сүйек нерві).

2.Мақсаты: Үшкіл жүйке жүйесінің патологиясы туралы білімді қалыптастыру.

3.Дәріс тезистері: Үштікті нерв (ТН) бас сүйегі нервтерінің V жұбы болып табылады. Ол - аралас. ТН жүйесі деп оның рецепторларының жиынтығын, өткізетін жолдарды, ми діңінің ядроларын және таламусты, ТН-мен байланысты қабықты және лимбикалық құрылымдарды, сондай-ақ қабықты қозғалыс аймағын, эфферентті қабықты-ядролық үштікті жолдарды және шайнау бұлшық еттеріне арналған перифериялық қозғалыс нейрондарын түсіну керек (1, 2-суреттер).ТН жүйесі негізінен сезімтал және қозғалтқыш моторлы бөліктерге бөлінеді.

1.2. ҮШТІК НЕРВІНІҢ СЕЗІМТАЛ БӨЛІГІ

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 13 беті

ҮН жүйесінің алғашқы сезімтал нейрондарының көпшілігі үштікті түйінде (гассер түйіні, жартылай ай түйіні) болады. Үшбұрышты түйін бас миының қатты қабығының - үшбұрышты (меккелді) қуысының арнайы ыдыратуында мұрын сүйегінің пирамидасын басудың алдыңғы бетінде орналасқан. Түйіннің пішіні адамның конституциясына байланысты - брахицефалдарда ол қысқа және биік, долихоцефалдарда - ұзын және төмен. Орта есеппен түйіннің ұзындығы 14-19 мм, биіктігі 5-10 мм және жартылай ай пішіні бар. Түйіннің алдыңғы ішкі бөлігін және проксимальды түбірлік талшықтарды ішкі ұйқы артериясынан төмен өтетін және үңгірлі синустың артқы бөлігінен үштікті сіңіру түбін қалыптастыратын жұқа сүйекті пластинка бөледі. Үштікті түйін нейрондарының дендриттері одан шыққанда ҮН-ның үш басты тармағын құрайды: көз (бірінші тармақ), жоғарғы жақ (екінші тармақ) және төменгі жақ (үшінші тармақ) нервтері. Барлық үш бұтақ жалпы құрылымға ие және мынадай құрылымдарды иннервациялайды: 1) мидың қатты қабығы; 2) бет скелетінің қуыстары (маңдай және жоғарғы жақ қуыстары, ауыз қуысы); 3) көз алмасы, жас және сілекей бездері, тістер; 4) бет терісі және бастың түкті бөлігі (тәж тігісіне дейін). Әрбір бұтақ өзінің вегетативті (парасимпатикалық) түйіндеріне сәйкес келеді (кірпікті, қанатты, жақ асты, тіласты және құлақ). ТН иннервация саласы бастың түкті бөлігімен желке нервiнiң аймағымен шектеседі, ал иннервацияның төменгі шекарасына үлкен құлақ нервiнiң және екінші және үшінші мойын нервтерінің тері тармақтарының аумағы түйіседі. Үштікті нерв тармақтарының құрылысында кейбір ерекшеліктері бар. Көз нервінде ірі миелин талшықтары аз мөлшерде болады және көз нервінде ішкі эпинеурийдің шамасы есебінен шоғырлардың арасындағы қашықтық ең аз, ал төменгі жақ сүйегінде - ең үлкен. Бас сүйек қуысынан барлық үш бұта әртүрлі жолдармен шығады - бірінші бұтақ жоғарғы көздік саңылау арқылы, екіншісі дөңгелек саңылау арқылы, ал үшіншісі сопақша саңылау арқылы.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Үштікті нервтің невралгиясы - анықтама.
2. Үштікті жүйке невралгиясының клиникасы қандай?
3. Үштікті нервтің анатомиялық-физиологиялық құрылымын атаңыз.
4. Үштікті нервтің қандай тармақтары бар?.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 14 беті

1.Тақырыбы: Бет нервсінің жүйесінің патологиясы. Бет нервсінің зақымдануының анатомиясы және топикалық диагностикасы (VII бассүйек нерві).

2.Мақсаты: Бет жүйкесінің невропатиялары туралы білімді қалыптастыру

3.Дәріс тезистері: Бет нервсінің невропатиясы (БНН) - бет нервсі иннервациялайтын бұлшық еттердің жіті дамитын парезімен сипатталатын ауру.БНН дамуының себептері белгісіз болып қалады, бірақ ауру этиологиялық тұрғыдан инфекциялық фактормен, бірінші кезекте I типті қарапайым герпес вирусымен байланысты деп есептеледі. 75% жағдайларда БНН себебі белгісіз болып қалады (идиопатиялық невропатия немесе Белл параличі): МКБ-10 • G51.0 Белл сал ауруы

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Аурушандық орташа есеппен жылына 100 000 адамға 20-30 жағдайды құрайды. БНН кез келген жас топтарында болуы мүмкін, науқастардың орташа жасы - 40 жас. Ерлер мен жалпы әйелдер бірдей жиі ауырады.

ЖІКТЕУ: Мыналарды ажыратады:

- бет нервсінің бір және екі жақты зақымдануы
- мұрын сүйегінің сүйек арнасы аймағындағы қабыну процестеріне байланысты бастапқы идиопатикалық және екінші

ДИАГНОСТИКА , ЗЕРТТЕУ ЖОСПАРЫ

Мыналарды анықтайды:

- аурудың басталу түрі
- себепші факторлардың болуы
- бет бұлшық еттерінің жоғарғы және төменгі бөліктерінің зақымдануының таралуы
- Пропарез жағында немесе қарама-қарсы жақта аяқ-қолда ілеспе қозғалыс бұзылуларының (сал) болуы

АНАМНЕЗ ЖӘНЕ ФИЗИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУ

1, БНН кезінде мимикалық бұлшық еттердің әлсіздігі жіті дамиды және бірнеше сағат ішінде максимумға жетеді (сирек дегенде 1-3 тәулік ішінде). Аурудың дамуының алдында жиі жалпы немесе жергілікті тоңазыту болады. Мимикалық бұлшық еттердің баяу өсетін парезі (апталар немесе айлар ішінде) БНН үшін тән емес, мұндай жағдайлардың көбінде ісік этиологиясы бар.

2, Әдетте, төменде көрсетілген симптомдар бар.

- Көздің айналма бұлшық етінің әлсіздігінен көз жасын ағызу науқастардың 2/3-інде байқалады, жас бөлетін талшықтардың зақымдануы салдарынан көздің құрғауы едәуір сирек кездеседі. Пациенттердің шамамен үштен бірі m парезімен байланысты ауру жақтан дыбыстарды (гиперакузияны)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 15 беті

қабылдаудың бұрмаланғанын, жағымсыз күшейгенін байқайды. stapedius. Ауру жақтан алдыңғы тілдің 2/3 дәмінің бұзылуы науқастардың шамамен жартысында байқалады.

- БНН үшін жалпы симптомдар (қызба, жалпы әлсіздік және т.б.) тән емес, олар болған кезде қайталама БНН-ны (әсіресе жүйелі инфекциялар фоннда дамитын) алып тастау маңызды.

- Басқа бас сүйек нервтерінің зақымдану симптомдарының болуы (бет сезімталдығының бұзылуы, шайнау бұлшық еттерінің әлсіздігі, құлақтың шуы, естудің төмендеуі, көз қозғалтқыш және вестибулярлық бұзылулар және т.б.), аяқ-қолда, атаксияда қозғалу және/немесе сезімтал бұзылулар ми діңіндегі неміАнамнездегі мимикалық бұлшық еттер парезі.

БНН біршама сирек қайталаанады. Мимикалық бұлшық еттер парезінің қайталанған эпизодтары кезінде неғұрлым ауыр ауруларды (бас сүйек негізіндегі патологиялық процестер, иммун тапшылығы фоннда Рамсей Хант синдромы және т.б.) анықтау үшін пациентті мұқият тексеру қажет.

4, Ілеспелі аурулар.

Бет нервінің қайталама невропатиясына мимикалық бұлшық еттердің біржақты парезі жағдайларының 20-25% -ы келеді, алайда ол көптеген неврологиялық және соматикалық ауруларда дамиды.

Көбінесе бет нервісінің екінші рет зақымдануы:

- ісіктер (көпір мүйіз бұрышы, артқы бассүйек шұңқыры, мұрын сүйегі, құлақ маңы безі және т.б.), ЖМТ, орта құлақ және аралас аумақтардың патологиясы (жіті/созылмалы отит, мастоидит және т.б.)
- жүйелі инфекциялар (мерез, туберкулез, Лаймда ауруы, ВИЧ инфекциясы және т.б.)
- саркоидоз
- коллагеноздар
- амилоидоз
- Гийена-Барре синдромы
- шашыраңқы склероз және т.б.се проксимальды кесінді аймағындағы патологиялық процесті білдіреді.

5, Мимикалық бұлшық еттер парезінің дәрежесі мен таралуын бағалайды.

- БНН әдетте беттің бір жақты, оң және сол жартысы бірдей жиілікпен зақымданады. Көптеген жағдайларда парез өрескел және барлық мимикалық бұлшық еттерде бірдей көрінеді.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 16 беті

• Көз және маңдай бұлшық еттерінің парезінің болмауы (немесе беттің төменгі жартысы бұлшық еттерінің әлсіздігінің айқын артуы), сондай-ақ тілдің орталық парезімен және, әдетте, қозғалыс бұзылуларымен және/немесе жоғары рефлексстермен және ипсилатеральды аяқ-қолдардың пирамидалық белгілерімен қатар жүретін ядроүсті зақымдануларды көздейді. Орталық парездер кезінде қас үсті рефлексі түспейді. Бұдан басқа, ядродан тыс сал болған жағдайда бет бұлшық еттерінің еркін және эмоциялық реттелетін (күлкі, жылау және т.б.) қысқарулары арасында диссоциация болуы мүмкін. Мысалы, көбінесе қабық зақымдануы кезінде пациенттің тістері ерікті жарқылдағанда айқын ассиметрия болуы мүмкін, ал күлкі кезінде жүзі іс жүзінде симметриялы болады. • БНН үшін мимикалық бұлшық еттердің парциалды парезі (мысалы, көздің дөңгелек бұлшық еттерінің немесе щетка бұлшық етінің әлсіздігі) тән емес, мұндай жағдайлардың көпшілігі бет нервінің жекелеген тармақтарының қысылуына әкелетін құлақ маңы безінің ісіктерімен (немесе осы саладағы басқа да көлемді процестермен) байланысты.

6, Бассүйек нервтерінің жай-күйіне, бірінші кезекте:

- үштікті (сезімталдық, шайнау бұлшық еттерінің жай-күйі)
- кіреберіс-ұлулы (есту өткірлігі, камертональды сынамалар)
- бульбар (жұту, фонация, тіл қозғалысы, тамырлық және жұту рефлексі)

Шектес бас сүйек нервтерінің зақымдануының объективті белгілерінің болуы БНН диагнозын жоққа шығарады.

7, Бұлшық ет күшін, проприорефлексстердің жай-күйін және патологиялық пирамидалық белгілердің болуын тексереді, сондай-ақ мидың діні аумағындағы процестерді (соңғы жағдайда мимикалық бұлшық еттердің перифериялық парезі басқа бас сүйек нервтерінің зақымдануымен (әдетте VI) және аяқ-қолдардың қозғалмалы/сезімтал бұзылулары).

8. Мыналар қажет:

- құлақ раковинасын және сыртқы есту жолын тексеру (Рамсей Хант синдромындағы макуло-папулездік немесе везикулярлық бөртпе, отит кезіндегі бөлінділер)
- мойын лимфа түйіндерін және құлақ маңындағы безді пропальпирлеу.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 17 беті

9. Тері жамылғысын тексереді (лаймдық аурулар кезінде қоныс аударатын эритема, мерез кезінде төгілулер және т.б.)

ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЖӘНЕ АСПАПТЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР МІНДЕТТІ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

- жалпы клиникалық зерттеулер (қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы);
- қандағы глюкоза концентрациясы.

ҚОСЫМША ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

- Белгілі бір инфекциялардың этиологиялық рөліне (мерезге, АИТВ-инфекциясына, лаймдық ауруға) күдіктенген кездегі серологиялық зерттеулер.
- Саркоидоз, бруцеллез ауруларына күдікті кеуде қуысы мүшелерінің рентгенографиясы.
- Нейровизуализация әдістері қалыпты емес жағдайларда, сондай-ақ созылмалы ағымда (ауру басталғаннан бастап 3 аптадан кейін қалпына келтіру белгілерінің болмауы) көрсетілген. Ми діңінде немесе көпір-мүйіз бұрышында патологиялық процеске күдік туындаған кезде МРТ, мұрын сүйегі аумағындағы патологияны болдырмау үшін КТ жүргізіледі.
- Электрондық нейромиография диагнозды растаудан басқа, аурудың динамикасын бағалауға мүмкіндік береді.
- Нейроинфекцияға күдік туған кезде кейіннен ликворды зерттеумен бел пункциясы қажет.

БАСҚА МАМАНДАРДЫҢ КОНСУЛЬТАЦИЯСЫНА КӨРСЕТУЛЕР

- Неврологиялық симптомдар болған кезде, бет бұлшық еттерінің біржақты оқшауланған парезінен басқа, неврологтың консультациясы көрсетілген.
- Беттік невропатияға (анамнезде құлақ ауруларының болуы, сыртқы есту жолынан бөліну, естудің кондуктивті төмендеуі) күдіктенген кезде оториноларингологтың консультациясы қажет.
- Лаймдық ауруға немесе басқа да жұқпалы ауруға күдік туындаған жағдайда инфекционисттің консультациясы көрсетілген.
- Саркоидоз/туберкулезге күдікті кезде фтизиатрдың консультациясы қажет.

ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКА

1, Лаймдық ауру - эндемиялық салаларда бет невропатиясының жиі кездесетін себебі. Бет невропатиясы лимф ауруы кезінде нерв жүйесінің зақымдануының ең жиі кездесетін түрлерінің бірі болғанымен, ол аурудың жалғыз көрінісі ретінде сирек байқалады - басқа да симптомдар жиі кездеседі (улану, терінің төгілуі, буындардың зақымдануы). Эпидемиологиялық анамнез деректерінің

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 18 беті

де маңызы бар (эндемиялық аймақта болу, кенені тістеу немесе ондай мүмкіндіктің болуы). Диагнозды серологиялық зерттеулердің (ИФТ) көмегімен растайды.

2. Рамсей Хант синдромы тізе түйінінің герпес вирусымен зақымдануымен байланысты, құлақ раковинасында, сыртқы есту жолындағы герпетикалық төгілулермен, құлақ тереңдігіндегі қатты ауырсынулармен, алдыңғы тілдің 2/3 бөлігіндегі дәм сезімталдығының төмендеуімен, мимикалық бұлшық еттердің парезімен көрінеді. Кей жағдайларда бас сүйек нервтерінің VIII жұбы зақымдануы мүмкін - бас айналуы, құлақтың соғуы, естудің төмендеуі. Мимикалық бұлшық еттердің өткір парезіне дейін немесе одан кейін бір апта ішінде сыртқы есту жолы мен құлақ раковинасында макулопапулездік немесе везикулярлық бөртпенің пайда болуы диагноз қою үшін жеткілікті. Иммун тапшылығы кезінде, сондай-ақ қарт жастағы пациенттерде Рамсей Хант синдромы екі жақты да, қайталанатын да болуы мүмкін.

3. Мелькерссон-Розенталь синдромы бетіндегі невропатиямен сипатталады, оның беті мен ерінінің бүктелген тілмен, сирек саусақтардың парестезиясымен және жұтудың бұзылу эпизодтарымен үйлесуі. Ауру бала кезінен немесе жас кезінен басталады.

ЕМДЕУ

ЕМДЕУ МАҚСАТТАРЫ

- Сауығуды жеделдету және функционалдық нәтижені жақсарту
- Асқынулардың алдын алу (патологиялық синкинезиялар, кератит және т.б.)

АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУҒА КӨРСЕТІМДЕР

НЛН кезінде емдеу әдетте амбулаториялық жағдайларда жүргізіледі. Емдеуге жатқызу стационарлық тексеру жүргізу үшін диагнозы белгісіз болған жағдайда, сондай-ақ операциялық емдеу жоспарланған жағдайларда (нейрохирургиялық стационарға) көрсетілуі мүмкін.

ДӘРІ-ДӘРМЕКСІЗ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

Кератит дамуының алдын алу үшін ылғалдандыратын көз тамшыларын (метилцеллюлозамен) тамызу және күндізгі уақытта қорғаныш көзілдірігін кию және түнде көзге таңу қажет. Бұл іс-шаралар көзді ерікті түрде жауып, жыпылықтау рефлексі қалпына келгенше жүргізіледі.

Емдеудің физиотерапиялық әдістерінің тиімділігі туралы деректер шектеулі. Электромиографиялық биологиялық кері байланысты пайдалана отырып

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 19 беті

мимикалық бұлшық еттерге арналған жаттығулар функционалдық нәтиженің жақсаруына және патологиялық синкинезиялардың жиілігінің төмендеуіне алып келетіні туралы мәліметтер бар. Акупунктураның, электрстимуляцияның және басқа әдістердің тиімділігі дәлелденбеген **ДӘРІЛІК ТЕРАПИЯ**

1, БН кезінде емдеудің негізін глюкокортикоидтар құрайды, олар жоғары дозаларда қысқа курспен тағайындалады, мысалы, кейіннен тез арада алып тастау арқылы 7 күн ішінде 1 мг/(кг • тәу) (немесе 70 мг/кг) пероральды преднизолон. Терапияны мүмкіндігінше ерте бастау керек (диагноз қойылғаннан кейін бірден), парездің айқындылық дәрежесіне қарамастан, парездің дамуынан алғашқы 24 сағатта преднизолон қабылдау кезінде ең жақсы нәтижелер алынған.

2. Қарапайым герпес вирусының ықтимал этиологиялық рөлін ескере отырып, соңғы уақытта преднизолонға қосымша жоғары дозадағы вирусқа қарсы препараттарды тағайындау ұсынылады, мысалы

- ацикловир күніне 5 рет 200 мг, немесе
- валацикловир күніне 3 рет 500-1000 мг, немесе
- күніне 3 рет 500 мг-нан фамцикловир

Гепатитке қарсы препараттардың тағайындалуы Рамсей Хант синдромында (немесе белсенді герпетикалық белгілерде) көрсетілген. 3. Айқын және/немесе ұзақ ауырсыну синдромы жағдайында БӨД тағайындалады.

4. Ипидакринді тәулігіне 20-60 мг қолдануға болады.

ЖЕДЕЛ ЕМДЕУ

Операциялық емдеу қабынған бет невропатиясы кезінде (жіті немесе созылмалы орта отит кезінде не басқа да аралас құрылымдардың патологиясы кезінде) көрсетілуі мүмкін, оны оториноларингологиялық бөлімше жағдайында жүргізеді.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Бет жүйкесінің невропатиясы кезінде ауруханаға жатқызуға қандай айғақтар бар?
2. Патологияны анықтау үшін диагностиканың қандай әдістері қолданылады?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 20 беті

3. Бет нервісінің невropатиясын қандай синдромдармен саралайды?

№ 6 дәріс

1.Тақырыбы: Аралық жүйке зақымдануының анатомиясы және топикалық диагностикасы (XIII БСН)

2.Мақсаты: Білім алушыларды аралық нерв зақымдануының анатомиясымен және топикалық диагностикасымен таныстыру

3.Дәріс тезистері: Аралық жүйке алдыңғы тілдің 2/3-нен бастап дәмдік сезімталдықты өткізетін сезімтал талшықтарды және қозғалыс парасимпатикалық секреторлық талшықтарды қамтиды. Аралық нервтің орталық қозғалыс талдағышы гипоталамустың вегетативтік орталықтарында, жоғарғы фронтальды және орбитальды қисықтарда салынған. Осыдан бастап преганглионарлық жас және сілекей бөлетін эффекторлық талшықтар басталады, олар жоғарғы сілекей бөлетін ядроның жасушаларында аяқталады (nuc1. salivatorius superior), бет нервінің ядросына жақын орналасқан. Постганглионарлық талшықтар аралық нервтің қозғалыс бөлігін қалыптастырады. Тізе түйіні (ganglion geniculum) аймағында аралық жүйкеден үлкен тасты үстіңгі жүйке түріндегі сілекей бөлетін талшықтар (n. petrosus superficialis major). Үлкен тасты жүйке мұрын сүйегінің пирамидасының төбесіндегі арнайы ойыққа жатқызылады. Бас сүйек қуысы жыртылған саңылау арқылы шығып, қанат тәрізді арнаға (canalis pterygoideus) кіреді. Мұнда оған симпатикалық жүйке - терең тасты жүйке қосылады (n. petrosus profundus). Ол үлкен тасты жүйкемен қосылғаннан кейін жалпы дің пайда болады, ол видий нерві деп аталады. Видий нервінің парасимпатикалық талшықтары қанат жілік ганглийде үзіледі (g. sphenopalatinum). Көз жасын бөлетін постганглионарлық талшықтар бұл түйіннен жақ сүйек нервімен бірге өтеді және оның көз жасын бөлетін анастомозы арқылы жас безіне жетеді. Қанат түйінінен сондай-ақ мұрын мен ауыз қуысының бездеріне тармақтар кетеді. Аралық нервтің ерекше дәмдік сезімталдығының жасушалары иінді түйінге салынған, Т-тәрізді құрылымы бар. Бұл жасушалардың дендриттері дабыл ішегінің құрамында жүреді және тілдік жүйкемен қосылып, тілдің алдыңғы үштен екісінің шырышты қабығына жетеді, дәмдік рецепторлармен аяқталады. Иінді түйіннің дәмдік жасушаларының аксондары алдымен бет нервінің жалпы діңінде жүреді, содан кейін ішкі есту жолынан алыстап, есту және бет нервтерімен қатар орналасқан жеке діңді құрайды. Олар көпір-ми бұрышы аумағындағы ми затына кіреді, жалғыз жолдың дәмдік ядросында

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 21 беті

аяқталады (nucl. tractus solitarii). Nucl. tractus solitarii ұзын мидың барлық ұзындығында қақпақтың дорзолатералдық бөлігінде орналасады. Дәмге сезімталдықтың екінші нейрондары карама-қарсы жаққа ауысады және таламустың вентральді және медиальды ядроларында аяқталатын медиальды ілмекке қосылады. Бұл жерде дәм жолының үшінші нейроны орналасқан. Дәмдік сезімталдықтың үшінші нейронының аксондары көру төбесінен шығып, ішкі капсуланың артқы жамбастың артқы бөліктері арқылы дәмдік сезімталдықтың қабық талдағышына бағытталады. Қабықты дәмдік талдағыш бүйір қарыншасының төменгі мүйізінің медиалды қабырғасында (гиппокампада) және сильвий бороздасының астында оперкулярлық аумақта орналасады деп болжанады. Оперкулярлық облыс тамақтың дәмі мен оның басқа да қасиеттері - температурасы, консистенциясы туралы түсінік береді деген пікір айтылады. Лимбикалық дәм орталығы дәм қабылдаудың эмоциялық түсін қалыптастырады

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Аралық нервте қандай талшықтар бар?
2. Сілекей бөлетін преганглионарлық талшықтар қайдан шығады?
3. Дәм жолының үшінші нейроны қайда орналасқан?

№ 7 дәріс

1.Тақырыбы: Тіл-жұтқыншақ, вагус нервінің, қосымша және тіл асты (IX – X, XI, XII бассүйек нерві) зақымдануларының анатомиясы және топикалық диагностикасы.

2.Мақсаты: Тіл-жұтқыншақ, кезбе, қосымша және тіл асты жүйкесінің зақымдануының анатомиясы және диагностикасы туралы білімді қалыптастыру

3.Дәріс тезистері:

Тіл асты жүйкесі (бас сүйек нервтерінің XII жұбы) тілдің барлық сыртқы және ішкі бұлшық еттерін иннервациялайтын соматикалық эфферентті талшықтардан тұрады, бұған жұтқыншақ өрімінің (X) тармақтарын иннервациялайтын таңдай-тілді талшықтарды қоспағанда. Оның өзегі төртінші қарыншаның түбінің ортаңғы сызығына жақын орналасқан, ол ұзын мидың барлық ұзындығына тарайды. Жүйке пирамида мен зәйтүн арасындағы учаскеден бірнеше түбіршектермен шығады (толу алдындағы қатпар). Ол тамыр астындағы кеңістік арқылы өтеді және бас сүйек қуысынан тіласты арна

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 22 беті

арқылы шығады. Ол бас сүйегінің астында кезбе жүйке мен қосымша жүйкенің жұлын бөлігіне жақын жатыр. Одан кейін ол ұйқы қынабының бойымен төменгі жақтың бұрышына дейін төмен түседі, содан кейін тіласты-тіласты бұлшық еттің беті бойынша алдынан өтеді және өзінің соңғы тармақтарына бөлінеді. Тілдің бір жағынан 100-ге жуық бұлшық еттердің афферентті импульстері тіл асты нервінің талшықтары бойынша тіл асты нервіне өтеді.

1. Филогенетикалық аспектілер. Рептилияларда тіл бұлшық еттері, иек асты бұлшық еттері және тіласты бұлшық еттері ең жоғарғы мезодермальды сомиттер тобынан бірге дамиды. Гипобрахиалды бұлшық ет жапырағын иннервациялайтын соматикалық эфферентті нейрондар ұзын мидың төменгі бөлігінен жұлынның үшінші мойын сегментіне дейін тарайтын бірыңғай жасушалық тізбекті қалыптастырады. Сүтқоректілерде тіласты нервінің ядросы ростральді орналасады, оның түбіршектері жұлын түбіршектерінен бөлек шығады. Алайда тіласты ядроның каудальды шеті бірінші алдыңғы түбіршектің көмегімен қалқанша тілді бұлшық еттердің иннервациясын қамтамасыз ететін супраспинальды ядро арқылы мойын мотонейрондарымен байланыста қалады. ар үшбұрышты нервтің орта ми ядросының нейрондарына беріледі.

2. Тіласты ядроның ядродан тыс иннервациясы. Тіласты ядро қозғалыс және жұту сияқты стереотипті қозғалыс актілерінің бастамашылығы кезінде оның жандануына жауап беретін ретикулярлы формациядан нерв импульстарын алады. Жіңішке қозғалыстарды бақылау, мысалы артикуляция кезінде, негізінен пирамидалардың қиылысу деңгейінде қарама-қарсы жаққа өтетін үлкен жарты шарлардың қозғалыс қабығынан шығатын талшықтардың көмегімен жүргізіледі. Тіласты ядроға баратын қабық-бульбар жолының талшықтарының басым бөлігі де айқастырылады, олардың бір бөлігі ғана өз жағында қалады және ипсилатеральды тіласты ядроның нейрондарын иннервациялайды. б) Қосымша нервтің жұлын бөлігі. Жұлын қосымша нерві (бас сүйек нервтерінің XI жұбы) - жұлынның жоғарғы бес сегментімен байланысты тек қана қозғалыс нерві. Жүйке алдыңғы мүйіздің базолатералдық бөлімінің α - және γ - мотонейрондарымен пайда болған ядродан басталады. Жүйке тісті байламның артындағы астындағы кеңістікте жоғары қарай жүреді. Ол бас сүйек қуысына үлкен желке саңылауы арқылы кіреді, содан кейін оны қабырға саңылауы арқылы тастап шығады. Шұңқыр тесігінде ол ми қабығының бас сүйек бөлігімен бір парақта болады, бірақ бұл ретте олардың талшықтары бір-бірімен қиылыспайды. Бас сүйегінен шығып, атланттың көлденең өсіндісін кесіп өтіп, C2 мен C3 мойын өрімінің түбірінен екі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 23 беті

бұтақпен бірге төс-кілттік-еміздік тәрізді бұлшық ет (ГКСМ) қалыңдығына кіреді. Одан кейін ол ГКСМ артқы шетінен шығып, мойынның артқы үшбұрышын қиып өтіп, трапеция тәрізді бұлшық етке қарай жүреді. Ол трапеция тәрізді бұлшық етке С3 мен С4 мойын өрімінің екі тармағымен бірге кіреді. Нерв мойынның артқы үшбұрышында әсіресе осал, онда ол омыртқа алды фасциясына бекітіледі, ал мойынның жабынды фасциясымен және терімен ғана жабылады.

Жұлын қосымша нервті ГКСМ мен трапеция тәрізді бұлшық еттердің экстрафузальды және интрафузальды қозғалыс иннервациясын қамтамасыз етеді. Мойын өрімінің тармақтары ГКСМ мен трапеция тәрізді бұлшық еттің бас-мойын бөлігінің проприоцептивті сезімталдығын қамтамасыз етеді. Барлық кеуде омыртқаларының қылқанды өсінділерінен басталатын трапеция тәрізді бұлшық еттің кеуде бөлігі кеуде жұлыны нервтерінің артқы тармақтарынан проприоцептивті иннервация алады.

в) Тіл-жұтқыншақ жүйкесі, кезбе жүйке және қосымша жүйкенің бас сүйек бөлігі. IX, X және XI нерв бассүйек бөлігіне тікелей қатысы бір жолды және қос ядроны бар. Жалғыз жолдың өзегін көпірдің төменгі шетінен жұқа ядро деңгейіне дейінгі аумақ алады. Ортаңғы сызық бойымен оның төменгі шеті қарама-қарсы жақтағы ядромен қосылады, сондықтан бұл ядроның төменгі бөлігі кейде комиссуральды ядро деп аталады.

Анатомиялық ядро сегіз бөлікке бөлінеді. Функционалдық тұрғыдан алғанда онда төрт саланы бөліп көрсетеді:

1. Ең жоғарғы аймақ - дәмдік ядро, тілдің және тамақтың дәмдік пиязынан бастапқы афферентті талшықтарды алады.
2. Латеральды орта облыс - дорсальды респираторлық ядро, каротидті гломустан афферентті импульстер алады.
3. Медиальды орта аймақ - барорецепторлы ядро, артериялық қысымның өзгеруін тіркейтін каротидті синус және аорта доғасы рецепторларынан бастапқы афферентті талшықтарды алады.
4. Комиссуральды ядроны қамтитын неғұрлым каудальды сала - ми діңінің негізгі висцеральды афферентті ядросы. Ол тыныс алу және ас қорыту жолдарынан бастапқы афферентті талшықтар алады.

Қос ядродан арнайы висцеральды афферентті (СВЭ), бронхиальді афферентті (БЭ) және бронхиометрикалық (БМ) талшықтар, иннервациялайтын констрикторлар (қысушылар), жұтқыншақ бұлшық еттері, жұмсақ тамырын көтеретін бұлшық еттері, өз көмейінің бұлшық еттері және т.б өңештің үстіңгі үштен бірінің көлденең-жолақты бұлшық еттері

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 24 беті

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Тіласты нервiнiң филогенетикалық аспектілері қандай?
2. Тіл-жұтқыншақ жүйкесінде қанша ядро бар?
3. Тіл-жұтқыншақ жүйкесін қандай 4 облысқа бөледі?
4. Кезбе нервтің функционалдық бөлімдері мен тармақтары.

№ 8 дәріс

1. Тақырыбы: Беттің вегетативті ганглиясының зақымдануындағы нейростоматологиялық синдромдар

2. Мақсаты: Білім алушыларды беттің вегетативтік ганглийлері зақымданған кездегі нейростоматологиялық синдромдармен таныстыру

3. Дәріс тезистері: Адамның вегетативтік иннервациясы өте кең. Бет тіндерінің симпатикалық иннервациясы постганглионарлық талшықтармен - денелері паравертебральды симпатикалық тізбектің мойын бөлігінің ганглийлерінде орналасқан жасушалардың аксонымен қамтамасыз етіледі. Парасимпатикалық иннервация беттің вегетативтік ганглиясында (кірпік, канат-құлақ, құлақ, жақ астындағы, тіласты), сондай-ақ иінді түйінде орналасқан нейрондардың постганглионарлық өсінділерімен жүзеге асырылады. Бұл ганглиялар кейбір бас сүйек нервтерінің жүйесіне кіретін (көз қозғалтқыш, бет, тіл-жұтқыншақ) ми діңінің парасимпатикалық ядроларымен байланысты. Симпатикалық, парасимпатикалық және соматикалық талшықтар көптеген анастомоздары бар беттің аралас нервтерін құрайды. Сондықтан беттің нерв құрылымдарының тітіркенуі көптеген жағдайларда тітіркену аймағынан едәуір қашықтыққа созылатын ауырсынумен және вегетативтік дисфункцияның әртүрлі көріністерімен қатар жүреді. Беттің нерв құрылымдарының зақымдануы шығу тегі әртүрлі болуы мүмкін. Көбінесе бұл жұқпалы-аллергиялық бұзылулар, әдетте тіндерде созылмалы жұқпалы процестің дамуы кезінде туындайтын қайталама (мұрын қуысындағы қабыну, стоматологиялық патология, сілекей бездерінің, орта құлақтың аурулары және т.б.).

Жүйке жүйесінің вегетативтік бөлігінің зақымдануына байланысты бірқатар нейростоматологиялық аурулар мен синдромдар бар. Бұл ретте пайда болатын клиникалық симптомдық кешендер бет және ауыз қуысы аймағында

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 25 беті

оқшауланып, сондай-ақ дененің басқа бөліктерінің зақымдануымен бірге көрінуі мүмкін.

Вегетативті бет ауруларының себебі сондай-ақ жарақаттар, ісіктер және т.б. болуы мүмкін. Бетті вегетативтік иннервациялау негізінен 5 вегетативтік ганглийден жүзеге асырылады: қанат тұтқыш, кірпік, құлақ, жақ асты және тіл асты. Көбінесе қанат түйінінің зақымдануы жиі кездеседі. Қанат түйінінің ганглиониті немесе ганглионевриті (Сладер синдромы).

Ауруды 1908 жылы американдық оториноларинголог G. Sluder (1865-1925) сипаттады.

Бұл симптомдық кешен клиникалық көріністердің айтарлықтай өзгермелілігімен ерекшеленеді, бұл зақымдануларды диагностикалауды қиындатады.

Түйіннің үш негізгі түбіршегі бар: соматикалық (сезімтал) - үштік нервтің II тармағынан, парасимпатикалық - бет нервінен және симпатикалық - ішкі ұйқы артериясының өрімінен; оның сондай-ақ цилиарлық, құлақ, жоғарғы мойын симпатикалық түйіндерімен және бас сүйек нервтерімен, әсіресе үштік және бет нервтерімен байланысы бар.

Этиология: Көбінесе қанат-сүйек түйіні негізгі және жоғарғы жақ қуыстарындағы қабыну процестерінде, торлы лабиринтте зақымданады, өйткені олар өзгелерге жақын болады. Жиілігі бойынша екінші орын одонтогенді себептерге, атап айтқанда іріңді қабыну процестеріне тиесілі. Шамадан тыс шаршау, ұйқыға жатпау, қатты шу, толқу, ішімдік ішу, темекі шегу және т.б. қоздырушы факторлар болуы мүмкін.

Тонзиллит, күрделенген кариес және жергілікті жарақат кезіндегі токсиндердің әсері де аурудың себебі болуы мүмкін.

Клиникалық көріністердің ерекшеліктері. Ол көздегі, орбитаның айналасындағы, мұрын түбірінің, жоғарғы жақтың, ал кейде төменгі жақтың тістері мен ішіндегі кенеттен ауырумен сипатталады. Аурулар білезік, құлақ раковинасы, желке, мойын, жауырын, иық, білек және тіпті қолдың аумағына таралуы мүмкін. Кейде олар гемитиппен пайда болады.

Ауру пароксизмдері айқын байқалатын вегетативтік симптомдармен қатар жүреді, оларды белгілеу үшін «вегетативтік дауыл» терминін қолдануға болады: беттің жартысының қызаруы, бет тіндерінің ісінуі, жас ағу, мұрынның бір жартысынан мұрын секретінің мол бөлінуі.

Ұстамалардың ұзақтығы бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін, ал кейде 1 - 2 тәулік және одан көп. Жиі ауру пароксизмдер түнде дамиды.

Объективті: пальпация кезінде көптеген күрт ауырсынатын проекциялық нүктелер анықталады: көз асты нервтері, мойын нервтері CI-CII, склеро-

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 26 беті

томикалық нүктелер - периорбиталды, жоғарғы жақ сүйек және мұрын. Жоғарғы мойын және жұлдызша түйіндерінің проекциялары қатты ауырады. Беттің, кейде бастың, мойынның жоғарғы орталық бөліктерінің терісінің гипералгезиясы немесе гиперпатиясы (CI-CII дерматомасы) байқалады. Ұстаманың биіктігінде көптеген науқастарда зақымданған түйін жағында көз астының жұмсақ тіндерінің ісінуі, көз конъюнктивасының және бет терісінің гиперемиясы, жас ағу, риноррея байқалады. Түпкілікті диагноз үшін клиникалық верификация әдісі қолданылады: қанат түйінінің новокаинді немесе лидокаинді блокадасы (2-3 мл 2% лидокаин немесе новокаин ерітіндісін енгізу ауырсынуды, терінің гипералгезиясын және проекциялық ганглионарлық және ротомдық нүктелердің ауырсынуын жояды).

Ауру ұзақ - айлар мен жылдар бойы жалғасады. Вегетативтік симптомдардың бірқатары ұстамадан кейін де, әдетте, нашар байқалған дәрежеде қалады.

Қанат түйінінің зақымдануының клиникалық көріністерінің әртүрлілігі түйіннің жеке анатомиялық ерекшеліктерімен және оның анастомоздарының санымен, беттің және организмнің басқа да бөліктерінің әртүрлі құрылымдық құрылымдарымен түсіндіріледі.

Емдеу. Кешенді емдеу кезінде ауыз қуысын, мұрын-жұтқыншақты санациялау, синуситті емдеу қажет. Қанат түйінінің невралгиясы кезінде ауырсынуды басу үшін латералды қабырғаның шырышты қабырғасын орта мұрын жолының – бойынша жергілікті анестетик (лидокаин) ерітіндісімен майлайды. 2 мл 50% анальгин ерітіндісін, 2 мл 1% димедрол ерітіндісін, 10 мл 1% үшмекаин ерітіндісін немесе 2 мл 0,25% дроперидол ерітіндісін, 2 мл 0,005% фентанил ерітіндісін бұлшық етке енгізуді қамтитын қоспаны венаішілік құю орынды.

Кіріспе аралық кезеңде кезекті пароксизмдердің алдын алу мақсатында ортаңғы мұрын жолының шырышты қабығын лидокаинмен (10 күнге дейін) қайталап майлайды, ішіне антигистаминдік заттар, адреномиметиктер (эрготамин 1 мг 3-4 апта ішінде күніне 2 рет, бұл ретте әр апта сайын - 3 күнге үзіліс), спазмолитика тағайындайды В, В12 витаминдерінің ерітінділерін бұлшық етке енгізеді) Аурудың асқынуы кезінде физиотерапиялық емдеу, атап айтқанда 0,5% новокаин ерітіндісімен интраназальды электрофорез, транквилизаторлар; инефлексотерапия. Емдеу тиімсіз болған жағдайда рентгенотерапия, хирургиялық емдеу (ганглиоэктомия) туралы мәселені шешеді.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 27 беті

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

11. Сладер синдромы дегеніміз не?
2. Вегетативті бет ауруының себептері қандай?
3. Парасимпатикалық иннервация қандай нейрондармен жүзеге асырылады?.

№ 9 дәріс

1.Тақырыбы: Мидың тамырлы аурулары. БМҚАӨБ, БМҚАСБ. Жүйке жүйесінің жұқпалы аурулары. Жіктелуі, этиологиясы, патогенезі, клиникасы. Ауыз қуысындағы белгілер.

2.Мақсаты: Мидың тамырлы аурулары туралы білімді қалыптастыру,.

3.Дәріс тезистері: Жүйке жүйесінің тамыр аурулары өлім мен мүгедектіктің жиі кездесетін себептерінің бірі болып табылады.

Бас миын қанмен жабдықтау ерекшеліктері. Жалпы ми қызметі және нерв тіндеріне тән барлық процестер (нerv импульсін жүргізу, синаптогенез, келіп түсетін ақпаратты сақтау және өңдеу, мидың кеңістіктік-функционалдық архитектурасын қолдау, нейрондардың функционалдық құрылымдардың пайда болуы және т.б.) ең алдымен нерв тініне оттегі мен глюкозаның қан ағымымен түсуімен айқындалатын энергетикалық алмасу деңгейіне тығыз байланысты. Адам денесінің салмағының шамамен 2% -ын құрай отырып, ми ағзаға түсетін оттегінің 20-25% -ын және бауырда пайда болатын бос глюкозаның 70% -ын тұтынады. Алайда нерв тінінің энергетикалық ресурстары шектеулі. Ми тініндегі глюкозаның меншікті қоры оны тұтыну қарқындылығымен салыстырғанда өте аз және тек тотығу процестері үшін 3-6 м үшін ғана жұмсалуды мүмкін. Осылайша, мидың жұмыс істеуі глюкозаның тұрақты ағынына толығымен байланысты. Қышқылдандыру процестерін қолдау үшін қандағы оның концентрациясы критикалық төмендеген кезде ми тіні гликогеннің бос фракциясын пайдалана бастайды, бірақ оның шағын мөлшеріне байланысты мидың гликогенінің толық тотығуы 5-7 минуттан кейін аяқталады, Мидағы қан ағымының 5-8 минутқа толық тоқтауы қайтымсыз өзгерістерге әкеледі. Осыған байланысты мидың тұрақты жоғары перфузиясы - оның функционалдық белсенділігі мен өміршендігінің сөзсіз шарты.

Миды қанмен жабдықтаудың маңызды ерекшелігі анастомоздардың тиімді жүйесі болып табылады, ол миды қоректендіретін төрт магистральдық артерияның бірінің стеноз немесе тіпті толық окклюзия жағдайында ми қан ағынының тұрақтылығын қамтамасыз етуге қабілетті. Ми қанымен

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 28 беті

жабдықтаудың белгілі бір дербестігі ауторегуляция тетігімен қамтамасыз етіледі. Оның физиологиялық мәні - жүйелік АҚ көтерілуіне немесе төмендеуіне жауап ретінде ми артерияларының констрикциясы немесе дилатациясы. Систоликалық АҚ 60-тан 180 мм-ге дейін ауытқуы кезінде нормада ми қан ағымы салыстырмалы түрде тұрақты болып қалады. Өртүрлі патологиялық жағдайларда (артериялық гипертензия, ми қан айналымының жіті бұзылуы, бас сүйек-ми жарақаты, ми ісігі) ауторегуляция тетіктері тиімсіз болып шығады және жүйелік АҚ ауытқуы кезінде ми қан айналымы АҚ-нан кейін баяу өзгереді.

Жіктелуі. Ми қан айналымының созылмалы бұзылулары (МҚАСБ) және ми қан айналымының жіті бұзылулары (МҚАЖБ) анықталады. Ми тамырларының туа біткен ауытқуларына байланысты ми қан айналымының бұзылуы жеке қаралады.

10.1. Ми қан айналымының созылмалы жеткіліксіздігі

БМҚАСБ (дисциркуляторлық энцефалопатия) - цереброваскулярлық патологияның неғұрлым жиі көрінісі. Әдетте атеросклероз, артериялық гипертензия және олардың үйлесімі фонында пайда болады. МҒМК патогенезінде бастың магистральдық тамырларының экстра және интракраниалдық бөлімдерінің морфологиялық өзгерістері, коллатеральды қан айналымының компенсаторлық мүмкіндіктерінің төмендеуі, ми қан айналымының ауторегуляциясының бұзылуы маңызды; орталық гемодинамиканың бұзылуы, қанның реологиялық және ұю қасиеттерінің өзгеруі, ми метаболизмінің бұзылуы. Жетекші патогенетикалық механизм оттегі мен глюкозадағы ми затының қажеттілігі мен оларды қан ағынымен жеткізу арасындағы сәйкессіздік болып табылады. Клиникалық көріністер. Аурудың бастапқы кезеңдерінде есте сақтау мен ақыл-ой қабілетінің төмендеуі, бас аурулары, ауырлық сезімі, бастағы шу, фотопсиялар (заттардың көз алдында жылтырауы сезімі), бас айналу эпизодтары түріндегі субъективті симптоматика басым болады. Ұйқының бұзылуы, шаршағандығы байқалады. Көрсетілген бұзылулар, әдетте, қолайсыз метеорологиялық факторлардың әсерінен физикалық немесе эмоционалдық асқынудан кейін пайда болады. Неврологиялық тексеру ақыл-ой қызметінің қарқыны мен сапасының төмендеуін, жаңа ақпаратты меңгеру және өңдеу қабілетінің шектелуін, вегето-тамыр дисфункциясының белгілерін, кейде - ауызша автоматизмнің айқын көрінген белгілерін анықтауға мүмкіндік береді. Аурудың өршуіне қарай шағымдар неғұрлым төзімді болады. Зияткерлік-ойланушылық бұзылулар анағұрлым маңызды болып келеді (назар азаяды, жаңа материалды игеру қиындайды, мүдделер шеңбері біртіндеп тарылады, жадының бұзылуы

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 29 беті

ілгерілейді). Қызметтің бір түрінен екіншісіне ауысу қиындайды, ақыл-ой жұмысын орындау кезінде қателіктер жиі жіберіледі, ойлау баяулайды, белсенділік пен бастамашылық төмендейді. Депрессиялық және астениялық бұзылулардың басым болуымен эмоциялық-ерік саласында өзгерістер байқалады. Әлсіздік, өз жағдайына деген сынның жеткіліксіздігі дамуы мүмкін. Көптеген пациенттерде когнитивтік бұзылулар еңбек қызметін жалғастыруды қиындатады және жиі толығымен болдырмайды. Бас миының созылмалы қан тамырлары зақымдануы жіті ишемияның өткерілген эпизодтарымен жиі үйлеседі. Біртіндеп пирамидалық жетіспеушілік, псевдобульбар синдром, паркинсонизм синдромы, координаторлық бұзылулар түріндегі ошақтық неврологиялық симптоматика пайда болады. Афазия, агнозия, апраксия элементтері, моторлық және сенсорлық функциялардың бұзылуымен тұрақты неврологиялық тапшылық пайда болады.

Диагностика. МҚАСБ диагностикасы үшін жүрек-қан тамыры жүйесін зақымдайтын негізгі патологиялық процесті (атеросклероз, артериялық гипертензия және т.б.) анықтау қажет. Осыған байланысты липидті спектрді, қандағы глюкоза деңгейін, оның ұю және реологиялық қасиеттерін зерттеу құндылық болып табылады. Миокардтың, аортаның және ірі қан тамырларының жай-күйі туралы маңызды ақпаратты УЗДГ, эхокардиография береді. Электроэнцефалографияны, компьютерлік немесе магнитті-резонанстық томографияны, психологиялық зерттеулерді пайдаланады. Аурудың бастапқы сатыларында бас миының ошақтық зақымдануы болмаған кезде невротикалық, депрессиялық, астениялық бұзылулары бар дифференциалдық диагностика жүргізу қажет. МҚАСБ -ның кеңейтілген клиникалық көріністері мидың дегенеративті ауруларын (Паркинсон ауруы, Альцгеймер ауруы және т.б.), соматикалық ауруларды (қант диабеті, гипотиреоз), уыттануларды (нейролептиктер, транквилизаторлар, алкогольді) жоққа шығаруды қарастырады.

Консервативті емдеу. МҚАСБ кезінде тәуекел факторларын жоюдың маңызы зор: АҚ түзету, ұтымды тамақтану, дозаланған физикалық жүктемелер, дұрыс еңбек және демалыс режимі, психоэмоционалдық жүктемелерді шектеу. Көрсеткіштер бойынша липидті алмасуды дәрі-дәрмектік түзету (оның ішінде статиндерді пайдалана отырып) және АҚ (диуретиктер, кальций арналарының блокаторлары, АПФ ингибиторлары, сондай-ақ олардың комбинациялары) жүргізіледі. Көптеген науқастарға антиагреганттарды (аспирин, дипиридамол, плавикс және т.б.), ангиопротекторларды (продектин, доксиум), кешенді вазоактивті және

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 30 беті

метаболикалық препараттарды (трентал, стугерон, кавинтон, инстенон және т.б.), ноотропты және нейропротективті құралдарды (пирацетам) қолдану талап етіледі, инстенон, семакс, глицин). Психоэмоционалдық бұзылулар кезінде седативті препараттар, транквилизаторлар, антидепрессанттар қолданылады. Хирургиялық емдеу нерв жүйесі ауруларын емдеудің және алдын алудың хирургиялық әдістеріне арналған оқулықтың II томында неғұрлым толық жазылған.

Айғақтар - бас миын қанмен жабдықтайтын артериялардың экстракраниалды бөліктерінің өтімділігінің бұзылуы (аорта, қосарланған және атаусыз, ұйқы және омыртқа артериялары). Гемодинамикалық маңызды стеноз деп ыдыстың 70% және одан да көп тарылуы. Операцияның ең кең таралған түрі эндалтерэктомия - зақымданған интимамен бірге атеросклеротикалық бляшканы кесіп алу болып табылады (10.1-сурет). Артерияны ашу орнында оның қабырғасына тігіс салынады. Қабырғаның ауқымды кемістігі кезінде, сондай-ақ артерия қабырғасының ауқымды зақымдануы немесе операциядан кейінгі стеноз қаупі кезінде аяқтың үстіңгі тамырының қабырғасынан жамау пайдаланылады. Артерияның толық окклюзиясы кезінде оның зақымданған бөлігін резекциялайды және веналық трансплантатпен немесе арнайы протезмен алмастырады. Ілгек түзілгенде артерияның ұзын бөлігі кесіледі және оның шеттері тігіледі.

10.2. Ми қан айналымының жіті бұзылуы

Сақталып отырған неврологиялық тапшылықтың ұзақтығына байланысты ми қан айналымының өтпелі бұзылулары (ТМБЖ) мен инсульттер ерекшеленеді. Жүрек-қан тамыры жүйесі ауруларына генетикалық бейімділік, артериялық гипертензия, қант диабеті, артық дене салмағы, дислиппротеинемия, гиподинамия, темекі шегу, жасы, жиі эмоционалдық күйзелістер ЖЖМО даму қаупінің факторлары болып табылады.

Ми қан айналымының өтпелі бұзылуы

24 сағат ішінде ошақтық немесе диффузиялық неврологиялық симптомдардың толық айналуы ТМБП-ның маңызды критерийі болып табылады, ТМБП нысандары ретінде церебральді белгілері бар транзиторлық ишемиялық шабуылдар (ТИА) мен гипертониялық криздер ерекшеленеді.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Мидың қанмен қамтамасыз етілу ерекшеліктерін атаңыз
2. ОНМК патологиясын диагностикалау әдістері?
3. Нерв жүйесінің инфекциялық ауруларын жіктеу.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 31 беті

№ 10 дәріс

1.Тақырыбы: Цефалгиялардың жіктелуі. Негізгі цефалгиялар-мигрень және мерзімді мигрень невралгиясы. Мигрень шабуылдарының фазалары және олардың қандағы биохимиялық корреляциясы. Патогенетикалық және симптоматикалық терапия.

2.Мақсаты: Бас аурулары, оларды жіктеу туралы білімді қалыптастыру..

3.Дәріс тезистері: Бас ауруы - бұл бүкіл басты немесе оның бөлігін қамтитын әртүрлі қарқындылықтағы жағымсыз немесе азапты сезімдер. Ауру ұзақ созылатын, ұстама тәрізді, тұйық, өткір, пульсирлеуші, жыртылатын түрде болуы мүмкін. Қан тамырлары бұзылуларымен, жарақаттармен, бас сүйек ішіндегі қысымның көтерілуімен, инфекциялармен, уланулармен және басқа да себептермен қоздырылатын мигрень кезінде байқалады. Цефалгияның этиологиясын сұрау, неврологиялық тексеру, аппараттық және зертханалық әдістемелер деректерінің негізінде белгілейді. Емдеу дәрі-дәрмектер мен физиотерапиялық әдістерді пайдалану арқылы жүзеге асырылады. Кейде операциялар талап етіледі.

Жалпы сипаттамасы

Бас ауруы (цефалгия) кең таралған. Жыл ішінде адамдардың 90% -ында бір рет болса да кездеседі. 95-98% жағдайларда органикалық патология болмаған кезде дамиды. Симптоматикалық (қайталама) цефалгиялар кез келген жастағы және жыныстағы адамдарды алаңдатуы мүмкін, ересек жас топтарының өкілдерінде жиі кездеседі, бұл қан тамырлары патологияларының кең таралуымен байланысты. Бас миының тіндерінде тікелей ауырсыну рецепторлары жоқ, сондықтан аурудың пайда болуына себеп болатын фактор көршілес құрылымдардың: ми қабықшаларының, бас-ми және жұлын нервтерінің, экстракраниалды қан тамырларының қабырғаларындағы ноцирецепторлардың, бас және мойын бұлшық еттерінің қысылу, бұлшық ет кернеуі, тонустың өзгеруі фонында тітіркенуіне айналады артериялар мен веналар және т.б. Алғашқы бас ауруының себептері әзірге толық анықталмаған. Мамандардың көпшілігі мұндай цефалгиялар нервтер мен қан тамырларындағы кешенді өзгерістердің салдарынан дамиды деп болжайды.

Жіктеу

Сыртқы әсерлер фонында пайда болатын және денсаулыққа қауіп төндірмейтін сирек немесе бір реттік цефалгиялар физиологиялық ретінде қарастырылады. Қалған нұсқалар патологиялық болып саналады. Ауруларды

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 32 беті

қоздырушы себептердің болуын немесе болмауын ескере отырып, барлық бас аурулары бірінші және екінші болып бөлінеді. Қайталама цефалгияның мынадай себептері бар:

- жарақаттар;
- қан тамырларының патологиясы;
- ми ішіндегі құрылымдардың тамырсыз зақымданулары;
- улану немесе болдырмау синдромы;
- инфекциялық аурулар;
- гомеостаздың бұзылуы;
- көршілес құрылымдардың аурулары: көз, ЛОР-ағзалар және т.б.;
- невралгия;
- психикалық бұзылулар

Орналасуына қарай барлық баста, оның оң немесе сол жартысында, желке артқы жағында, тұмылдырықта, шошқаларда ауырсыну бөліп шығарылады. Кейбір жағдайларда ауырсыну синдромы бір аймақта қоныс аударады немесе пайда болады, содан кейін көршілерге тарайды.

Неге бас ауырады

Физиологиялық себептер

Эпизодтық бір реттік немесе сирек кездесетін цефалгиялар мынадай жағдайларда байқалуы мүмкін:

- Стресстік жағдайлар. Ең көп таралған арандатушы факторлардың бірі болып табылады. Бас ауруы жарқын эмоциялық сезіммен үйлеседі. Ұйқысыздық болуы мүмкін.

- Метеорологиялық тәуелділік. Симптом ауа райы өзгерген кезде немесе олардың басталуына аз уақыт қалғанда пайда болады. Әлсіз немесе орташа қарқындылықтағы тұйық қысымды ауырсыну сезімдері бас айналумен, сынумен, тітіркенушілікпен, шаршаушылықпен толықтырылады.

- Жыныстық белсенділік. Ауырсыну синдромы көбінесе ерлерде байқалады, қоздыру кезінде, оргазм кезінде немесе тікелей оның алдында дамиды. Әдетте, пульсациялық сипатқа ие. АҚ көтерілуімен және жүрек соғысының жиілеуімен байланысты.

Басқа да ықтимал себептер ақыл-ой немесе физикалық шамадан тыс шаршау, аштық, қатаң диетаны сақтау, көп мөлшерде күшті шай мен кофе ішу немесе, керісінше, кофеині бар сусындарды қолдануға дағдыланған кезде олардан кенеттен бас тарту болып табылады.

Алғашқы цефалгиялар

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 33 беті

Органикалық негіздің болмауына қарамастан, тұрақты түрде пайда болады, жиі жоғары қарқындылығымен ерекшеленеді, өмір сүру сапасын нашарлатады, еңбекке қабілеттілікке теріс әсер етеді:

- Мигрень. Репродуктивті жастағы әйелдердің бас ауруының ең көп кездесетін себебі. Гемикранийлер санатына жатады, бастың оң жақ жартысы сол жаққа қарағанда көбінесе ауырады, кейде орындары ауысып өзгереді. Аурудың эпицентрі самай, көз немесе маңдай аймағында болады. Ауырсыну сезімдері қысым беретін, пульсацияланатын, бірнеше сағаттан 3 күнге дейін жалғасу мүмкін.
- Кластерлік бас ауруы. Мықты ер адамдарда анықталады. Тағы бір гемикрания, бірақ басының сол жартысында оқшаулануы басым. Көз ұясындағы эпицентрлі ауырсыну синдромы, өте қарқынды, шыдамсыз, тіккен, күйдіретін немесе ыдырататын сипатта. Вегетативтік бұзылулармен толықтырылады. 15 минуттан 3 сағатқа дейін созылады.
- Кернеудің бас ауруы. Ер және әйел адамдарда байқалады, созылмалы стресске, асқынуға, депрессиялық бұзылулар аурудың пайда болуына себепші болады. Ауру тартушы, қысушы, тұйық, сыздап ауырсыну түрде болып бүкіл басты қамтиды, тітіркенушілікпен, аландаушылықпен, қатты шаршаушылықпен үйлеседі.
- Гипникалық бас ауруы. Егде жастағы адамдарда байқалады. Тек ұйқыда ғана дамиды, пациентті оятады. Бүкіл басына немесе оның жартысына таралады. Әдетте, орташа, сыздап ауырсынады.

Жарақаттық зақымдар

Цефалгия барлық бас сүйек-ми жарақаттарымен үйлесе кездеседі. Ауырсыну орташа немесе қарқынды түрде жайылмалы, қысымды, ыдыраушы болуы мүмкін. Тұрғанда және қозғалыс кезінде күшейтіледі. Бас айналу, жүрек айну, құсу, неврологиялық бұзылулармен үйлеседі. Ұзақтығы жарақаттың ауырлығына байланысты. Шайқалған кезде ауырсыну сезімдері 2-3 апта, жарақаттанған кезде - 1-2 ай және одан да көп сақталады.

Тамыр аурулары

Қан тамырлары генезінің бас ауруын тудыратын ең қауіпті жағдай геморрагиялық немесе ишемиялық инсульт болып табылады. Цефалгия кенеттен пайда болады, жай-күйінің тез нашарлауы, әлсіздік, жүрек айну, вегетативтік симптоматикамен қоса жүреді. Содан кейін парездер, сананың бұзылуы, сөйлеудің бұзылуы дамиды. Басқа патологиялардың қатарына:

- ПНМК. Бас аурулары инсульт алдындағы сияқты, бірақ барлық симптомдар бір тәулік ішінде жойылады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 34 беті

- Церебральді атеросклероз. Эмоциялық және физикалық жүктеме кезінде бастың артқы жағының ауыруына және жайылмалы цефалгиялар, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, ұйқының нашарлауы, астения алаңдатады.
- Гипертония. Желке немесе маңдай аймағында эпицентрі бар жайылмалы, пульсацияланған, ыдырайтын аурулар.
- Гипотония. Созылмалы, бастың ауырсыну сезімімен, әлсіздікпен, бас айналумен толықтырылады.
- Вегетативті-қан тамыры дистониясы. Көптеген вегетативтік симптомдармен ұштасатын тұйық сығатын, сирек - жанғыш сығатын ауырсынулар тән.
- Вертебробазилярлық жетіспеушілік. Мойынның қолайсыз қозғалыстарынан кейін самайға, маңдайға және көзге иррадиация жасалғаннан кейін бастың артқы жағында бір жақты қатты ауырсыну байқалады. Құлау, вегетативтік бұзылулар болуы мүмкін.
- Хортон ауруы. Ауырсыну синдромы самай артериясының зақымдануына байланысты, самай аймағында орналасады, әуелі шаншу, содан кейін күйдіру сипатына ие, сөйлесу және шайнау кезінде күшейеді.

Тамырсыз бас сүйек ішіндегі зақымданулар

Бұл цефалгия тобының ең көп тараған себебі бас сүйек ішіндегі гипертензия болып табылады. Ауырсыну симметриялы, төгілген, төбеде пен маңдайында қатты байқалады. Ликвор қысымының тез көтерілуі кезінде - қарқынды, үдемелі, созылмалы бұзылулар кезінде - қалыпты, тұйық, толқын тәрізді немесе тұрақты. Ықтимал қоздырғыш жағдайлар:

- Көлемді түзілімдер: бастапқы неоплазалар, ми метастаздары, абсцесстер, гематомалар, кисталар.
- Мидың ісінуі: асептикалық және карциноматоздық менингит, асептикалық арахноидит.
- Ликвородинамикалық бұзылулар: әртүрлі генездегі гидроцефалия.

Бұдан басқа, бұл топқа церебралдық қысымның төмендеуі кезінде (ликворды фистулалар кезінде, жұлын пункциясынан кейін), эпилептикалық ұстамалар, ми қабықшаларын лизиямен тікелей қысу жатады.

Жұқпалы аурулар

Бас ауруы церебралды құрылымдардың мынадай инфекциялық зақымдануларынан туындайды:

- Менингит. Бастың артқы жағында неғұрлым күшті сезіледі, бүкіл басына тарайды. Тез өседі, қалтырау, қызба, жүрек айну, құсу, айқын көрінген әлсіздік, менингеалдық симптомдармен толықтырылады.
- Энцефалит. Жіті, тез өршиді, бүкіл басын қамтиды, ауыр интоксикациямен үйлеседі. Талма, ақыл-есінің бұзылуы, психикалық бұзылулар болуы мүмкін.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASI «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 35 беті

- Ми абсцесстері. Бас ауруымен қатар интоксикация байқалады. Өртүрлі дәрежедегі ошақтық симптомдар, эпилептиформалық талмалар байқалады.
- Эмпиема. Цефалгиямен және ауыр гипертермиямен ауырады. Жүрек айну, құсу, менингеалдық белгілер байқалады. Кейіннен неврологиялық жетіспеушілік қосылады.

Шамалы немесе орташа ауырсыну, созылмалы бас ауруы тұмау, ЖРВИ, басқа да жалпы инфекциялар кезінде инфекциялық-уытты синдромға байланысты болуы мүмкін. Сондай-ақ тыныс алу жолдарының (пневмония, трахеит, бронхит) немесе несеп шығару жүйесінің (пиелонефрит, гломер) аурулары да себеп болуы мүмкін.

Невралгиялар

Желке невралгиясы желке ауруын тудырады. Ауыр ауыру пароксизмдері түрінде өтеді, бір жағынан көбінесе мазасыздандырады, мойын мен құлаққа береді. Үштікті нервтің невралгиясы кезінде беттің жартысына тарайтын самайда қарқынды жану немесе ату аурулары болуы мүмкін. Екі жағдайда да пароксизмнің ұзақтығы бірнеше секундтан 2 минутқа дейін ауытқиды, эпизодтар бір күн ішінде бірнеше рет қайталануы мүмкін.

Улану және препараттарды алып тастау

Цефалгиялар көбінесе мынадай уланулар аясында дамиды:

- Алкогольді ішу. Әдетте, мас болу себеп болады. Ауырсыну шамалы, тұйық немесе қатты, өткір болады пульсациялайтын. Кейде симптом спиртті ішуден кейін пайда болады.
- Тамақтан улану. Бас ауруы интенсивті емес, ауырсыну сипатында, іш ауруымен, жүрек айну, диареямен үйлеседі.
- Улы газбен улану. Кейде - өзінің мінез-құлқына кідіріссіздікпен, сыншылдықпен үйлесімдікпен біркелкі біркелкі біркелкі құйылған ауырсыну сезімдері байқалады.

Белгіні қоздыруға қабілетті психобелсенді заттардың қатарына никотин, гашиш, кокаин және опиаттар кіреді. Абузустық бас ауруы ауырсынуды басатын дәрі-дәрмектерді ұзақ уақыт қолданғанда дамиды. Цефалгия тудыруға қабілетті басқа препараттар эрготамин, құрамында гистамин бар заттар, кейбір гормондар, фосфодиэстераза ингибиторлары болып табылады. Ауырсыну синдромы эстрогендерді, апиындарды, өзге де дәрілерді жою кезінде байқалуы мүмкін.

Гомеостаздың бұзылуы

Организмнің ішкі жай-күйі тұрақтылығының бұзылуымен байланысты патологиялардың әр текті тобы: оттегімен аштық, қызып кету және т.б. Мыналарды қамтиды:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 36 беті

- гипоксия, гиперкапния;
- кессондық ауру;
- жылу және күн соққысы;
- ұйқы апноэ кезінде тыныс алудың бұзылуы;
- презклампсия және эклампсия;
- гипотиреоз, феохромоцитома;
- жүректің ишемиялық ауруы.

Көршілес құрылымдардың патологиялары

Цефалгиялар жақын маңдағы ағзалар мен тіндердің мынадай ауруларын:

- Отоларингологиялық: фронтит, пансинусит, жіті орта отит, мастоидит, Торнвальд кистасы, іріңді лабиринтит.
- Офтальмологиялық: жақыннан көру, алыстан көру, қылилық, жіті глаукома.
- Стоматологиялық: тістердің бұзылуы, жарақаттар, тіс қатарының ақаулары, брускизм, шайнау бұлшық еттерінің шамадан тыс жүктемесі фонында ЖСЖ дисфункциясы.
- Вертебрологиялық: остеохондроз, спондилез, спондилоартроз

Психикалық бұзылулар

Бас ауруына қатысты шағымдарды ипохондрия, алаңдаушылық және депрессиялық бұзылулары бар пациенттер шағымданады. Неврастениямен ауыратындар өздерінің сезімдерін «басын каскамен қысу» деп сипаттайды. Истерия кезінде ауырсыну синдромы жиі ерекше сипатта болады, белгілі бір патологияның суретіне сыймайды. Ауыр психикалық ауытқулары бар пациенттерде ауырсыну сезімдері әдеттен тыс, әдеттен тыс, сәл.

Диагностика

Патологияның сипатын анықтаумен невролог дәрігерлер айналысады. Айғақтар бойынша терапевт, инфекционист және басқа да мамандардың консультациясын тағайындайды. Сауалнама шеңберінде шағымдар мен өмір тарихын анықтайды, бас ауруының пайда болу жағдайлары мен ерекшеліктерін, аурудың даму динамикасын анықтайды. Сырттай қарау барысында БМТ және улану синдромының белгілері анықталады, АҚ өлшеу жолымен гипотония немесе гипертония анықталады. Диагнозды нақтылау үшін мынадай рәсімдер жүргізіледі:

- Неврологиялық тексеру. Мақсаты ошақтық неврологиялық симптомдарды, менингеалдық симптомдарды және ОЖЖ зақымдануын куәландыратын басқа да белгілерді анықтау болып табылады. Дәрігер рефлексдерді, бұлшық еттердің сезімталдығы мен күшін зерттейді, арнайы сынамалар жүргізеді.
- Рентгенография. Бас сүйегін рентгенологиялық зерттеу негізі мен күмбезінің сынуын анықтау үшін тағайындалады. Түрік ээрінің арқа тұсының

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 37 беті

саусақпен басып қалуы мен остеопорозы анықталған кезде созылмалы бас сүйек ішіндегі гипертензияны көрсетеді. Мойынның қатты құрылымының патологиясына күдік туған кезде мойын омыртқасының рентгенографиясы талап етіледі.

• ЭЭГ. Мидың функционалдық белсенділігін бағалау үшін жүргізіледі. Эпилепсия кезінде эпилепсиялық ошақтарын растайды, көлемді түзілімдерді (абсцесстер, ісіктер, гематомалар) күдіктенуге мүмкіндік береді. Қажет болған жағдайда функционалдық сынамалармен орындалады. •

Ультрасонография. ХМТ кезіндегі эхоэнцефалография ортадағы құрылымдардың ығысуын, гидроцефалия, мидың ісінуін анықтайды. Дуплекстік зерттеу және доплерография цефалгияның қан тамырлары сипатына күдіктенген кезде көрсетілген, қан айналымының бұзылуын анықтайды.

• Томография. Бас миының КТ және МРТ тексерудің қорытынды кезеңінде жүргізіледі, басқа диагностикалық емшаралар барысында алынған деректерді нақтылауға көмектеседі. Тіндердің құрылымын бағалауға, ошақтық өзгерістердің орналасуы мен ерекшеліктері туралы ақпаратты нақтылауға мүмкіндік береді. Ұлттық және қарама-қарсы болуы мүмкін. Екінші нұсқа ісік және тамыр патологиялары кезінде ұсынылады.

• Люмбалдық пункция. Бас миының гидроцефалиясы, жұқпалы және қабыну зақымданулары, ЖМК кезінде орындалады. Бас сүйек ішіндегі қысымның жоғарылауын немесе төмендеуін, қабыну мен қан кетудің болуын растайды. Микроскопия және цереброспинальді сұйықтықтың ПТР деректері бойынша пунктат құрамын зерттеуге, қоздырғыштарды анықтауға мүмкіндік береді.

• Зертханалық талдаулар. Организмнің жалпы жай-күйін бағалау, инфекциялық және қабыну патологияларын, атеросклерозды, алмасу бұзылуларын, уыттануларды диагностикалау үшін жүзеге асырылады.

Емдеу

Консервативті терапия

Терапевтік тактика бас ауруының этиологиясын ескере отырып анықталады:

• Алғашқы цефалгиялар. Аралас ауырсынуды басатын дәрілер, триптандар, МАС ұсынылды. Қарқынды ауырсыну кезінде есірткілік анальгетиктер көрсетілген. Кейбір жағдайларда емдеу блокадалары тиімді болады.

• Тамыр патологиялары. Атеросклероз пен артериялық гипертонияны емдеу гиполипидемиялық және гипотензивтік препараттарды, диуретиктерді, бета-адреноблокаторларды, дезагреганттарды пайдалана отырып жүзеге асырылады. ІЖҚ және гипотония кезінде адаптогендер, антидепрессанттар,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 38 беті

транквилизаторлар, антиоксиданттар, витаминдік кешендер тағайындалады. Инефлексотерапия, массаж, сумен емдеу, хош иістендіруді қолданады.

- Инфекциялық аурулар. Антибиотиктер парентеральді егіледі.

Симптоматикалық терапия жоспары орын алған бұзушылықтарды ескере отырып жасалады. Ерітінділерге инфузия жүргізеді, айғақтары бойынша реанимациялық іс-шараларды орындайды, ӨЖЖ мен дәрілік заттарды пайдалана отырып, өмірлік маңызды функцияларды қолдайды, мониторинг жүргізеді. • Улану және жалпы инфекциялар. Бірінші жағдайда антидоттар қолданылады, екіншісінде этиопатогенетикалық терапия тағайындалады. Екі топтағы науқастарға дезинтоксикациялық іс-шаралар қажет: көп ішу, кристаллоидты және коллоидты ерітінділерді құю, энтеросорбенттер, диурезді ынталандыру. Іс-шаралар тізбесі пациенттің жай-күйімен айқындалады.

- Невралгия. Базалық препараттар антиконвульсанттар болып табылады. Терапия жоспарын антигистаминдік құралдармен, микроциркуляция корректорларымен, спазмолитиктермен толықтырады. Емдеу блокадасын жүргізеді.

Көршілес құрылымдардың аурулары бар пациенттерге отоларингологтың, офтальмологтың немесе стоматологтың қатысуымен емдеу талап етіледі. Бағдарлама анальгетиктерді, антибиотиктерді, қан тамырларын кеңейтетін дәрілерді және т.б. қамтуы мүмкін. Ісіктері бар науқастарға сәулелік терапия немесе химиотерапия көрсетілген. Хирургиялық емдеу

Қолда бар патологияға байланысты мынадай операциялар орындалады:

- Қан тамырлары аурулары: каротидті эндартерэктомия, экстра-интракраниалды анастомоздар жасау, брахиоцефальды дінді протездеу, гематомаларды алып тастау, қарыншаларды дренаждау.
- Гидроцефалия: ісіктер мен абсцесстерді жою, бас сүйектің декомпрессиялық трепанациясы, сыртқы вентрикулярлық дренаждау, шунттаудың әртүрлі нұсқалары.
- ЧМТ: жаншылған сынықтарды алып тастау, декомпрессивті трепанация, аз инвазивті және гематоманы ашық алып тастау.
- Невралгиялар: стереотаксиялық операциялар, микрохирургиялық декомпрессия, радиожилік деструкциясы.
- ЛОР аурулары: ортаңғы құлаққа санациялық араласу, дабыл қуысын шунттау, мастоидотомия, полисинусотомия мен фронтотомияның ашық және эндоскопиялық нұсқалары.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 39 беті

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

- 1, Бас ауруы - анықтама.
2. Ауырсынуды жіктеу.
3. Диагностика және емдеу әдістері

№ 11 дәріс

1.Тақырыбы: Жабық бас сүйек-ми жарақаттарының жіктелуі. Мидың шайқалуы, жарақаттануы және қысылуы клиникасы. Интракраниальды травматикалық гематомалар.

2.Мақсаты: Жабық бас сүйек-ми жарақатын жіктеу туралы білімді қалыптастыру. Бас миының шайқалуы, соғылуы және қысылуы клиникасы. Бас сүйек ішіндегі травматикалық гематомалар туралы білімін қалыптастыру.

3.Дәріс тезистері: Жабық бас сүйек-ми жарақаты (ЖБМЖ) - бастың жұмсақ тіндерінің тұтастығының бұзылмаған немесе бастың апоневротикалық созылуымен қатар жүрмейтін бас сүйегі мен мидың зақымдануы.

ЖБМЖ патофизиологиясы бойынша:

1. Алғашқы зақымдар - жарақаттайтын күштердің бас сүйектеріне, ми қабықтары мен ми тіндеріне, ми тамырларына және ликвор жүйесіне тікелей әсер етуімен байланысты.

2. Екіншілік зақымдар - зақымданулар мидың тікелей зақымдануымен байланысты емес, бірақ мидың алғашқы зақымдануының салдарына байланысты және негізінен ми тінінің екінші ишемиялық өзгерістерінің типі бойынша (бас сүйек ішіндегі және жүйелік) дамиды.

Бас сүйек ішіндегі - цереброваскулярлық өзгерістер, ликвороциркуляцияның бұзылуы, мидың ісінуі, бас сүйек ішіндегі қысымның өзгеруі, дислокациялық синдром.

Жүйелік - артериялық гипотензия, гипоксия, гипер- және гипокапния, гипер- және гипонатриемия, гипертермия, көмірсутек алмасуының бұзылуы, ДВС-синдром.

ЖБМЖ-мен ауыратын науқастардың жай-күйінің ауырлығы бойынша - зардап шегушінің санасының зақымдану дәрежесін, неврологиялық симптомдардың болуын және айқындылығын, басқа ағзалардың зақымдануының болуын

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 40 беті

немесе болмауын бағалауға негізделеді. Глазго комасының шкаласы неғұрлым кең таралған (1974 жылы G. teasdale және B. Jennet ұсынған). Зардап шеккендердің жай-күйі науқастармен алғашқы байланыста болғанда 12 және 24 сағаттан кейін үш параметр бойынша бағаланады: көздің ашылуы, сөйлеу жауабы және сыртқы тітіркенуге жауап ретінде қозғалыс реакциясы. Сананың жай-күйінің мынадай градациялары бар сананың зорлау дәрежесін сапалы бағалауға негізделген ХМТ кезінде сананың бұзылу жіктемесін бөліп көрсетеді:

- анық;
- қалыпты естен тану;
- терең естен тандыру;
- сопор;
- қалыпты кома;
- терең кома;
- шектен тыс кома;

Өкпеге бас миының шайқалуы және жеңіл дәрежедегі бас миының соғылуы жатады.

Ауырлығы орташа ЖБМЖ - мидың ауырлығы орташа жарақаты.

Ауыр ЖБМЖ-ға мидың ауыр дәрежедегі соғылуы және мидың қысылуының барлық түрлері жатады.

ЖБМЖ-мен ауыратын науқастардың жай-күйінің 5 градациясын бөліп көрсетеді:

- қанағаттанарлық;
- орташа ауырлықтағы;
- ауыр;
- өте ауыр;

Қанағаттанарлық жай-күйінің критерийлері:

- айқын сана;
- витальды функциялардың бұзылуының болмауы;
- қайталама (дислокациялық) неврологиялық симптомдардың болмауы, бастапқы жартылай шарлық және краниобазальдық симптомдардың болмауы немесе айқын көрінбеуі. Өмірге қауіп жоқ, еңбекке қабілеттілікті қалпына келтіру болжамы әдетте жақсы.

Орташа ауырлықтағы жай-күйінің критерийлері:

- айқын сана немесе орташа естен тану;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 41 беті

- витальды функциялар бұзылмаған (тек қана брадикардия болуы мүмкін);
- ошақтық симптомдар - қандай да бір жартылай шаралық және краниобазальдық симптомдар көрінуі мүмкін. Кейде жекелеген, жұмсақ айқындалған дің белгілері (стихиялық нистагм және т.б.) байқалады.

Орташа ауырлық дәрежесінің жай-күйін айқындау үшін көрсетілген параметрлердің біреуі жеткілікті. Өмірге қауіп елеусіз, еңбекке қабілеттілікті қалпына келтіру болжамы көбінесе қолайлы.

Ауыр жағдай критерийлері (15-60 мин.):

- терең естен тандыру немесе сопорға дейін сананың өзгеруі;
- витальды функциялардың бұзылуы (бір-екі көрсеткіш бойынша орташа);
- ошақтық симптомдар - дің қалыпты білінуі (анизокория, жоғары қараудың жеңіл шектелуі, стихиялық нистагм, контралатералдық пирамидалық жеткіліксіздік, дененің осі бойынша менингеалдық симптомдардың диссоциациясы және т.б.); жартылай шарлы және краниобазальды симптомдар, оның ішінде эпилептикалық талмалар, парездер мен сал аурулары айқын көрінуі мүмкін.

Ауыр жай-күйді анықтау үшін параметрлердің ең болмағанда біреуі бойынша көрсетілген бұзушылықтардың болуына жол беріледі. Өмірге қауіп-қатер елеулі, көбінесе ауыр жағдайдың ұзақтығына байланысты, еңбекке қабілеттілікті қалпына келтіру болжамы көбінесе қолайсыз.

Аса ауыр жай-күйдің критерийлері (6-12 сағат):

- орташа немесе терең комаға дейін есінің бұзылуы;
- бірнеше параметрлер бойынша витальды функциялардың күрт байқалатын бұзылуы;
- ошақтық симптомдар - дің анық білінеді (көздің жоғары қарауы, айқын көрінген анизокория, тігінен немесе көлденеңінен көздің дивергенциясы, тоникалық спонтандық нистагм, қарашықтың жарыққа реакциясының әлсіреуі, екі жақты патологиялық рефлексстер, децеребрациялық ригидтілік және т.б.); жартылай шарлы және краниобазальды симптомдар (екі жақты және көптеген парездерге дейін).

Аса ауыр жай-күйді айқындау кезінде барлық параметрлер бойынша айқын бұзушылықтар болуы қажет, оның үстіне олардың біреуі бойынша міндетті

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 42 беті

түрде шекті, өмірге ең көп қауіп төнеді. Еңбек ету қабілетін қалпына келтіру болжамы көбінесе қолайсыз.

Терминалдық жай-күйінің критерийлері мынадай:

- шектен тыс кома деңгейіне дейін есінің бұзылуы;
- витальды функциялардың сыни бұзылуы;
- ошақтық белгілер - шекті екі жақты мидриаз түріндегі дің белгілері, мөлдір қабық және қарашық реакцияларының болмауы; жартылай бұлшық ет және краниобазальды әдетте жалпы ми және дің бұзылуларымен жабылады. Науқастың өмір сүру болжамы қолайсыз.

ЖБМЖ клиникалық нысандары

Түрлері бойынша:

1. Оқшауланған.
2. Үйлесімді.
3. Біріктірілген.
4. Қайталау.

Бас сүйек-ми жарақатын мыналарға бөледі:

1. Жабық.
2. Ашық:
 - өтпейтін;
 - енетін.

Мидың зақымдану түрлері бойынша:

1. Бас миының шайқалуы - аздаған жарақаттайтын күштің әсерінен жиі туындайтын жағдай. ЖМТ-дан зардап шеккендердің 70% -ға жуығында кездеседі. Сілкініс есінен танудың болмауымен немесе жарақаттан кейін 1-2 минуттан 10-15 минутқа дейін есінен танумен сипатталады. Науқастар бас ауруына, жүрек айнуына, сирек - құсуына, бас айналуына, әлсіздігіне, көз алмаларының қозғалысы кезіндегі ауырсынуына шағымданады.

Сіңір рефлекстерінің жеңіл ассиметриясы болуы мүмкін. Ретроградтық амнезия (егер ол туындаса) қысқа мерзімді. Антероретроградтық амнезия болмайды. Мидың шайқалуы кезінде көрсетілген құбылыстар мидың функционалдық зақымдануынан туындайды және 5-8 күннен кейін өтеді. Диагнозды белгілеу үшін барлық көрсетілген симптомдардың болуы міндетті

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 43 беті

емес. Бас миының шайқалуы бірыңғай нысан болып табылады және ауырлық дәрежесіне бөлінбейді.

2. Мидың зақымдануы - бұл мидың заттың макроструктуралық деструкциясы түріндегі зақымдану, көбінесе зақымдану күшін қолдану кезінде пайда болған геморрагиялық компонент. Ми тінінің зақымдануының клиникалық ағымы мен айқындылығы бойынша мидың жарақаттарын жеңіл, орташа және ауыр дәрежедегі жарақаттарға бөледі.

3. Жеңіл дәрежедегі ми жарақаты (зардап шеккендердің 10-15%). Жарақаттан кейін бірнеше минуттан 40 минутқа дейін есінен тану байқалады, Көпшілігінде 30 минутқа дейінгі кезеңге ретроградтық амнезия бар, Егер антероретроградтық амнезия туындаса, онда ол ұзақ емес. Естен тану қалпына келгеннен кейін зардап шегуші бас ауруына, жүрек айнуына, құсуына (жиі қайталап), бас айналуына, назар аударудың, жадының әлсіреуіне шағымданады.

Нистагм (көбінесе көлденең), анизорефлексия, кейде жеңіл гемипарез анықталуы мүмкін. Кейде патологиялық рефлексстер пайда болады. Субарахноидальдық қан құйылу салдарынан жеңіл білінетін менингеальдық синдром анықталуы мүмкін. Бради- және тахикардия, транзит байқалуы мүмкін.

Симптоматика жарақаттан кейін 1-3 апта бойы регрессия жасайды. Жеңіл дәрежедегі ми жарақаты бас сүйегінің сынуымен қатар жүруі мүмкін.

4. Ми жарақаты орташа дәрежеде. Есінен тану бірнеше он минуттан 2-4 сағатқа дейін созылады. Сананы орташа немесе терең естен тандыру деңгейіне дейін төмендету бірнеше сағат немесе тәулік бойы сақталуы мүмкін. Айқын бас ауруы, жиі қайталап құсу байқалады. Көлденең нистагм, көздің жарыққа реакциясының әлсіреуі, конвергенцияның бұзылуы мүмкін.

Сіңір рефлексстерінің диссоциациясы, кейде орташа білінетін гемипарез және патологиялық рефлексстер байқалады. Сезімталдықтың бұзылуы, сөйлеудің бұзылуы болуы мүмкін. Менингеальдық синдром біркелкі байқалады, ал ликвориялық қысым біркелкі жоғары (ликвореясы бар зардап шеккендерді қоспағанда).

Тахи- немесе брадикардия бар. Тыныс алудың қалыпты тахипноэ түріндегі бұзылуы ырғақтың бұзылуынсыз және аппараттық түзетуді талап етпейді. Температура субфебрильді. 1-ші тәулікте - психомоторлық қозу, кейде талма

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 44 беті

болуы мүмкін. Ретро- және антероретроградтық амнезия бар. 5. Мидың ауыр дәрежедегі жарақаты. Есінен тану бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін созылады (апальды синдромға немесе акинетикалық мутизмге ауысатын науқастардың бір бөлігінде). Сананы сопорға немесе комаға дейін қысу. Атониямен ауыстырылатын айқын психомоторлық қозу болуы мүмкін.

Дің белгілері байқалады - көз алмаларының қалқымалы қозғалысы, көз алмаларының тік ось бойынша алуан түрлілігі, көздің төмен қарауы, анизокория. Қарашықтардың жарық пен мөлдір рефлексстерге реакциясы күйзеліске ұшырады. Жұту бұзылған. Кейде горметония ауырсыну тітіркенуіне немесе өздігінен дамиды. Екі жақты патологиялық аяқ рефлексстері. Бұлшық ет тонусының өзгеруі бар, көбінесе - гемипарез, анизорефлексия. Құрысу талмалары болуы мүмкін. Тыныс алудың бұзылуы - орталық немесе шеткі типі бойынша (тахы- немесе брадипноэ). Артериялық қысым көтерілген немесе төмендеген (қалыпты болуы мүмкін), ал атониялық комада тұрақсыз және үнемі дәрі-дәрмектік қолдауды талап етеді. Менингеалдық синдром байқалады.

Ми жарақаттарының ерекше түріне мидың диффузиялық аксоналдық зақымдануы жатады. Оның клиникалық белгілеріне ми діңі функциясының бұзылуы - терең комаға дейін сананың зақымдануы, міндетті дәрі-дәрмектік және аппараттық түзетуді талап ететін витальды функциялардың күрт байқалатын бұзылуы кіреді.

Мидың диффузиялық аксональды зақымдануы кезінде өлім-жітім өте жоғары және 80-90% жетеді, ал аман қалғандарда апалла синдромы дамиды. Диффузды аксональды зақымдану бас сүйек ішіндегі гематоманың пайда болуымен қатар жүруі мүмкін. 6. Мидың қысылуы (өспелі және өспейтін) - бас сүйек ішіндегі кеңістіктің көлемді түзілімдермен азаюы есебінен болады. ЖМТ кезіндегі кез келген «жоғалтпайтын» қысым үдемелі болып, айқын компрессияға және мидың дислокациясына алып келетінін ескеру қажет. Байқалмайтын қысымға басылған сынықтар кезінде бас сүйектерінің сынуы, басқа бөгде денелердің миға қысымы жатады. Мұндай жағдайларда миды қысатын білім көлемі ұлғаймайды.

Мидың қысылу генезінде бассүйекішілік екінші реттік механизмдер жетекші рөл атқарады. Өспелі қысылуларға бас сүйек ішіндегі гематоманың барлық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 45 беті

түрлері және массалық әсермен сүйемелденетін мидың жарақаттары жатады.
 Бас сүйек ішіндегі гематомалар:

- эпидуралдық;
- субдуральды;
- ми ішіндегі;
- қарыншаішілік;
- көптеген аралық гематомалар;
- субдуралдық гидромдар.

Гематомалар: өткір (алғашқы 3 тәулік), өткір (4 тәулік- 3 апта) және созылмалы (3 аптадан кейін) болуы мүмкін.

Бас сүйек ішіндегі гематомалардың классикалық клиникалық көрінісі жарық аралықты, анизокорияны, гемипарезді, брадикардияны қамтиды, ол сирек кездеседі. Классикалық клиника мидың жанама жарақаты жоқ гематомаларға тән. Бас миының зақымдануымен үйлескен гематомалармен зардап шеккендерде малдың алғашқы зақымдануының белгілері және ми тінінің зақымдануына байланысты мидың қысылуы мен дислокациясының белгілері бар. Тәуекел факторлары мен топтары

1. Алкогольдік мас болу (70%).
2. Пайда болған эпилептикалық ұстаманың нәтижесіндегі АМТ.

ЖБМЖ-ның басты себептері:

1. Автожол жарақаты.
2. Тұрмыстық жарақат.
3. Құлау және спорттық жарақат.

Диагностикалық критерийлер

Бас терісінің көзге көрінетін зақымдануларының болуына назар аударады. Периорбитальды гематома («көзілдірік белгісі», «енот көздері») алдыңғы бас сүйек шұңқырының түбінің сынғаны туралы куәландырады.

Емізік тәрізді өсіндінің аумағындағы гематома (Баттл белгісі) мұрын сүйегі пирамидасының сынуымен қатар жүреді.

Гемотимпанум немесе дабыл жарғағының жарылуы бас сүйек түбінің сынуына сәйкес болуы мүмкін.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 46 беті

Мұрын немесе құлақ ликвореясы бас сүйек негізінің сынуы және ЖМТ өтуі туралы куәландырады.

Бас сүйек перкуссиясы кезінде «жарылған горшок» дыбысы бас сүйек күмбезінің сүйектері сынған кезде пайда болуы мүмкін. Конъюнктиваның ісінуімен экзофтальм каротидті-кавернозды тұздықтың қалыптасуын немесе пайда болған ретробульбар гематоманы көрсетеді.

Жіліншік-мойын аймағындағы жұмсақ тіндердің гематомасы жіліншік сүйегінің сынуына және (немесе) полюстердің және маңдай бөліктері мен қалқанша бөлігінің базальды бөліктерінің жарақаттануына әкелуі мүмкін.

Әрине, сананың деңгейін, менингеалдық симптомдардың болуын, қарашықтың жай-күйін және олардың жарыққа реакциясын, бас сүйек нервтері мен қозғалыс функцияларының функцияларын, неврологиялық симптомдарды бағалау, бас сүйек ішіндегі қысымның артуы, мидың дислокациясы, жіті ликворды окклюзияның дамуы міндетті болып табылады.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. Жабық бас ми жарақаты - анықтамасы
2. Диагностикалық критерийлер
3. Жабық бас ми жарақаттары жіктелуі.

№ 12 дәріс

1.Тақырыбы: СТЖ буын аурулары

2.Мақсаты: СТЖ буын аурулары туралы білімін қалыптастыру.

3.Дәріс тезистері: Самай-төменгі жақ буынының дисфункциясы (СТЖБ) - бұл буынның функцияларын (шайнау, сөйлеу) жартылай немесе толық жоғалту.Түрлі генезді ауруларының пайда болуымен, буынның сықырлауымен, төменгі жақ сүйегі қозғалысының кейбір көлемінің жоғалуымен, құлақтың бітелуімен, бас ауруымен, құлақтың және басқа да аралас аумақтардың (көздің, мойынның, арқаның) ауыруымен қатар жүреді. СТЖБ дисфункцияларының себептері тіс қатарының әртүрлі ақаулары (тістердің орналасуы, олардың болуы немесе болмауы) және тіс патологиясы болып табылады. Уақыт өте келе орын алған ақаулар төменгі жақтың

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 47 беті

қозғалысына және СТЖБ функцияларына жауап беретін бұлшық еттердің үйлесімді жұмысының рефлекторлық бұзылуына әкеледі. Бұл бұлшық еттер жұмысының бұзылуы, өз кезегінде, барлық бағыттарда төменгі жақ қозғалысының патологиялық өзгеруіне себеп болып табылады. Осының салдарынан буын дискісі мен буын беттерінің пішіні өзгереді [1].

Бұдан басқа, СТЖБ дисфункциясының пайда болу себептері:

- психика жағынан әртүрлі өзгерістер; (невроздар, созылмалы стресстер) және вегетативтік нерв жүйесіндегі өзгерістер (жүрек ырғағының және артериялық қысымның бұзылуы)
- шайнау бұлшық еттерінің парафункциясы (жоғары тиімсіз белсенділік) (құрылымы бұзылуы кезінде);
- жазатайым оқиғалар нәтижесінде СТЖБ саласындағы жіті жарақаттау;
- тістерді тиімсіз немесе сапасыз протездеу нәтижесінде эпизодтық микрожарақаттар немесе буынның созылмалы жарақаттары;
- пародонт ауруларының (мысалы, пародонтит) салдарынан болатын травматикалық окклюзия (тіс қатарлары түйісуінің патологиялық жай-күйі);
- дұрыс емес терапевтік емдеу (мысалы, шамадан тыс қойылған пломбалар);
- тіс доғаларының құрамын жоғалтқаннан кейін уақтылы протездемеу (әрбір сегменттегі сегізінші тістен басқа тұрақты тістерді алып тастағаннан немесе түсіргеннен кейін - « ақыл тістері») [8].

СТЖБ дисфункциясының белгілері

Пациент назар аударатын дисфункцияның бірінші белгісі - төменгі жақ қозғалысы кезінде буынның сықырлауы. Бұл симптом көбінесе ауырсыну сезімімен қатар жүрмейді.

Самай-төменгі жақ буынының дисфункциясына күдік тудыруы тиіс:

- жергілікті және төгілген сипаттағы шайнау бұлшық еттерінің ауыруы;
- жақтардың еріксіз рефлекторлық қысылуы (алынатын протездің қанағаттанарлықсыз фиксациясы кезінде немесе стресс кезінде);
- бұлшық ет гипертониясы;
- бруксизм (тістерін шағылыстыру);
- шайнау кезінде бұлшық еттердің тез шаршауы.

Науқастанудың кейінгі сатыларында пациенттер:

- шайнау бұлшық еттерінің ауыруына немесе шаршауына байланысты қатты тамақты шайнаудың мүмкін еместігін байқайды;
- бұлшық еттерде триггерлік (ауырсыну) нүктелерінің пайда болуын;
- шайнау бұлшық еттерінің пальпациясы кезінде анықталатын тіндердің тығыздалуын;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 48 беті

- ауызды ашқан кезде төменгі жақтың орталық сызықтан екі жаққа ығысуын байқайды;
- Ауызды жұлқу және біркелкі емес ашу.
- Кейбір жағдайларда белгілі бір жағдайларда буынның бұғатталуы және соның салдарынан ауызды толық ашудың мүмкін еместігі орын алады.
- Бұдан басқа, ауру бас ауруымен және құлақтың бітелуімен қатар жүруі мүмкін. Ауырсыну үнемі асқынатын сипатта болуы мүмкін, бұл Костен синдромының дамуы туралы айтады, ол құлақ маңындағы аурумен сипатталады [2].
- Клиникалық тексеру кезінде пациенттің тістерінің қозғалысы салдарынан тістеуінің бұзылуы байқалады.
- Пародонттың шамадан тыс жүктелуі де буынның дисфункциясымен қатар жүреді. Ол белгілі бір жерлерді шайнағанда ауырсынумен көрінеді. Себебі тиімсіз протездеу немесе пломба арқылы тістеу болуы мүмкін.
- ВЧС дисфункциясының патогенезі
- Височно-төменгі жақ буыны дисфункциясының пайда болуы мен дамуына көптеген түрлі факторлар әсер етеді. Патология дамуының неғұрлым жиі кездесетін факторларының бірі окклюзиялық бұзылулар болып табылады.
- Бұл ретте жолдың белгілі бір учаскелерінде функционалдық жүктемені туындататын буын жолдарының мәжбүрлі қайта құрылуы орын алады. Буын басы қозғалысының дискоординациясы дегенеративті құрылымдық өзгерістерді тудырады
- Шу белгілері (буынның сықырлауы) буын басының кенеттен қозғалуының және синовиалды сұйықтықтың азаюының салдары болып табылады. Буын беттерінің морфологиясының өзгеруі буын элементтерінің қозғалысына кедергі келтіреді, оларды еңсеру рефлекторлық түрде осындай шу құбылыстарын тудырады.
- Ауырсыну сезімдері биламинарлы аймақтың тамыр-нерв шоғының қысылуына (шоғыр орналасқан СВЖС байламдары арасындағы кеңістік), буынның байламдары мен капсуласының созылуына, бұлшық еттердің айналасындағы жүйке тамырлары ұштарының ерекше жұқа күйде тітіркенуіне байланысты.
- Тістердің уақытынан бұрын окклюзиялық байланыстарының болуы (олардың түйісуіне кедергі келтіретін тістердің жағымсыз байланыстары) мен шайнау бұлшық еттерінің зақымдануы арасындағы өзара байланысты зерттеу кезінде латеральды және медиальды қанат тәрізді бұлшық еттер өздерінің тыныштық және қоздыру әлеуетін мезгілінен бұрын байланыстыру жағында,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 49 беті

ал мұрын және шайнау - қарама-қарсы жақта өзгертетіні анықталды тарапқа [4]

Психологиялық шиеленістің салдары көбінесе түнгі тістердің қырылуынан болатын бас ауруы болып табылады. Бруксизмнің себептері көптеген жеке факторлар да, олардың жиынтығы да болуы мүмкін, бірақ патологиялық әсері әрқашан бірдей - тіс кезеңінің шамадан тыс жүктелуі, бұлшық еттердің гипертониясы және нәтижесінде тістердің жуылуы. Негізінен, науқастар тістердің үйкелу дауысын естігенде кездейсоқ шырылдау туралы біледі. Бруксизмге бейімділікті пациенттен пікіртерім арқылы білуге болады. Көбінесе бұл адамдар психологиялық қозу кезінде күндіз жақ сүйектерін еріксіз қысады [15].

Осылайша, буынның шеміршек беттерін бруксизмнен туындаған сүртілумен үйлестіре отырып, шамадан тыс жүктеу және жарақаттау буынның анатомиясын патологиялық қайта құруға әкеледі.

СТЖБ дисфункциясының жіктелуі және даму сатылары

Қазіргі уақытта анатомиядағы өзгерістердің түрлері және аурудың даму сатылары бойынша СТЖБ дисфункцияларының нақты сыныптамасы әзірленбеген. Бірақ патологияның себебіне қарамастан, буын мен айналадағы тіндердегі өзгерістер уақыт өте келе өршиді. Патологияның клиникалық суретінде екі кезең ерекшеленеді:

1. СТЖБ дисфункциясы.

2. Шайнау бұлшық еттерінің ауру спазмы.

Бірінші кезеңде рентгенологиялық тұрғыдан елеулі құрылымдық өзгерістер анықталмайды, науқас тек төменгі жақ қозғалысы кезінде ғана шағымдана алады.

Кейіннен емдеусіз буынның шеміршек беттері мен буындық диск беттерінің кешені қайта құрылады, бұл өзгерістердің жылдамдығы көптеген факторларға (жынысқа, психикалық икемділікке, тіс қатары кемістігінің ұзақтығына және т.б.) байланысты болады. Ауыр жағдайларда жұлыну немесе буын дискісінің перфорациясы пайда болады. Қозғалыс және тыныштық кезінде төменгі жақтың мәжбүрлі жағдайына байланысты әжімнің сүйек құрылымы өзгереді.

СТЖБ дисфункциясы кезіндегі ауырсынуды шығу тегі бойынша бөледі:

- миогенді (бұлшық ет): науқастардың 20%;
- артрогенді (буын): науқастардың 80% [13].

Ауырсыну пайда болу себебіне қарамастан бірдей сипатта болады. Ауырсынуды бағалау әрқашан күрделі және түсініксіз. Ауырсыну сезімі бұлшық еттердің гипертониясынан және оларда тығыздаудың - триггерлік

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Хирургиялық және ортопедиялық стоматология» кафедрасы Дәріс кешені		044-45/ 1 беттің 50 беті

аймақтардың пайда болуынан туындайды. Кейбір пациенттерде бұған буынның буындарының асқынуынан ауырсыну қосылады. Аурудың күші пациенттен пациентке қатты ерекшеленуі мүмкін. Симптомдардың көптігі қиындықтар туғызады: пациенттер қай дәрігерге жүгінуді білмейді. СВЖС дисфункциясының асқынулары

Емдеу іс-шараларын жүргізбей немесе оларды толық көлемде қолданбай, ауырсыну белгілері азырақ болып, созылмалы, жасырын ауырсыну сатысына өтуі мүмкін, ол сөйлесу немесе шайнау кезінде төменгі жақтың ыңғайсыз қозғалысы кезінде күтпеген жерден пайда болады.

Уақыт өте келе функционалдық шамадан тыс жүктемеден шеміршек және сүйек тіндерінің дистрофиясы орын алып, кейіннен олардың азаюы артроз және кейіннен остеоартроз пайда болады. Бұл аурулардың дамуы ең жағымсыз нәтиже болып табылады, өйткені буын өз функцияларын жартылай немесе толығымен жоғалтады және бұл жағдайда қозғалыстың қалпына келу ықтималдығы өте төмен.

4.Иллюстрациялық материал:Презентация

5.Әдебиет: Силлабуста көрсетілген.

6.Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы)

1. СТЖБ дисфункциясы - анықтамасы, себептері.
2. Дисфункцияларды жіктеу.
3. Қандай асқынулар туындауы мүмкін?