

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

**«БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ ВА ЭЗИЛИШИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»»



Республика шошилич тиббий  
ёрдам илмий маркази директори  
Алимов Д.А.

май 2025 й.

**«БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ ВА ЭЗИЛИШИ»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

**«БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ ВА  
ЭЗИЛИШИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ – 2025**

## 1. Кириш қисми

КХК-10/11 бўйича кодлар:

МКБ-10: S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S02.0	
МКБ-11 NA00, NA01, NA02, NA04, NA05, NA07, NA08, NA09, NA0A	
	Бош мия жароҳатлари
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=18860">https://mkb-10.com/index.php?pid=18860</a>

Клиник протоколлар 2023 йил ноябр ойида яратилган, 2019 йилда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатмаларининг қўшилиши натижасида қайта кўриб чиқиш санаси 2026 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим етилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда ёшон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшди:

Жараёни ташкил этиш тўғрисида шошилиш тиббий ёрдам йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

Туляганов Даврон Бахтиярович РШТЁИМ бош директори, т.ф.д.  
ТХҚМРМ, ассистенти

Алимов Данияр Анварович РШТЁИМ директори, т.ф.д., профессори  
ТХҚМРМ профессори

Акилов Хабибулла Атауллаевич ТХҚМРМ ректори,

Атаджанов Шухрат Камилович РШТЁИМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари,  
ТХҚМРМ доценти

Стопницкий Амир Александрович РШТЁИМ илмий котиб, ТХҚМРМ,  
ассистенти

Эрметов Азиз Ташметович. РШТЁИМ Тошкент вилоят филиали  
директори т.ф.д.

Хакимов Дильшод Мамадалиевич РШТЁИМ Андижон филиали  
директори, т.ф.д.,

Янгиев Бахтиёр Ахмедович РШТЁИМ Самарканд филиали директори,  
т.ф.д.

Жалалов Бахром Зухритдинович РШТЁИМ Навои филиали директори,  
т.ф.д.

Муаллифлар рўйхати:

Махкамов К.Э. – Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази, нейрохирургия ва қўшма жароҳатлар илмий-клиник бўлими раҳбари, т.ф.д., профессор;

Махкамов М.К., – Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази, қон томир нейрохирургия бўлими мудир, т.ф.д.

Насимов С.Т. – Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, болалар жарохатлари хирургияси ва нейрохирургия бўлими мудир, т.ф.н.  
Салаев А.Б. – Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, қон томир нейрохирургия бўлими шифокори, т.ф.н.

**Тақризчилар:**

Парфенов В.Е. – Джанелидзе номидаги Санкт-Петербург тез ёрдам инситути илмий раҳбари, т.ф.д., профессор;

Мунозаралар ўтказилганда (тиббиёт муассасалари илмий Кенгашлари муҳокамаси баённомасидан кўчирмалар санаси ва сони): 5 - сонли илмий Кенгаш - 14 йил 2023-ноябр, 1-сонли ишчи гуруҳ йиғилиши-15 йил 2023-ноябр.

**Техник экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:**

Рахимова С.Р.-РШТЎИМ директорининг педиатрия бўйича ўринбосари

Турсунов Х. М. - т.ф.д., РШТЎИМ директорининг терапия бўйича ўринбосари

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

## Мундарижа:

1. «БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ ВА ЭЗИЛИШИ»  
КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ 6-бет  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ
2. «БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ ВА ЭЗИЛИШИ»  
КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР 35- бет  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

### Баённомада фойдаланилган қисқартмалар:

БМЖ	Бош мия жарохати.
БМЛ	Бош миянинг лат ейиши.
ШКГ	Кома Глазго шкаласи
КТ	Компьютер томография
Н	Хаунсфильд
ЭГ	Эпидурал гематома
СГ	Субдурал гематома
БРДТ	Бош миянинг резекцион-декомпрессив трепанацияси
ШИГ	Шкала исходов Глазго

Ушбу нозология бўйича протокол фойдаланувчилари: нейрохирурглар, ва тез тиббий ёрдам шифокорлари, клиниканинг умумий амалиёт шифокорлари ҳисобланади.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси бош миянинг турли даражадаги жароҳатлари бўлган беморлардир.

Далилларга асосланган тиббиётга асосланган далиллар даражаси шкаласи:

**Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (ЛЕС)**

УДД	Декодлаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида маълумотнома назорати остидаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Индивидуал маълумотнома - назорат остида бўлган тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник синовлар ва мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Малумот усули бўйича кетма-кет назорат тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ҳисоботи
5	Ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун фақат мантиқий асос мавжуд

**Профилактик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун далиллар даражасини (ДД) баҳолаш учун шкала**

УДД	Декодлаш
1	Мета-таҳлил ёрдамида РСТларни тизимли кўриб чиқиш

2	Танланган РСТлар ва мета-таҳлил ёрдамида РСТлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан . кохорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, мисоллар ҳисоботлари ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникгача тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси учун асос мавжуд

**Профилактик, диагностика, терапевтик ва реабилитация тадбирлари бўйича тавсиялар (СЛР) бўйича судланганлик даражасини баҳолаш шкаласи**

СИД	Декодлаш
А	Кучли тавсия (барча самарадорлик чора-тадбирлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)
С	Заиф тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

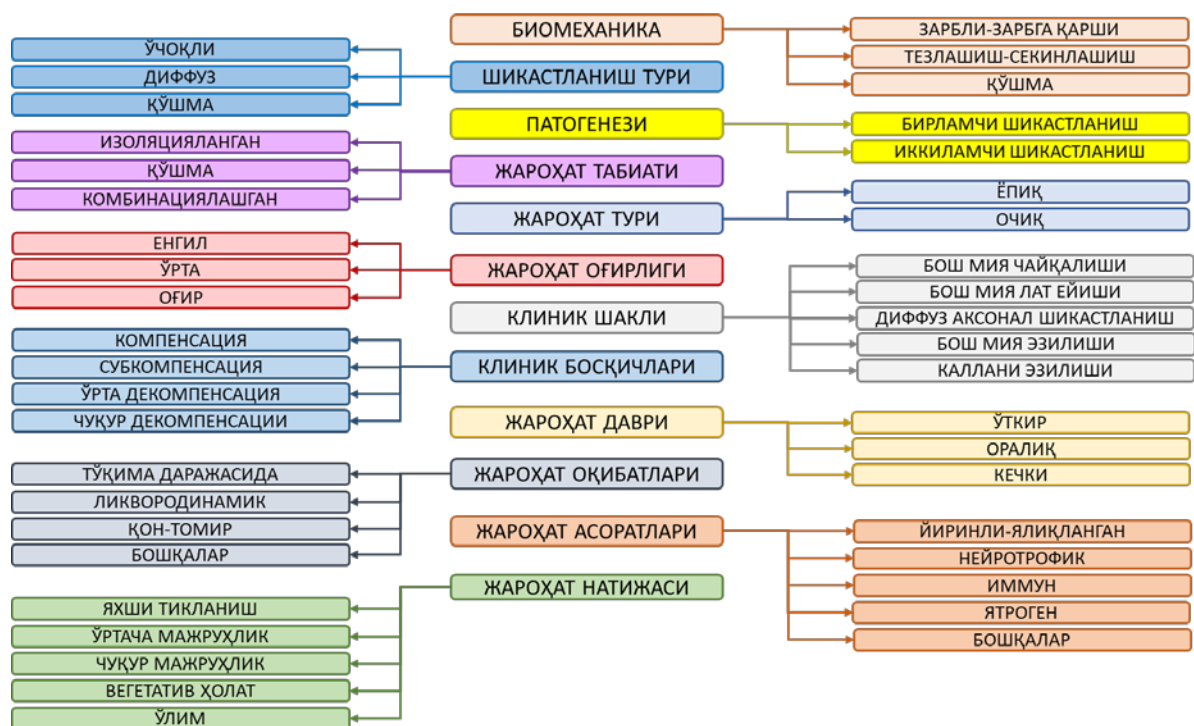
Далиллар даражасига кўра, маълумотлар 3В ва 3С га тегишли даражалар - мос ёзувлар усули ёрдамида кетма-кет назоратиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу

## 2. Асосий қисм.

**Кириш.** Бош мианинг жароҳатланиши бу-ташқи механик таъсиротлар натижасида бош мианинг ёки калла ичи тизимларининг (мия тўқимаси, мия пардалари, қон томирлари, мия нервларининг) жароҳатланиши.

Барча бош мия жароҳатлари очик ва ёпик турларга бўлинади. Ёпик бош мия жароҳатида юмшоқ тўқималар ва суяк ўртасида жароҳат канали мавжуд бўлмайди. Бош мия қаттиқ пардасининг бутунлиги бузулмаган жароҳатлар тешиб кирувчи жароҳатларга кирмайди. Калла суягининг синиш чизиғлари ҳаво ўтказувчи бўшлиқларнинг бири орқали ўтадиган жароҳатлар бош мианинг очик жароҳатларига киради.

[Таснифи. \(А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А. А. Потапов, 1992\).](#)



### Таъриф:

Бош мианинг лат ейиши – бу бош суяги ва (ёки) бош суяги ичидаги (миа туқимаси, миа қобиклари, томирлари, бош миа нервлари) органларининг Кома Глазго шкаласи бўйича пасайиш даражаси билан биргаликда кечадиган механик шикастланишлари. Мианинг лат ейиши деганда, миа моддасининг бирламчи шикастланиш ўчоғининг ушбу соҳага қон қуйилиши билан бирга кечадиган ҳолати тушунилади. Шикастланиш ўчоғида қон қуйилиши устун бўлиши мумкин, камдан-кам ҳолларда бирламчи некроз қон қуйилиши билан бирга келмайди.

**Патогенез:** мианинг патоморфологик лат ейиши миа тўқимасининг жароҳатланган участкаларида детрит ҳосил бўлиши ҳамда миа эгат ва бурмаларида конфигурация йўқотилиши ва юмшоқ миа қобиклари билан боғланишлар узилганда кўп сонли геморрагиялар (суюқ қон ва унинг қуйқалари) ҳосил бўлиши билан таърифланади.

1) Бош мианинг латейишининг таснифи.

- Бош мианинг энгил даражадаги лат ейиши
- Бош мианинг ўрта даражадаги таи ейиши
- Бош мианинг оғир даражадаги лат ейиши

### Мианинг энгил даражада лат ейиши.

БМШ билан жабрланганларнинг 10–15%аниқланади. Шикастланишдан сўнг бир неча ўн дақиқагача хушдан кетиш билан характерланади. Ҳушга келганда одатда бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши ва бошқалардан шикоят қилади. Ретро-, кон-, антероград амнезиялар кузатилади. Қусиш, баъзан қайтадан қусиш такрорланади. Одатда ҳаётий муҳим функцияларда

сезиларли ўзгариш ифодаланмайди. Ўртача брадикардия ёки тахикардия, баъзан артериал гипертензия учраши мумкин. Нафас олиш, тана ҳарорати жиддий ўзгаришларсиз. Неврологик симптоматика одатда юмшоқ бўлиб, (клоник нистагм, енгил анизокория, пирамидали етишмовчилик белгилари, менингеал симптомлар) 2-3 ҳафта давомида пасаяди. Енгил даражадаги мия лат ейишида бош суяги қуббаси суяқларининг синиши ва субарахноидал қон қуйилиши мумкин. Енгил даражадагимия лат ейишида КТ кузатувларнинг ярмида мия моддасидаги пасайган зичликнинг чекланган, томоденситометрик кўрсаткичларига кўра бош мия шишига яқин (18 дан 28 Н гача) соҳани аниқлайди. Патологоанатомик текширувлар кўрсатишига қараганда, бу ерда КТ қобиляти аниқ кўрсатишга етмайдиган нуқтавий диапедез қон қуйилишларини кўриш мумкин. Кузатувнинг қолган ярмида енгил даражадаги мия лат ейишида КТ тасвирининг кўриниб турган ўзгаришлари бўлмайди, бу эса усулнинг чекланишлари билан боғлиқ. Енгил даражадаги мия лат ейишидаги мия шиши нафақат маҳаллий, балки кенгрок тарқалган бўлиши ҳам мумкин.

У ликвор бўшлиқларнинг торайиши кўринишидаги ҳажмли натижаси бўлиб кўриниши мумкин. Бундай ўзгаришлар жароҳатдан кейинги биринчи соатлардаёқ аниқланади, одатда 3-кун авжига чиқади ва 2 ҳафтадан кейин из қолдирмай йўқолади. Шунингдек, енгил даражадаги лат ейишдаги маҳаллий шиш қалин зичликда бўлиши ҳам мумкин ва у ҳолда ташҳис ҳажмий таъсир ва КТ текширувининг динамик натижаларига асосланади. Енгил даражадаги мия лат ейиши пато морфологик равишда мия моддасининг маҳаллий шиши, нуқтали диапедез қон қуйилишлари, майда пиал томирларнинг чекланган ёрилишлари билан аниқланади.

### **Ўрта даражадаги миянинг лат ейиши.**

БМШ билан жабрланганларнинг 8–10% аниқланади. Шикастланишдан сўнг ўн дақиқагача ёки бир неча соатгача ҳушдан кетиш билан характерланади. Ретро, қон, антероград амнезиялар кузатилади. Кўпинча бош оғриғи кучли бўлади. Кўп марта қусиш кузатилиши мумкин. Психика бузилиши учрайди. Ҳаётий муҳим функцияларнинг ўтиб кетувчи бузилишлари: брадикардия ёки тахикардия, артериал босим кўтарилиши, нафас олиш ритмини бузмаган тахипноэ ва трахеобронхиал дарахтнинг ўтказиш қобиляти, субфебрилитет бўлиши мумкин. Кўпинча қобик белгилари ифодаланган бўлади. Ствол-найча симптомлари сезилиши мумкин: нистагм, тана ўқи бўйлаб менингиал симптомлар диссоциацияси, икки ёқлама пирамида белгилар ва бошқалар.

Ўчоқ симптоматикаси аниқ-равшан кўринади (миянинг лат ейиши жойи билан аниқланувчи): қорачиқ ва кўз ҳаракати бузилишлари, қўл-оёқлар фалажи, сезувчанлик, нутқнинг бузилиши ва бошқалар. Бу белгилар аста-секин (3-5 ҳафта давомида) бартараф этилиши, баъзан анча муддатга чўзилиши мумкин. Цереброспинал суюқлик босими кўпинча юқори бўлади. Миянинг ўрта даражада лат ейишида кўпинча бош суягининг асоси ва куббаси суяқларининг синиши ҳамда каттагина субарахноидал қон қуйилиши кузатилади. Миянинг ўрта даражада лат ейишида КТ кўп кузатувларида зичлик пасайган соҳалардаги тарқоқ жойлашган юқори зичликли аралашмалар ёки ичик майдонда зичликнинг ўртамиёна гомоген ошиши кўринишидаги ўчоқ

ўзгаришлари аниқланади. Операция ва ёриб кўришлардаги маълумотларнинг кўрсатишича, КТ-кўрсатилган топилмалар лат ейиш соҳасидаги кичик қон қуйилишлар ёки мия тўқимасини кўпол деструкциясиз ўртамиёна геморрагик сингишга мос келади. Динамик КТ бу ўзгаришлар даволаш жараёнида асл ҳолига қайтиб ривожланишини аниқлайди. Миянинг ўрта даражада лат ейиш клиникасининг кузатиш қисмида КТ паст зичлик ўчоқлари–маҳаллий шиш ёки кўзга аниқ кўринмайдиган травматик субстратни аниқлайди.

Миянинг ўрта даражадаги патоморфологик лат ейиши майда ўчоқли қон қуйилишлари, эгат ва мия бурмалари конфигурацияси ва мия юмшоқ қобиқлари билан боғланишларни сақлаган ҳолда юмшатишнинг кичик ўчоқчаларини мия тўқималарига геморрагик сингиши билан аниқланади.

**Бош миянинг оғир даражада лат ейишининг 4 та клиник шакллари мавжуд:**

- диэнцефал;
- мезенцефал-бульбар;
- экстрапирамидал;
- цереброспинал [1,2,3].

**Бош миянинг эзилиши**

Эзилиш омиллари:

- Бош суяги ичидаги гематома ва гидромалар.
- Суяк парчалари.
- Мия шиши
- Пневмоцефалия.

**Симптоматикаси.**

Бош миянинг иккинчи даражали лат ейиши диагностикаси ва даволаш стандартлари бош миянинг оғир даражали лат ейиши диагностикаси ва даволаш стандартлари таърифлаш бўлимига киритилган. Миянинг оғир лат ейиши БМШ билан жабрланганларнинг 5-7%ида учрайди. Жароҳатдан сўнг

бир неча соатдан – бир неча ҳафтагача ҳушдан кетиш билан характерланади. Кўпинча ҳаракатли қўзғалиш кузатилади. Ҳаётӣ муҳим функцияларга оғир хатарли таҳдид солувчи бузилишлар: брадикардия ёки тахикардия, артериал гипертензия, юқори нафас йўлларининг ўтказувчанлиги бузилиши билан қўшилган нафас олиш тезлиги ва ритмининг бузилиши кузатилади. Гипертермия аниқланади. Кўпинча шикастланишдан кейинги дастлабки соатлар ва кунларда ўчоқли ярим шар симптомларини яширувчи дастлабки стволли неврологик симптоматика (кўз соққаларининг хамкор ҳаракатлари, кўрув парези, горизонтал нистагм, ютум бузилиши, икки ёқлама мидриаз ёки миоз, горизонтал ёки вертикал ўқ бўйича кўз дивергенцияси, ўзгарувчи мушак тонуси, децеребрацион ригидлиик, пайсимон рефлекслар, шиллик ва тери қопламлари рефлексларининг эзилиши ёки ирритацияси, икки ёқлама патологик қафт рефлекслар ва бошқалар) кузатилади. Оёқ-қўл парезлари (хатто шол бўлишгача), мушак тонусининг мия пўстлоғи остидаги бузилишлари, орал автоматизм рефлекслари ва бошқалар аниқланиши мумкин.

Баъзида умумий ёки фокал томир тортишадиган тутқаноқлар аниқланиши мумкин. Умум мия ва айниқса ўчоқли симптомлари; касалликдан кейин қолган асоратларнинг қисмлари, энг аввал ҳаракатланиш ва руҳий соҳадаги асоратлар секин-аста камаяди. Бош миянинг оғир даражали лат ейиши одатда бош суяги асоси ва калла куббаси синиши ҳамда жиддий субарахноидал қон қуйилишлар билан биргаликда кечади. Лат ейиш ва мия мажақланишининг жойлашиш топик вариантлари ниҳоятда турлича ва мос равишда клиникаси ўзгариши мумкин.

Шунга қарамай, уларнинг асосий жойлашиш ўрнини ҳисобга олиб уларнинг семиотикаси – касаллик аломатларини баён этиш ўриндир.

**Диагностика мезонлари.** Анамнез, неврологик ва маҳаллий текширув. Неврологик ҳолатда мия ва фокал симптомларнинг мавжудлиги. Бош терисида ёки юзида механик таъсир натижасида теридаги ўзгаришлар ва уларнинг яхлитлигини бузилиши мавжудлиги.

#### **Текшириш протоколи.**

##### **Клиник текширув:**

- \* Анамнез йиғиш;
- \* Тананинг асосий тизимларига зарар етказмаслик учун умумий клиник тадқиқотлар;
- \* Умумий қабул қилинган стандартларга мувофиқ неврологик текширув;
- \* Динамикада неврологик текширув 2, 4 ва 6 соатдан кейин талаб қилинади.

**Неврологик статус** ком Глазго шкаласидан (КГШ) фойдаланиб аниқланади.

Оғир БМШда оғирлик ҳолатини даврий баҳолаш дастлабки 3 кунда (4-6 соатда 1 марта ёки тез-тез), сўнгра 6-24 соатда 1 марта (чуқур седация шароитида) ком Глазго шкаласи (КГШ) бўйича онгнинг эзилишига мос келади: КГШ бўйича 9-10 балл – сопор (жабрланувчининг кескин тормозланиши, кўзни очиши, оддий буйруқларни бажариши), 8 баллдан паст – кома («уйғонмаслик», онгли ҳаракат ва мақсад сари йўналтирилган реакцияларнинг мавжуд эмаслиги). КГШ бўйича 3-5 балли онгнинг бузилиши 70% ҳолатларда ёмон оқибатдан дарак беради. Оғирлиги кам даражада бўлган шикастланишлар диагностикаси шошилиш текширув зарурлигини бекор қилмайди! Қўшимча равишда қорачиқ реакцияларига аҳамият бериш лозим, айниқса 1 мм ва ундан ошиқ аҳамиятга эга асимметрия, қотиб қолган қорачиқ – ёруғ нурга (фонар, ларингоскоп) таъсирланиш мавжуд эмас (1 мм дан ошиқ), орбита бузилиши, қуйидаги ҳодисаларнинг давомийлиги (дақиқаларда):бир ёки иккиёқлама қорачиқнинг кенгайиши, қорачиқнинг бир ёки икки ёқлама қотиши, қорачиқнинг (қорачиқларнинг)қотиши вакенгайиши. Соматик статус – АБ, ЮУТ, НОТ, нафас йўллариининг ўтказувчанлиги, газ алмашинуви бузилиши (пульсоксиметрия) назорат қилиш. Баҳолаш ёрдам кўрсатиш давомида (нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш, гемодинамикани барқарорлаштириш) тайёргарлик кўрган ходим томонидан седатив препаратларни киритишдан олдин амалга оширилиши лозим. Жароҳатнинг кўшилган ва комбинацияланган хусусиятлари (бошқа сегментларнинг шикастланиши, алкоғол хиди). Шок даражаси (ажратилган БМШ учун шок характерли эмас!). АБ пасайиши кўпинча оғир ташқи қон кетиши ёки кўшилга БМШ да кузатилади. Текшириш ечинтирилган беморнинг бутун танасини кўриқдан ўтказиш орқали амалга оширилади, оғзидан келаётган хид, шилинган жойлар, қонталашлар, бўғимлар деформацияси, кўкрак қафаси ва қорин шаклининг ўзгариши, кулоқ ва бурундан қон ва ликвор оқиб кетиши, уретра ва тўғри ичакдан қон кетишига аҳамият бериледи.

Мия эзилиши даражасини аниқлаш билан бир вақтда БМШ хусусияти (ликворея, бошда жароҳати мавжудлиги), ўчоқ симптомати каси (анизокория, парезлар, томир тортишлар), гипертензион-дислокацион синдром белгилари ҳам баҳоланади.

КГШ бўйича мия эзилиши < 9 балл бўлган ҳолларда, анизокория, артериал гипер тензия брадикардиябилан биргаликда жабрланувчининг оғир ва ўта

оғир ҳолатидан дарак беради.

Ташқи нафас олиш бузилишининг белгилари бўлиб пастки жағ ватил осилиши, кўкрак қафасида етарли экскурсия йўқлиги, оғиз-томоқда қон, ёт жисмлар ва ошқозон ичида моддаларнинг мавжудлиги, гиповентиляциянинг аускульта тив белгилари, цианоз, сатурация пасайиши ҳисобланади.

Қўшма жароҳатларда тегишли мутахассисларнинг мажбурий текшируви: абдоминал ва торакал жарроҳ, травматолог.

### **Асбоблар воситасида текшириш усуллари.**

#### **Мажбурийлари:**

- Касалхонага ётқизилганда ва динамикада Эхо-ЭС.
- Бош суяги икки проекцияда, умуртқанинг бўйин соҳаси, кўкрак қафаси, тос суяги ва зарурат туғилганда қўл ва оёқ суяқларининг рентген текширувлари. Умуртқанинг бўйин соҳаси рентгенографияси қўшилган БМШ ни инкор қилувчи дастлабки диагностик процедураларга кирази ва бу билан беморни транспорт воситасида ташиш ва манипуляция жараёнларидаги ятроген жароҳатлардан ҳимоя қилади.
- Қорин бўшлиғи, ретроперитонеал бўшлиқ ва кўкрак қафасининг ультратовуш текшируви (ультра товуш ускунаси ёқ бўлганда, лапоросентез амалга оширилади).
- Электрограмма учта стандарт VR, aVL, aVF ва олтига кўкрак йўлида.
- Кўкрак қафаси рентгенографияси.
- Бош мияни КТ қилиш БМШ билан жабрланганларни текширувдан ўтказишнинг мажбурий усули ҳисобланади.

**Бош мия КТ сани амалга ошириш протоколи.** Шошилиш тарзда ўтказиладиган КТ текширувига монелик қиладиган ўта беқарор марказий гемодинамика – систолик АБ 60 мм симоб устунидан пастлиги. Инфузион терапиянинг соатига 50 мл/кг дан юқори тезлиги ва вазопрессорларнинг ўзгармас инфузиясида. Агар бемор сопор ҳолати ёки комада бўлса, КТ дан 10 дақиқа олдин, шифохона ичида транспорт воситаси ёрдамида, текшириш вақтида ва ундан кейин 10-20 дақиқа давомида ЎСШ ўтказиш лозим. Инфузион те рапия ва вазопрессорлар киритишни транспорт воситасида олиб юриш ва КТ ўтказиш вақтида тўхтатилмайди.

Бош мия КТ қилиш ёрдамида қуйидагиларни аниқлаш лозим:

- патологик ўчоқ (ўчоқлар) мавжудлиги, унинг топикжойлашуви;
- унда гипер- ва гиподенсив соҳалар борлиги, уларнинг сони, ҳар бир тур ўчоғининг ҳажми (гипер- ва гиподенсив қисми) ва уларнинг см<sup>3</sup> ли умумий ҳажми;

- мия ўрта тузилмаларининг жойлашиши ва уларнинг силжиш (агар мавжуд бўлса) даражаси(мм да);
- таркибида ликвор мавжуд бўлган мия тизими ҳолати–церебровентрикуляр индекслари кўрсатилган қоринчалар катталиги ва ҳолати, қоринчалар шакли, уларнинг деформацияси ва бошқалар;
- мия цистерн ҳолати;405
- мия эгат ва ковакларининг ҳолати;
- суб ва эпидурал соҳалар оралиғи (нормада аниқланмайди);
- бош суяги асоси ва қубба суяклари тузилишларининг ҳолати (ёриқ, синишлар мавжудлиги);
- бурун бўшлиғи ўсимтасининг ҳолати ва ичидаги моддалар;
- бош суяги юмшоқ қопламлари ҳолати.

### **Қўшимчалари:**

- Даволаш тадбирларининг самарадорлигини динамик баҳолаш ва бош мия эзилиши омилларини истисно қилиш учун такроран нейрофизиологик текширув ўтказиш.
- Динамикада ЭХО-ЭС.
- Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси рентгенографияси.
- Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафасининг КТ.
- Касалхонага ётқизилганда ва динамикада окулист кўриги.
- Лапароскопия (лапароскопия мавжуд бўлмаганда – лапароцентез).
- Бронхоскопия (санация).
- Торакоскопия (торакоскопия мавжуд бўлмаганда – торакоцентез)

### **Лаборатория усуллари.**

#### **Мажбурийлари:**

- Вена қонида ге могоббин концентрацияси, эритроцит ва лейкоцитлар сони, лейкоцитар формула, гематокрит даражаси, глюкоза, мочевино, креатинин, билирубин, калий, натрий ва осмоляликни текшириш.
- Артериал қонда КИХ ни текшириш.
- Коагулограмма (ПТИ, ВСК).
- Умумий пешоб анализи.
- Қон ва пешоб таркибида спиртли ичимлик мавжудлигини текшириш.
- Кўкрак қафаси рентгенографияси.

#### **Қўшимча:**

- Қон ивиш вақти.
- Қон гурухи, Rh-фактор.
- Коагулограмма.
- Ёйилган биокимёвий қон анализи.
- Ичка органларнинг УТТ.

*Реанимация – жонлантириш бўлимида ётиш давомида ўтказилган ташхис тадбирлари протоколи:*

- Кунига бир марта–вена қони таркибидаги ге могобин концентрацияси, эритроцит ва лейкоцитлар миқдори, лейкоцитар формула, гематокрит даражаси, глюкоза, мочевино, креатинин, билирубин, калий, натрий ва осмолялликни текшириш.
- Кунига бир марта – артериал қондакислота-ишқор ҳолатини (КИХ) текшириш.
- 3 кунда бир марта–умумий пешоб таҳлили.
- 3 кунда бир марта– кўкрак қафасининг тўғри проекцияли рентгенографияси.
- 3 кунда бир марта–бош мия КТ (жароҳатдан кейин биринчи ҳафтада), кейин 7 кунда 1 марта.
- Касалхонага ётқизилгандан кейин 1 ва 3 кундан кейин, ҳатто олдинги текширувда патологик ўзгаришлар бўлмаса-да, қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви.

### **Қўшма жароҳатларда**

#### **Инструментал усуллар:**

- Бош миядан бошлаб чаноқ суякларигача тотал КТ.
- Ички органлар УТТ си.

#### **Дифференциал диагностика**

<b>Ташхис</b>	<b>Дифференциал диагностика учун асос</b>	<b>Текширувлар</b>	<b>Ташхисни истисно қилиш мезонлари</b>
Марказий асаб тизимининг экзоген ва эндоген захарланиши.	Онгнинг бузилиши ёки чалкашликнинг ўхшашлиги.	-	Касаллик тарихи, неврологик ҳолат, маҳаллий ўзгаришларнинг табиати, мия КТ си.
Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши	Бузилган онг, қон томин ходисаси натижасида мумкин бўлган шиастланиш.	-	Касаллик тарихи, неврологик ҳолат, маҳаллий ўзгаришларнинг табиати, мия КТ си.

## **4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси (касалхонадан олдинги босқич).**

Касалхонадан олдинги босқичда асосий вазифалар қуйидагилар:

- Жабрланувчи ахволининг оғирлигини тўғри аниқлаш.
- Умуртқа поғонасиси иммабилизация қилиш.
- Неврологик ҳолатни баҳолаш.

- Хаётий функцияларни баҳолаш (нафас олиш ва гемодинамик кўрсаткичлар), нафас етишмовчилиги ва/ёки аспирация синдроми, трахеяни интубация қилиш.

Агар юз ва/ёки бош терисида яра бўлса, асептик боғлам қўллаш.

- Соғлиқни сақлаш муассасиларига ташиш.

#### Асосий дорилар рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Далиллик даражаси
Наркотик бўлмаган аналгетиклар	анальгин 50%	Вена ичига ва мушак орасига	3B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Қусишга қарши дорилар	Метоклопрамид гидрохлорид	мушак орасига	3B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Қон тўхтатувчи дори воситалари	Этамзилат натрий 12,5%-2 мл	Вена ичига ва мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Сўвсизлантирувчи дори воситалари	- Магnezия сульфат 25% - 5,0+Новокаин 0,5% - 5,0 мл	Вена ичига ва мушак орасига	3B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Пешоб хайдовчи дори воситалари	Фуросемид 1%-2 мл	Вена ичига ва мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Тутқаноққа қарши дори воситалари.	Таблетка Бензонал 0,1.	ичишга	3B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition

***Касалхонадан олдинги босқичда жаррохлик амалиёти амалга оширилмайди.***

**Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

– жароҳатдан сўнг 6 соатдан ортиқроқ вақт давомида беҳушлик, англамаслик ҳолатининг юзага келиши, ҳаракатга келтирувчи кўзғалиш;

– пешона қисмидаги моддалар жароҳатланишида касалликни аниқлаш жароҳат биомеханикаси, бош суяги ичидаги гипертензия фониди психиканинг

ўзига хос ҳисобига амалга оширилади. Мия олд бўлинмалари шикастланиши белгилари. Краниография ботиб кирган синишлар ва бош суяги асосининг олд

қисмидаги суяклар тузилишидаги шикастланишларини объекти влаштиради. КТ жароҳат субстрати, унинг қисм ичида жойлашуви, перифокал шишнинг яққол ифодаланганлиги, стволнинг аксиал дислокацияси ва бошқа белгилар ҳақида мукамал маълумот беради;

– ҳаётий муҳим функцияларнинг оғир бузилишлари, гипертензия;

– неврологик статусда ствол симптоматикаси кузатилади: кўз соққаларининг сузувчи ҳаракатлари, қараш парези, нистагм, ютум бузилиши, кўз соққаларининг горизонтал ва вертикал бўйича фарқланиши; децеребрал ри гидлик, пай рефлексларининг эзилиши, икки ёқлама патологик белгилар; парезлар, оёқ-қўллар фалажланиши, орал автоматизми рефлекслари, фокал томир тортишадиган тутқаноқлар юзага келиши мумкин; симптоматиканинг камайиши бир неча ойларга чўзилади;

– КТ да–миянинг бирхил бўлмаган қалинлик кўринишидаги ўчоқ шикастланишлари; бу соҳалар аста-секин камаяди, 40 кунгача сақланиб туради.

**6. Касалхона даражасида даволаш тактикаси:**

Қатъий ётиб даволаш режими. 12-стол

1. Гемостатик терапия: (50 ёшдан ошган беморларга препарат буюрилмайди).
2. Дегидратацион терапия.
3. Седатив терапия.
4. Ноотроп терапия.
5. Мия қон айланишини яхшиловчи препаратлар.
6. Қусишга қарши препаратлар.
7. Антикоагулянт терапия.
8. Тутқаноққа қарши терапия.
9. Антиагрегант терапия.

10. Кальция антогонистлари.

**Жароҳат яраси мавжуд бўлганда:**

1. Антибиотикотерапия:

• Кенг спектрли таблетка ёки инъекция кўринишидаги таъсирчан антибиотиклар, кейинчалик бак посевни ҳисобга олиб.

2. Қоқшолга қарши анатоксин -1 стандарт дозада;

3. ПСС-1 стандарт дозада;

4. ПГС-1 стандарт дозада.

**Стандарт мониторинг.**

АБ, ЮУТ назорати ҳар 5 минутда, кўрсаткичлар бўйича ва гемодинамиканинг беқарор кўрсаткичларида амалга оширилади. Даволаш-диагностика жараёни давомида АБ, ЮУТ, пульсоксиметр ёрдамида қон сатурацияларининг доимий мониторинг қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

**Мониторингнинг тавсия қилинаётган асосий ҳажми:**

– ЭКГ монитор режимида (кўрсаткичлар бўйича ST-сегмент таҳлили);

– Инвазив бўлмаган АБ ва дискрет ЮУТ. Асбоблар мавжуд бўлганда – гемодинамиканинг инвазив мониторинги (жабрланувчи қанчалик оғир бўлса,

инвазив мониторинг шунчалик зарур!);

– доимий режимда пульсоксиметрия;

– КИХ назорати камида кунига 1 марта;

– доимий режимда термометрия;

– МВБ ни дискрет режимда аниқлаш (кунига камида 4 марта);

– Нафас олиш мониторинги: НОТ, аускультация, пульсоксиметрия, краниография, нафас олиш контуридаги босим.

**Нейромониторинг:** БМШ оғир шаклига мос терапия билан таъминлайди.

**Инвазив:**

– БСИБ датчигини стандарт методика бўйича ўрнатиш. Датчик туринитанлаш (паренхиматоз, эпидурал, вентрикуляр) нейрохирургнинг техник ва

мануал имкониятлари билан аниқланади;

– вентрикуляр дренаж ёки люмбал (цистернал) пункциядаги (паст босим манометри ПБМ -01 – тритон электроникс) босим манометрияси.

**Инвазив бўлмаган (интракраниал гипертензия).**

Клиник белгилари:

– кўз туби;

– ствол тузилишларининг ўсувчан дислокация белгилари;

– англаш даражасининг ошиб борувчи эзилиши;

- нейрофизиологик;
- махсус методика бўйича транскраниал доплерография (ТКДГ) динамикада БСИБнинг яриммиқдорийбаҳосини беради;
- электроэнцефалография (ЭЭГ) мониторинг режимида: англаш даражасининг дифференциал диагностикаси ва мия сесканма фаоллиги паттернлари диагностикаси.

### **Таянч терапияси.**

#### **Нормогликемия:**

– Гликемияда глюкоза миқдори 7 ммоль/л дан оширмай ушлаб туришга ҳаракат қилиш керак.

– Номаълум қанд даражаси ва этиологияси номаълум эзилган англаш даражаси ҳолатида венага болвос 20-40 мл 40% глюкоза берилади, марказий

вена орқали юбориш афзалроқ.

– Глюкоза миқдори 10 ммоль/л ваундан юқори бўлса, дарҳол тери остига 4-8 ЕД инсулин юбориш, кейинчалик 2-3 кун давомида гликемия даражасини 4-6 марта мониторинг қилишни амалга ошириш лозим.

БМШ да шикастланиш соҳаси ўлчами ошади, бу эса функционал неврологик дефицитни ёмонлаштиради ва пировард натижада инсулт юз беради. Агар қондаги глюкоза миқдори номаълум бўлса, БМШ билан жароҳатланган беморга глюкоза юбориш мумкин эмас. Этиологияси ноаниқ эзилган онг ҳолатида кам учрайдиган гипогликемия ҳодисалари истисно қилинади.

#### **Йирингли-септик асоратлар профилактикаси.**

Йирингли-септик асоратларни (ЙСА) профилактикаси ва даволаш учун патоген флора контаминациясини олдини олиш учун йўналтирилган чоратадбирлар тизими вариационал антибиотикотерапия қўлланиши лозим.

Ёпиқ кўринишдаги БМШ лардаантибиотикларни профилактик жиҳатдан тайинлаш тавсия этилмайди. Ташҳисланган инфекцияли асоратларда антимикроб кимётерапияга мурожаат этилади. Эмпирик АБТ усулда инфекция жараёни ўрнини аниқлашва аниқ бўлимдаги кўзгатувчиларнинг антимикроб препаратларга чидамлилиги вазияти аниқланади. Мақсадли терапия ўтказиш учун кўзгатувчи ва унинг АБП га резистентлик фенотипини идентификация қилишга ҳаракат қилиш керак.

Ушбу туркумдаги жаароҳатланганларда ЙСА нинг энг кўп учрайдиган кўринишлари трахеобронхит, пневмония, цистит, пансинусит, юмшоқ тўқималар инфекцияси, менингоэнцефалит (вентрикулит)лардир.

ЙСА антимиқроб терапиясининг асоси бўлиб аниқ жонлантириш ва интенсив терапия бўлимларининг микробиологик мониторинги натижаларига кўра рационал антибактериал терапия хизмат қилади. «Кенг спектр»даги антибиотиклардан назоратсиз фойдаланиш мумкин эмас. Аспирацион синдромли исботланган БМШ нинг очик кўринишида антибиотиклар профилактика мақсадида тайинланади.

Жароҳатлардан кейинги менингитларни даволашда ҳаётий кўрсаткичлар Бўйича микробларга қарши замонавий воситалар: III авлод аминогликозидлари, ванкомицинни интратекал юборишга асосланган. Бунда етакчи роль қуйидаги профилактиктадбирларга ажратилиши керак: ИТЖБ да санитария-эпидемиологик режим, сифатли ўтказилаётган парвариш тадбирлари, бир мартали сарф материаллари билан етарлича таъминланганлик, жабрланганларни ривожланаётган ЙСА ва бошқалардан ажратиш.

### **Тутқоноқга қарши терапия:**

– Тутқоноқга қарши препаратлар интен сив терапия схемасига киритилиши керак;

– Тутқоноқларни йўқотишни венага препарат юборишдан бошлаш лозим. Бундай препаратларнинг венага юбориладиган шакли мавжуд бўлмаса, препарат ошқозон зонди орқали киритилади;

– бензодиазепинлар (2-даража) 10-20 мг (0,2-0,5 мг/кг) вена ичига тутқоноқни йўқотиш учун, кейин такроран 10 мг венага (2-даража);

– вальпрой кислотаси, кунига 5-15 мг/кг (600 мг) ЭЭГ да тасдиқланган патология бўйича ёки (3-даража);

– фенобарбитал, кечасига 0,2 г (4-даража);

– Тутқоноқ хуружлари серияси ёки эписта тусда – стандарт протокол.

БМЖнинг ўткир даврида тутқоноқнинг барвақт хуружлари ривожланиш хатари юқори бўлган жабрланувчиларга томир тортишига

қарши препаратлар (фенитоин ва карбамазепин) тавсия қилинади. Хатар омилларига қуйидагилар киради: контузия ўчоқлари қобиқлари мавжудлиги, бош суягининг ботиб кирган синишлари, бош суяги ичидаги гематомалар, ёриб кирган БМЖ, жароҳатланишдан кейинги 24 соатда томир тортиш хуружи ривожланиши. Миорелаксантлар томир тортиш препаратларига киритилмайди. Улар фақат томир тортишнинг мушак компонентини йўқотади ва вақтинча беморни ЎСШ аппарати билан синхронлаш зарур бўлганда ишлатилади. Тутқоноқлар албатта йўқотилиши лозим ва қанча тез бўлса, шунча яхши. Шу сабабли, монотерапия самарасизлигида антиконвульсантлар комбинациясини қўллаш лозим. **Нутритив ёрдам:**

- нутритив ёрдам даволашнинг мустақил ва ажралмас компонентиدير;
- энтерал усул афзал ҳисобланади;
- энтерал озиклантиришни жароҳатланишдан сўнг биринчи 24-28 соат ичида бошлаш тавсия этилади;
- парентерал ёки аралаш озиклантиришни нутритив ёрдамнинг энтерал усулини қўллаш имкони бўлмагандаги чора сифатида қабул қилиш керак;
- энергияга бўлган ўртача талаб – 25-35 ккал/кг, яъни бу кунига ўртача 2100-2500 ккал дегани.

Энтерал нутритив ёрдам бериш учун қуйидагилар асос бўлади:

- узайтирилган ЎСШ (48 соатдан кўпроқ);
- КГШ бўйича англаш даражаси 11 баллдан камроқ;
- онгнинг сифатли бузилишлари – психомотор кўзғалиш, не гативизм, пешона психикаси, вегетатив ҳолат, менингеал синдром;
- бульбар синдром;
- мустақил нормал озикланиш имконини бермайдиган яққол ифодаланган астения;
- нормал бўлмаган мустақил озикланиш – оқсил ва суюқликка бўлган талабнинг 30%дан кам бўлиши;
- гипопропротеинемия 60г\л дан кам ва ёки гипоальбуминемия 30г\л дан камроқ.

### **Нутритив ёрдам кўрсатишга қарши ҳолатлар:**

- рефрактер шоки;
- нутритив ёрдам кўрсатишга муҳитларнинг мос келмаслиги;
- йўқотиб бўлмайдиган оғир даражали гипоксемия;
- яққол ифодаланган иповолемиа, декомпенсацияланган метаболик ацидоз;
- шубҳасиз нохуш прогноз (кома III).

Энтерал ёрдамни бошлашдан олдин ошқозонни тозалаш тавсия қилинади. Озиклантириш учун минимал етарли ўлчамдаги назо- ёки оро- гастрал зонд ўрнатилади.

Нутритив ёрдам кўрсатишни бошлаш баланслашган лактозасиз озиклантирувчи аралашмалар билан синовли озиклантириш усулида амалга оширилади.

Озиклантириш гастрал вариантга паретикага қарши терапия самарасизлиги 2 кундан ортиқ давом этганда – Трейц пайи ортига назоеюнал зондни эндоскопик равишда ўрнатилади (20-30 см).

Узоқ муддат 4 ҳафтадан ортиқвақт давомида энтерал зонд орқали

озиклантириш зарур бўлганда – гастростомия (тери орқали эндоскопик вариант сифатида).

Нутритив ёрдам кўрсатишда қуйидагиларни аниқлашни ўз ичига олувчи мониторинг зарур бўлади:

- қон зардоби альбумини 2-3 кунда 1 марта,
- қон зардоби умумий оқсили 2-3 кунда 1 марта,
- пешоб билан бирга азота йўқотиш 2-3 кунда 1 марта,
- қон лимфоцитлари (гиперлейкоцитоз ҳолатларидан ташқари),
- тана массаси 5-7 кунда 1 марта.

### **Нейротропли доривор терапия:**

- бирор препаратнинг самарадорлигини исботловчи база мавжуд эмас;
- магний сульфат – кунига 10-40 г – даволанишга ётқизгунча бўлган пайтдан бошлаб, ўткир церебрал етишмовчиликнинг ҳар қандай кўринишида

ўтказилган дифференциацияланмаган асосий терапия компоненти;

- магний сульфат: 20 мл 25% эритмасини (5 г) венага 15-20 минут давомида юборилади, кейин венага соатига 1 г тезликда, гипо тензияга йўл қўймай

инфузия юборилади. Инфузия давомийлиги – БСЖнинг ўртача оғир ўтишида

24 соат, оғир ўтишида 48 соат.

Ҳозирги пайтда миянинг функционал ҳолатига таъсир кўрсатувчи («метаболик, нейротроп, медиаторли») махсус дори-дармон терапиясининг

қўлланиши оғир БМЖнинг ўткир даврида мавжуд бўлган тавсия протоколларининг бирортасига ҳам киритилмаган.

### **Ошқозоннинг стрессли шикастланиши профилактикаси.**

Оғир бош суяги – мия жароҳати ошқозон яраси стресси ҳосил бўлишининг олдини олиш учун абсолют кўрсаткич ҳисобланади. Бунинг учун протон насос ингибиторлари; H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторлар; антацид ва гастропротекторлар; эрта энтерал озиқланишлар фойдаланилади.

ОИТ яраси ўткир стрессининг ривожланиши омили бўлиб 48 соатдан ортиқроқ ЎСШ, коагулопатия, ўткир жигар етишмовчилиги, яққол ифодаланган артериал гипотензия, сурункали буйрак етишмовчилиги, алкоголизм, глюкокортикоидлар билан даволаш, узок муддатли назогастрал интубация ҳисобланади. Протон насоси ингибиторларининг самарадорлиги H<sub>2</sub>- гистаминоблокатор-ларникидан юқори.

ОИТ нинг ўткир яра ва эрозияларидан қон кетишида H<sub>2</sub>-блокаторларнинг тайинлашнинг фойдаси йўқдир.

Ёши 65 даношган беморларга кардиаласоратлар юзага келиш эҳтимоли сабабли H2-гистаминоблокаторларини тайинлаш номаъқулдир.

### **Чуқур веналар тромбози ва ЎАТЭ профилактикаси.**

Паст молекуляр кўринишидаги (фраксипарин, клексан, фрагмин) ёки юқоримолекуляр гепарин кўринишидаги нотекис антикоагулянтлар бош суяги ичидаги гематома ва мияни геморрагик озиклантириш участкаларининг катталаниши мавжуд бўлмаганда, жароҳатлангандан сўнг 3-5-кундан бошлаб юборилади.

Терапия ҚИВ, ФҚТВ, ОТИ назорати остида ва периферик қон тромбоцитлари миқдорида ўтказилади. Паст молекуляр гепаринлар юбориш афзалроқ, чунки унда геморрагик асоратларнинг такрорланиши камроқ бўлади.

### **Бош суяги ичидаги гипертензия терапияси.**

#### **1 – босқич.**

#### **Бош учининг ҳолати.**

– Бош учи 15-30°га кўтарилган бўлиши керак, энгак ўрта чизик бўйича белгиланган. Ушбу ҳолатни доимо текшириб туриш лозим, айниқса манипуляциялардан кейин (трахеобронхиал дарахт санацияси, тўшақда айланишлар ва ҳоказо).

Бош учини кўтаришнинг маъноси қуйидагилардан иборат:

- Венадан оқиб чиқишни оптималлаш ҳисобига БСИБ ни пасайтириш.
- НЧОИБ (нафас чиқаришнинг охирида ижобий босим)нинг гипертензион таъсиридан ҳимоялаш.
- Каротид артериялар даражасида ўрта артериал босимни камайтириш, бу вазоген шиш ривожланишини инкор қилади.

#### **Седация.**

– Бензодиазепинлар 10-20 мг венага, 4-6 соатдан кейин. – Чуқур седация (интубация керак!):

1. Фентанил 1-2 мл. венага соатига
2. Пропофол.
3. Барбитуратларнинг кичик дозалари (100 мг 4 соатдан кейин).

– Седация мақсади – «метаболикором» яратиш, бу шикастланиш ўчоғи пайдо бўлаётган шароитда кучайган микро циркуляция соҳасини камайтириши мумкин.

Седация таъсирлари:

- ҳаяжон, хавотир, кўрқувни чиқариш;
- энергетик сарфларни қисқартириш;
- бемор талаблари асосида ЎСШ гамослашишни енгиллатиш;
- организмнинг стрессли таъсирланишларини камайтириш ;

– психомотор қўзғалишни йўқ қилиш;

– томир тортиши профилактикаси.

Фармакологик релаксацияланган беморларда седациянинг фойдали мослик кўрсаткичи бўлиб эндотрахеал найча қўзғатилишига жавобан пульс реакцияси ёки артериал босимнинг мавжуд эмаслиги ҳисобланади.

### **Нормотермия.**

– Совутишнинг жисмоний усуллари (маги страл томирлар соҳасига музли халта қўйиш). Нормотермиянинг  $36-36,6^{\circ}\text{C}$  ли аппарат таъминоти анъанавий чораларга рефрактер бўлган оғир боқичдаги диэнцефал синдромда қўлланилади. Температуранинг  $1$  градусга кўтарилиши мия мета болизмини  $7\%$  га кўтарилишга олиб келади, бу эса метаболик тинчлик ҳолати яратишга қаратилган терапия шароитида ғоят номақбулдир. Гипотермиянинг  $t = 36^{\circ}\text{C}$  ҳароратидаёқ нейропротектив натижани тасдиқловчи маълумотлар бор.

### **Аналгезия.**

Наркотиква наркотик бўлмаган анальгетикларнинг турли комбинациялари, шу жумладан ЎСШ да синхронизацияни енгиллатиш учун. Қўшма (суяк парчаларининг репозицияси ва бошқалар) жароҳатда ноцицептив оғриқ соҳаларининг жарроҳлик коррекцияси. Хуши ўзида бўлган беморда – наркотик бўлмаган ва нестероид анальгетикларни (анальгин, диклофенак ва ҳоказо) симптоматик қўллаш.

### **Респираторли терапия.**

Иккиламчи ишемик шикастланиш профилактикаси учун ўпкани ёрдамчи шамоллатиш мақсадга мувофиқдир. БМЖ да ЎСШ нинг асосий вазифалари

артериал қоннинг адекват оксигенацияси ( $\text{PaO}_2 > 80$  мм симоб устуни,  $\text{SpO}_2 > 95\%$ ) ва нормақапнияни ( $\text{PaCO}_2 - 35-40$  мм симоб устуни) ҳолатларда ушлаб туриш ҳисобланади. Респираторли ёрдам режимини танлаш жабрланувчи ҳолатининг оғирлик даражаси, нафас олиш даражасининг ифодаланишига боғлиқ бўлади.

Ёрдамчи шамоллатиш параметрларини танлаш ва жабрланувчини респиратор билан максимал синхронлаш (шу жумладан, седатив препаратлар ва анальгетиклар ёрдамида) жуда муҳимдир.

Нафас олиш контуридаги энг баланд, ўрта ва яқуний босимларни имкон борича пасайтиришга интилиш лозим. БСИГ белгилари бор бўлса нафас чиқариш охиридаги ижобий босимдан (НЧОИБ) жуда эҳтиёткорлик билан фойдаланиш, нафас олишнинг нафас чиқаришга тескарисига ағдариладиган

нисбатини қўллашдан сақланиш лозим.

Ўпканинг баро, волю, био ва ателекто жароҳатлари профилактикаси учун «openlungrest» (ўпкалар очик ва дам олаяпти) тамойилларидан фойдаланилади: НЧОИБ – 5-10 см, лекин нафас олиш чўққисидаги босим(РПИК)- 20 см H<sub>2</sub>O дан катта эмас, шунингдек ўпкани рекрутлаш мажбурий маневрлари бажарилади (вақти-вақти билан оширилган нафас олиш ҳажмларидан фойдаланиш ёки НЧОИБ ни ошириш). Мия ишемияси ва гипоксияпрофилактикаси учун респиратор контурни ажратиш билан боғлиқ барча манипуляциялар 100%ли кислород иштирокида пре ва постоксигенация билан биргаликда олиб борилади. Трахеобронхиал дарахт санацияси (оддий ва бронхоскопик) қисман ажратилган контурда амалга оширилади. Мия эзилиши қанчалик чуқур бўлса, санация эпизодлари

шунча қисқа муддатли бўлиши керак.

### **Инфузион терапия:**

– периферик венани суюқликни жилдиратиб юбориш имконини берадиган катетерли канюлизация қилиш;

– магистрал веналар катетеризацияси томирга киришни таъминлашнинг бошқа имконияти мавжуд бўлмаганда ва фақат анестезиолог-реаниматолог

томонидан амалга оширилиши мумкин;

– инфузия 500 мл 0,9% ли NaCl эритмаси (барқарор АБ да тезлиги 1 мл/минутдан ошмаган ҳолда);

– АБ нинг 120 мм дан кам симоб устунида – 1000 мл гача жилдиратиб + 500

мл коллоид препарат. Гиповолемия церебрал перфузия оғирлашишига олиб

келади ва мия ишемик шикастланишининг чуқурлашишига имкон туғдиради;

– 10 минут давомида натижа бўлмаса– инотроп ёрдам. Танланадиган препарат суюлтирилган дофамин (400 мл га 400 мг), АБ назоратида томчилатиб;

– гипоосмоляр эритмалар ман этилган (глюкозанинг 5%ли эритмаси). Синтетик плазма ўрнини босувчилардан фойдаланиш мумкин. Ҳолат барқарорлашганда инфузия тезлиги ўртамиёна бўлиши керак;

– ҳозирги пайтда қон препаратлари ёрдамида коррекция қилишни талаб этадиган БМЖ ли оғир беморлардаги анемия даражаси ҳақида исботли маълумотлар йўқ.

Оғир БМЖ нинг энг ўткир даврида бўлган беморларда шартли чегара деб гемоглобиннинг 100 г/л ли концентрациясини ҳисоблашади;

– Нормотоник учун АБ нинг 200 мм симоб устунигача бўлган симптоматик кўтарилишига йўл қўйилмайди. АБ белгиланган чегарадан ўтиб кетса,

БСИБ ни пасайтирадиган препаратлар (масалан, бензодиазепинлар, барбитуратлар) ҳисобига седация ва аналгезиянинг чуқурлашиши физиологияга кўпроқ мосдир;

– гипотензия МНТ шикастланишининг мустақил омили ҳисобланади. Вазопрессордан (инотроп ёрдам) фойдаланишни кечиктирмаслик тавсия этилади. АБ нинг маъқул даражаси–мос ёш тоифаси учун нормалдан 25-30% юқори.

– 1 – кун инфузион терапия ҳажми кунига 30 мл/кг дан кам бўлмаслиги керак.

Инфузион терапия таркибига одам альбумини препаратларини қўшиш оғир БМЖ хотимасида кўринарли даражада устунлик кўрсатмади!

Қон плазмасидаги осмолярлик ванатрий концентрациясини назорат қилиш

лозим. Қон плазмасида ҳақиқий осмолярликни ўлчаш мақсадга мувофиқдир. Керакли аппаратуралар мавжуд бўлмаганда плазманинг ҳисобланадиган осмолярлигини аниқлаш мумкин (усул гиперосмоляр эритмалар терапияси қўлланганда паст сезгирликка эга). Осмолярликнинг паст қийматлари ва қон плазмаси таркибидаги Нани ўсиш тарафига коррекция қилиш лозим.

## **2-босқич.**

### **Дегидратация.**

– Дегидратация гиповолемиyani тақозо қилмайди (енгил гиперволемиа афзалроқ).

–  $>320$  ммоль/л осмолярликдаёки САБ $<90$  да тугатиш лозим.

### **Маннит.**

– Таъсир давомийлиги 6-9 соат.

– Дозаси 0,5 – 1 г/кг 15 – 30 минутда (шошилинич), яхшиси 0,25 г/кг ҳар 6 соатда, 1 кунга максимал 200 г (резистент гипертензияда).

– Маннит-тест: агар 0,2 г/кг юборилганидан 1 соат кейин 40 мл дан кам бўлмаган пешоб ажралса – даволашхавфсиз.

**$<320$  осмолярликда қўллаш 3 кундан ошмаслиги лозим!**

### **Қарши кўрсатмалар:**

– Буйрак етишмовчилиги.

– Осмолярлик  $> 310$  ммоль/л.

– Гипергликемия.

– 3-даражали семизлик.

- Умумий сувсизланиш.
- Декомпенсацияланган юрак етишмовчилиги.
- Гипернатриемия (154 ммоль/л дан кўп).

#### **Асоратлар:**

- Сувсизланиш билан бирга гематокритнинг ошиши.
- Ўткир буйрак етишмовчилиги.
- Ацидоз.
- Гипокалиемия.
- Орқага қайтиш ҳодисаси (гематоэнцефал тўсиқ шикастланганда).

#### **Асоратлар профилактикаси учун:**

- Ректал йўлни танлаш.
- Гематокрит назорати.
- Таркибида калийли эритмалар юбориш.

#### **Гипертоник эритма:**

- 3% –10% (7,5%) 100 мл венага, кунига 5 марта.
- Миянинг эвуленик гиперосмоляр статусини тутиб туради.
- Операциядан чиққан беморларда ҳам жароҳат дислокациясини камайтиради, инсультда ҳам қўллаш мумкин.
- Миянинг икки яримшарини ҳам бир текис дегидратация қилади.
- Мия шикастланишига жавобан яллиғланиш пайдо қилади.

#### **Фуросемид:**

- 10 – 20 мг венага, ҳар 6 соатда, >320 ммоль/л осмолярликда ва >150 ммоль/л гипернатриемияда.
- Маннитли синергизмга эга.
- Орқа мия суюқлигини ҳосил бўлишини секинлаштиради.

#### **Гипервентиляция (ГПВ).**

##### **Кўрсаткичлар:**

- Транспортда олиб юриш босқичида.
- Дислокациянинг яққол белгиларида кўрсатилган.
- Оғриққа патологик реакцияда.
- Ошиб борувчи мидриазда.
- Оннинг ўсиб борувчи эзилишида.
- Ликвордренаж, осмоотерапия натижасизлигида, бироқ  $p\text{CO}_2$  32 мм симоб устунидан паст эмас (бунда ишемия профилактикаси учун ТКДГ зарур).
- Бош суяги ичидаги босим ошиши фонида аҳоли иккинчи бор ёмонлашаётган ва дислокацион синдромли (4 даража) беморларга гипервентиляция (ГПВ) қўллаш мумкин.

– Ортиқча вазоконстрикция мия қон айланишининг бузилган ауторегуляцияли соҳалари ишемияга олиб келиши мумкин, агарэкстракция O<sub>2</sub> компенсаторли ошмаса.

### **ГПВ нинг салбий таъсирлари:**

- Томир тортиш фаоллиги чегарасининг пасайиши.
- Алкемия ва кислороднинг гемоглобинга яқинлигининг ошиши.
- Мия қон айланиши ауторегуляциясининг бузилиши.
- БСИБ нинг парадоксал ошиши.
- CO<sub>2</sub>

нинг 30 мм симоб устунигача камайишида БСИБ 30 секунддан кейин максимум 8-10 минутда 25-30%га пасаяди. Натижа 1 соатгача сақланади. Нормокапнияга ўтиш аста-секин бўлиши керак (ўртача 4-6 соатда), орқага қайтиш натижасидан сақланиш учун.

### **Гипотермия:**

- 35-36°C гипотермияни таъминлаш.

### **Асоратлар:**

- Юракдан қон отилишининг камайиши.
- Аритмия.
- Тромбоцитопения.

### **Инотроп кўмак:**

– Инфузион терапия самарадорлиги етарли бўлмаганда адекват МПБ (>70 мм симоб устун)га эришиш учун симпатомиметиклар (допамин, адреналин, норадреналин, мезатон) қўлланилади. Одатда мезатонни допамин билан биргаликда қўллашади.

– Барча симпатомиметиклар полиурияни индукциялаши мумкин (беморда норма ёки гиперволемия бўлса). Диурез тезлиги 2-5 марта ошиши ва 200-400

мл/соат га етиши мумкин, бу эса инфузион терапия тезлигини мос равишда

оширишни талаб этади.

– Артериал гипертензия БСИГ ва бош миянинг эзилишига жавобан ривожланувчи компенсаторли реакция ҳисобланади. БСИБ ошганда ўртача

АБ нинг пасайиши бош мия МПБ сининг пасайишига олиб келади, пасайиш

қиймати 1- ва 2-босим фарқига тенг.

– МПБ нинг маъкул даражаси 70 мм симоб устунидан кам эмаслиги ўртача

АБ даражасини 100 мм симоб устунидан кам, систоликАБ ни эса 140- 150 мм симоб устунидан кам бўлмаслигига олиб келади.

– Артериал гипертензияни қўллаш учун симпатомиметиклардан фойдаланиш (юқорига қаранг) церебрал перфузион босим сақланишига (Рознер концепцияси) сабаб бўлади ва шу йўл билан БСИГ ривожланишига монелик қилади.

### **3-босқич.**

«Чорасизлик терапияси» қарорини қабул қилиш консилиуми таркиби: не вролог, реаниматолог, нейрофизиолог, беморни олиб юриш мумкин эмаслиги асосида седациядан ташқарида неврологи к статусни баҳолашдан кейин нейрохирург. Барча санаб ўтилган усулларнинг самарасизлигида БСИБ назоратининг узоқ муддатли, «барбитур комаси» ва ўрта миёна гипотермия, усулларини қўллаш имкони муҳокама қилинади. Бу «агрес- сив» усулларни қўллаш фақат абсолют кўрсаткичлар асосида (бошқа усуллар билан назорат қилинмайдиган БСИГ синдроми, хирургик муаммолар йўқлиги, шу беморни даволашда қатнашаётган врачларнинг консолидацияли розилиги) ва улардан фойдаланиш усуллари тавсияларига қатъий риоя қилиб амалга оширилади. Бу усуллардан фойдаланишда ЭЭГ-мониторинг, шунингдек, АБ ни инвазив ўлчаш мақсадга мувофиқ бўлади. Марказий гемодинамика кўрсаткичлари беқарор бўлганда ИТТ (нормоволемиа) ҳажмини кенгайтириш, шунингдек инотрап кўмакдан фойдаланиш (Протоколнинг тегишли бўлимини қаранг).

### **Барбитур комаси.**

«Барбитур комаси» протоколи.

- Тиопенталнинг юбориш дозаси – 3-5 мг/кг, венага, 10 минутда.
- Инфузия соатига 5 мг/кг 24 соат учун.
- Клиниктаъсирийеки ЭЭГ – назорат («ЭЭГ- сукут сақлаш») бўйича дозани титрлаш.
- 24 соатдан сўнг – кумуляция – дозани 2,5 мг/кг/соатгача пасайтириш.
- 48 соатдан сўнг– инфузияни тўхтатиш.
- Агар патологикмушак феноменлари тикланса – вазиятга қараб пропофол 5-10 мг/кг/минут.
- Неврологик статус инфузия тўхтагач (плазмадаги концентрация назорати мақсадга мувофиқ), 24 соатдан сўнг баҳоланади. Барбитуратлар кардиотоксик таъсирининг профилактикаси учун коллоидларнинг кичик дозаларини дофаминга қўшиб(2-4 мкг/кг/мин) юбориш тавсия этилади.
- «Барбитур комаси» услубидан фойдаланганда неврологик статусни

босқичма-босқич баҳолаш мақсадида препарат юборишни БСИГ синдроми

тўлиқ йўқотилмагунча тўхтатмаслик керак.

– Болюсли юбориладиган тиопентал 250-500мг турдаги қисқа таъсирли барби туратлардан фойдаланишни тез ва анча пасайтириши мумкин, лекин бу таъсир қисқа ва фақат ўткир критик ҳолатда қўлланиши мумкин.

– Барбитуратларнинг асосий таъсири – миянинг O<sub>2</sub> (3 даража)га бўлган талабини пасайтириш, хужайра ичидаги кальцийни камайтириш, лизосомал стабилизация (4 даража). Барбитуратлар билан даволашбош суяги ичидаги босим, электроэнцефалограмма (ЭЭГ) ва гемодинамик параметрлар назоратини талаб қилади, чунки симпатик тонус пасайиши, периферик вазодилатация ва миокардиал депрессия ҳисобига артериал босимнинг сезиларли даражада пасайиши рўй бериши мумкин. Волемия ва симпатомиметик кўмак адекват ушлаб турилишига қарамай гемодинамиканинг эзилиши 50% беморларда кўрилади.

– Протокол бажарилганидан сўнг статусни баҳолашда ижобий натижа мавжуд бўлмаса – 75% ҳолатларда нохуш оқибатлар келиб чиқиши мумкин.

#### **4-босқич.**

БСИБ назоратининг охириги усули сифатида одатда максимал шикастланиш томонида (шиш томонда) бажариладиган кенг декомпрессив трепанация ҳисобланиши мумкин.

#### **Ликворни дренажлаш методикаси.**

Ушбу усул травмадан кейинги гидросефалия ривожланишида қўлланилади, аммо мия суюқлиги кўрсаткичлари вентрикулоперитонеал шунтни ўрнатишга мос келмаса. Бундай ҳолларда, узоқ муддатли люмбал дренажни ўрантиш билан люмбал пункция қилиш тавсия этилади, шу туфайли кўтарилган БСИБ камаяди.

#### **Жаррохлик амалиёти бажариладиган беморлар учун.**

– Операция олди тайёргарлиги – қон гуруҳини аниқлаш, коагулограмма, қоннинг умумий таҳлили – гемоглобин, эритроцитлар, тромбоцитлар.

– Анестезия шакли – умумий интубацион наркоз.

– Операция қилиш усулини танлаш.

**Енгил даражали лат ейишлар** фақат консерватив даволанади.

Жадвал 1.

**Енгил мия лат ейиши даволаниши учун зарур бўлган дорилар рўйхати**

<b>Фармакотерапевтик гурух</b>	<b>Дори воситасининг ХПН</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>Далиллик даражаси</b>
Гемостатиклар	Этамзилат натрия 12,5% - 2,0мл	Вена ичига ва мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Дегидратацион дорилар	- Фуросемид 1% – 2,0мл - Магнезия сульфат 25% - 5,0мл+Новокаин 0,5% - 5,0 мл - Медицинский глицерин 1 чой қошиқдан	Вена ичига ва мушак орасига  Ичкарига peros	2 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Наркотик бўлмаган аналгетиклар	Анальгин 50% -2,0 мл	Мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Қон томир дори воситалари	Винпоцетин 5,0 мл	Вена ичига томчилаб	2 A Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Қушишга қарши дори воситалари	Метоклопрамид гидрохлорид 2,0 мл;	Мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Тутқоноқга қарши дори воситалари	Таб. Бензонал 0,1	Ичкарига peros	3 B A Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition

**Миянинг ўрта даражали лат ейишларида**, одатда, жарроҳлик йўли билан даволашни талаб қилмайди.

**Бош миянинг оғир даражали лат ейишларини консерватив даволаш учун кўрсатмалар:** 1) жабрланувчининг субкомпенсация фазасида бўлиши;

2) КТ маълумотларга кўра мажақланиш ўчоғи ҳажми чаккага -30 см<sup>3</sup> дан кам

ва пешонага – 50 см<sup>3</sup>

дан камроқ; 3) миянинг ён (ўрта тузилмаларнинг кўчиши

3-5 мм дан катта эмас) ва аксиал (тўлиқ ёки қамровчи цистернанинг сезилмас даражадаги деформацияси) дислокациясининг яққол ифодаланган КТ белгилари [3,4,5].

**Бош мия лат ейишининг ўрта оғир турида даволаниши учун зарур бўлган дорилар рўйхати**

<b>Фармакотерапевтик гуруҳ</b>	<b>Дори воситасининг ХПН</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>Далиллик даражаси</b>
Гемостатиклар	Этамзилат натрия 12,5% - 2,0мл	Вена ичига ва мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Дегидратацион дорилар	- Фуросемид 1% – 2,0мл - Магnezия сульфат 25% - 5,0мл+Новокаин 0,5% - 5,0 мл - Медицинский глицерин 1 чой қошиқдан	Вена ичига ва мушак орасига  Ичкарига peros	2 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Наркотик бўлмаган аналгетиклар	Анальгин 50% -2,0 мл	Мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Қон томир дори воситалари	Винпоцетин 5,0 мл	Вена ичига томчилаб	2 A Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Қушишга қарши дори воситалари	Метоклопрамид гидрохлорид 2,0 мл;	Мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Тутқоноқга қарши дори воситалари	Таб. Бензонал 0,1	Ичиш учун	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Спазмга қарши даво	Таб. Нитоп по 30 мг (максимал суткалик доза 360мг)	Ичиш учун	2 B Guidelines for the Management of

			Severe TBI, 4th Edition
--	--	--	-------------------------

**Бош мия лат ейишининг оғир турида даволаниши учун зарур бўлган дорилар рўйхати**

<b>Фармакотерапевтик гуруҳ</b>	<b>Дори воситасининг ХПН</b>	<b>Қўллаш усули</b>	<b>Далиллик даражаси</b>
Гемостатиклар	Этамзилат натрия 12,5% - 2,0мл	Вена ичига ва мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Дегидратацион дорилар	- Фуросемид 1% – 2,0мл - Магnezия сульфат 25% - 5,0мл+Новокаин 0,5% - 5,0 мл - Медицинский глицерин 1 чой қошиқдан	Вена ичига ва мушак орасига  Ичиш учун	2 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Наркотик бўлмаган аналгетиклар	Анальгин 50% -2,0 мл	Мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Қон томир дори воситалари	Винпоцетин 5,0 мл	Вена ичига томчилаб	2 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Қушишга қарши дори воситалари	Метоклопрамид гидрохлорид 2,0 мл;	Мушак орасига	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Тутқоноқга қарши дори воситалари	Таб. Бензонал 0,1	Ичиш учун	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition
Спазмга қарши даво	Таб. Нитоп по 30 мг (максимал суткалик доза 360мг)	Ичиш учун	2 B Guidelines for the Management of

			Severe TBI, 4th Edition
Седация	Барбитуратли кома	Вена ичига томчилаб	3 B Guidelines for the Management of Severe TBI, 4th Edition

Жадвал 2.

### Қўшимча дори воситалари рўйхати

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули
-------------------------	-----------------------	--------------

## Жарроҳлик амалиёти

**Жарроҳлик аралашувлари учун кўрсатмалар:** Мия шикастланишланишида:

- 1) жабрланувчининг кўпол декомпенсация фазасида барқарор бўлиши;
- 2) онг ҳолати сопора ёки кома доирасида (ком Глазго шкаласида 10 баллдан пастрок);
- 3) ствол дислокациясининг яққол ифодаланган клиник белгилари;
- 4) КТ маълумотларга кўра мажақланиш ўчоғи ҳажми(унинг тузилиши гомогенлигида) чаккага – 30 см<sup>3</sup> дан кўп ва пешонага – 50 см<sup>3</sup> дан кўп;
- 5) миянинг ён (ўрта тузилмаларнинг кўчиши 5мм дан юқори) ва аксиал (қамровчи цистернанинг кўпол деформацияси) дислокациясининг яққол ифодаланган КТ-белгилари.

**Ўткир эпидурал гематома (ИСД-10 коди. С06.4).**

**Эпидемиология.** Адабиётга кўра, БМЖ билан оғриган қурбонлар орасида ЭГ частотаси кенг тарқалган - 2 дан 54% гача. Турли хил маълумотлар клиникалар ишининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқ; барча БМЖ билан касалланган беморлар қабул қилинадиган муассасаларда фоизлар пастрок ва фақат оғир беморлар ётқизилганда юқорироқдир. Ўртача, БМЖ таркибида ЭГ пайдо бўлиши 1,5-2% дан кўп емас. Россия шошилинич тиббий ёрдам илмий марказида 20 йилдан ортиқ вақт давомида изолятсия қилинган ЭГ билан касалланган беморлар 2,4% ни ташкил етди. Жабрланганлар орасида ёшлар устунлик қилади. ЭГ ни тез-тез аниқлашга

КТ ва МРИдан кенгроқ фойдаланиш ҳам ёрдам беради. 2 ёшгача бўлган болаларда анатомик хусусиятлар туфайли (дура матернинг бош суяги суякларининг ички пластинкаси билан қўшилиш зичлиги юқори) ЭГ кам учрайди. Кексаликда ЭГ улуши ёш ва ўрта ёшдаги одамларга қараганда паст бўлади. Жаҳон статистик маълумотларига кўра, ЭГ аёлларга қараганда еркакларда 4 марта тез-тез учрайди.

**Таълим механизми.** Умумий механизм - бу кичик майдон агентининг статсионар бошга маҳаллий шикаст таъсири (турли хил нарсалардан таъсир қилиш) ёки бошнинг статсионар объектга таъсири (паст баландликдан тушиш). Енг кўп учрайдиган зарбалар бошнинг темпорал ва пастки парияетал ҳудудларига тушади. ЭГ нинг сабаби бош суяги суякларининг синиши ва таъсир соҳасидаги дура матер томирларининг ёрилиши. Бундай ҳолда, дислокатсия синдромининг тез ривожланишига сабаб бўлган артериал қон кетиш тез-тез кузатилади. Темпорал минтақада ЭГ нинг парияетал, оксипитал, фронтал ва базал ҳудудларга тарқалиши билан одатий локализатсия темпорал суякнинг синиш чизиғи ўрта менингеал артериянинг трубасини кесиб ўтганда, унинг магистрал, олд ёки орқа шохлари шикастланганда содир бўлади. Менингеал веналари, дура матер синуслари ва диплое томирларининг шикастланиши туфайли ЭГ нинг тўпланиши камроқ учрайди.

ЭГ субдурал гематомага қараганда кичикроқ тарқалиш майдонига ва каттароқ қалинликка ега. Бу Эпидурал қон кетиш пайтида бош суяги суякларининг ички юзасидан дура материясининг тозаланиши краниал тикувлар ичида содир бўлиши билан изоҳланади, бу ерда мембрана ички суяк пластинкаси билан маҳкам бирлашади. Бош суяги суякларининг синишида ЭГ 75-90% ҳолларда учрайди; бош суягининг яхлитлигини бузмасдан, камдан-кам учрайди, асосан болаларда.

**Клиник кўринишлар.** Клиник кўринишда ЭГ нинг одатий вақтинчалик локализатсияси билан, аниқ интервал билан онгнинг бузилиши, ҳомолатерал мидриаз, контралатерал ҳемипарез, брадикардия ва гематоманинг ён томонида калвариум синиши мавжудлиги муҳимдир. ЭГдаги бундай классик белгилар ҳар доим ҳам кузатилмайди. Амалда, клиник кўринишларни белгиловчи омиллар қуйидагилардир:

- қон кетиш манбаи;
- қон кетишининг локализатсияси ва ҳажми;
- сиқилиш синдромининг ривожланиш динамикаси;
- тананинг бошқа зарарлари билан комбинатсияси;
- тананинг ёш хусусиятлари.

ЭГ билан онгнинг уч фазали ўзгариши тез-тез учрайди, шикастланиш вақтида характерли қисқа муддатли онгни йўқотиш, онгни тўлиқ тиклаш ва уни турли вақт оралиғида қайта-қайта ўчириш. Амалда, ўчирилган ёруғлик оралиғи билан, унсиз, баъзида бирламчи онгни йўқотмасдан содир бўлиши мумкин бўлган турли хил шакллар мавжуд. Ёруғлик оралиғининг давомийлиги ўзгариб туради ва бир неча соат ёки дақиқаларда ўлчаниши мумкин. Субакут ЭГда аниқ интервал 3 кундан ортиқ давом этиши мумкин.

ЭГ билан оғриган беморларнинг асосий шикояти - бу фотофобия ва гиперестезия билан бирга келадиган кўз олмалари ва жағларига нурланиш билан қобик ўхшаш рангга ега бўлган кучайиб бораётган бош оғриғи. Бош суяги перкуссиясида гематома устидаги маҳаллий оғриқлар аниқланади. Кўп ҳолларда бош оғриғи доимий бўлиб, даврий алевленмелер, кўпинча такрорий қушиш билан бирга келади.

ЭГ билан брадикардия тез-тез учрайди (пулс дақиқада 60 зарбадан ошмайди), бу чорак ҳолларда систолик қон босимининг 150 мм дан ошиши билан бирга келади. Р. Арт. Фокал симптомлар орасида пирамидал гемисиндром кўпинча гематомага қарама-қарши томонда аниқланади, унинг зўравонлиги анизотлексиядан ҳемиплежигача. Гематомага қарама-қарши бўлган ярим шарнинг контузияси ёки миянинг дислокацияси туфайли ҳомолатерал пирамидал гемисиндром ҳам ривожланиши мумкин. ЭГ нинг катталиги ва пирамидал гемисиндромнинг зўравонлиги ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик мавжуд. Гематоманинг кичик ҳажми энгил ҳемипарез ёки қарама-қарши томонда тендон рефлексларининг жонланиши билан бирга келади ва аксинча, патологик рефлекслар билан чуқур ҳемипарез массив гематомага (80 мл ёки ундан кўп) хосдир. Умумий ёки фокал epileptic тугилишлар шаклида мия ярим кортексининг тирнаш хусусияти белгилари кам учрайди.

ЭГ нинг етакчи белгиларидан бири гематома томонида фотореакцияларнинг пасайиши ёки йўқолиши билан бир томонлама мидриаздир. Гематомага қарама-қарши томонда серебеллар тенториумнинг тешигида бош мия педункулининг сиқилишига боғлиқ бўлган контралатерал мидриаз 11-15% ҳолларда учрайди. Умуман олганда, пирамидал этишмовчилик 20-60% ҳолларда анизокорияга қараганда тез-тез кузатилади.

Темпорал суякнинг энг кенг тарқалган синиши гематома томонида бўлиб, 10-15% ҳолларда қарама-қарши томонда синиш ёки унинг йўқлиги кузатилади. Синиш чизиғи одатда чакка суягининг тарозиларини кесиб ўтади, бош суягининг асосига, чакка суяги пирамидасига қадар давом

етади ва кўпинча қўшни париетал ва фронтал суякларга чўзилади. Оғир ҳолатларда синиш бутун бош суяги бўйлаб, деярли бош суягининг тагига параллел равишда чўзилиши мумкин. Оддий чизиқли ёриқлар билан бир қаторда, депрессив ва майдаланган ёриқлар мавжуд.

**Оқим шакллари.** Муаллифларнинг фикрига кўра, БМЖдан кейинги дастлабки уч кун ичида клиник кўринишларнинг намоён бўлиши билан ЭГнинг ўткир шакллари 70-85% ҳолларда учрайди. 3-14 кундан кейин намоён бўладиган субакут курс 9-39% да, БМЖдан 2 ҳафта ўтгач қайд етилган сурункали шакллар 5-15% ҳолларда кузатилади.

Енг кенг тарқалган, классик вариант енгил БМЖдан кейин содир бўлади. 10-20 дақиқа ичида онгни йўқотиш билан бирга, кейинчалик онгни тиклаш ёки ҳайратланарли элементлар қолади. Беморлар одатда ўртача бош оғриғи, кўнгил айнаши, бош айланиши ва умумий заифликдан шикоят қиладилар. Нутқ билан алоқа қилиш осон, летаргия ва чарчоқ бор. Конград амнезия характерлидир, ҳаётини муҳим нафас олиш ва юрак бузилишлари аниқланмайди. Нисбатан барқарорликнинг бу даври бир неча ўн дақиқадан бир неча соатгача давом этади. Кейинчалик, бош оғриғи кучаяди, қусиш пайдо бўлади ва қайта-қайта такрорланади, психомотор кўзгалиш кучаяди. Умумий ҳолат аста-секин ёмонлашади, уйқучанлик ва иккиламчи онгни йўқотиш ривожланади, аста-секин кома даражасига қадар чуқурлашади. Онгнинг бузилиши билан бир қаторда, қон босимини ошириш тенденцияси билан брадикардия пайдо бўлади. Баъзида онгни ўчиришнинг оралиқ босқичларисиз кома ҳолатининг тез ривожланиши кузатилади. Кома ривожланиши ва жарроҳлик даволашнинг йўқлиги билан агонал ҳолат юзага келади. Бундай ҳолда тахипнеа, тахикардия брадикардияга айланиши, қон босимининг пасайиши ва гипертермия қайд етилади. Онг, икки томонлама мидриаз ривожланиши, фотореакцияларни бостириш, арефлексия ва атония ривожланиши билан терминал кома нуқтасига қадар бузилади.

Ёруғлик бўшлиғи бўлмаган ҳолат оғир БМЖ да юзага келади, бош суяги ва миянинг кўплаб жароҳатлари гематома билан бирга келади. Жароҳатдан кейинги аниқ интервал амнистия ёки шифохонада кузатув пайтида белгиланмайди. Кўпинча, кома ҳолати жароҳат олган пайтдан бошлаб, жарроҳлик ёки ўлимгача онгни тозаламасдан айтилади.

**Эпидурал гематоманинг диагностикаси.** Изолятсия қилинган ЭГ диагностикаси, биринчи навбатда, онгдаги характерли уч фазали ўзгаришларни аниқлаш билан осонлаштирилади, бунда БМЖни қабул қилишда бирламчи онгни йўқотиш кейинги иккинчи даражали тушкунлик билан унинг тозаланиши (ёруғлик оралиғи) билан алмаштирилади. ЭГ

билан тўсатдан кома кам учрайди. Краниография одатда темпорал суякнинг скуамасида чизиқли ёриқлар ва ёриқларни аниқлайди. Кўпгина ҳолларда, типик ва атипик бўлган ЭГнинг жойлашиши суяк синиши жойига тўғри келади.

СБМЖ билан оғриган беморларни кенг қамровли текшириш пайтида бир ўлчовли еко-енсефалоскопия ўтказиш интракраниал гематома борлигига шубҳа қилиш имконини беради. Усул клиник амалиётга 1956 йилда швед нейрохирург Л. Лехелл томонидан киритилган. Унинг моҳияти интерхемисферик ёриқ, шаффоф септум, учинчи қоринча ва пинеал бездан товуш тўлқинларини акс еттириш натижасида олинган медиан М-комплекснинг ҳолатини аниқлаш ва баҳолашдан иборат. Турли хил ўлчамлари бўлган уч турдаги сенсорлар қўлланилади: 0,88, 1,76 ва 2,64 МГц. Фавқулодда ёрдам хонасида одатда 0,88 МГц sensori ишлатилади (5.9-расм).

Тадқиқот давомида сенсорни бошга қўллаш нуқталари: 1) ечо жойлашуви аниқ вақтинчалик нуқтада амалга оширилади, бу учинчи қоринча проекциясига тўғри келади; 2) орқа томондан 2 см - учинчи қоринча ва пинеал без даражаси; 3) темпорал нуқтадан 2 см олдинда - бу учинчи қоринча ва шаффоф септумнинг даражаси.

Фронтал, оксипитал ҳудудларда ва икки томонлама локализатсияда интракраниал гематома мавжудлигида усулнинг диагностик қиймати б) 24%, париетал ва темпорал ҳудудларда - 61%. КТ ва МРИ диагностик қиймати 98% ни ташкил қилади.

Техниканинг камчиликлари қуйидагилардан иборат: 1) интракраниал гематомалар контузия лезёнлари билан бирлашганда фронтал ҳудудларнинг гематомаларида, икки томонлама гематомаларда М-чизиқнинг силжишининг йўқлиги; 2) гематомалар туфайли силжиш кекса ёшда ифодаланмаслиги мумкин; 3) бош суяги асосининг синиши туфайли пневмосефалия билан, акс-садо сигналлари ҳаво билан алоқа қилган сиртдан тўлиқ акс етади; 4) интракраниал гипертензия синдромининг тез-тез овердиагносис; 5) натижаларни талқин қилиш тадқиқотни ўтказган шифокорнинг тажрибасига боғлиқ.

Эко-энсефалоскопия усули, инвазив бўлмаганлиги ва фойдаланиш қулайлигига қарамай, патологик марказнинг тури, ҳажми, локализатсияси ва даражаси ҳақида тасаввурга ега эмас ва кўпинча жарроҳлик даволашда хатоларга олиб келади.

БМЖ билан оғриган беморларни даволашнинг натижаси касалхонага ётқизиш муддати ва жарроҳлик аралашуви ва патогенетик терапиянинг ўз вақтида бажарилишига боғлиқ. Диагностика имкониятлари касалхонани

жихозлаш даражаси ва КТ ва МРИ бўлимларининг иш режими билан белгиланади. Самарали нейрохирургик ёрдам кўрсатиш учун КТ бўлимларининг 24 соатлик ишлаши керак. КТ нинг кечаю кундуз бўлмаган ишлаши беморнинг аҳволининг оғирлигини, зарар даражасини нотўғри баҳолашга ва натижада жарроҳлик даволашнинг кечикишига олиб келади.

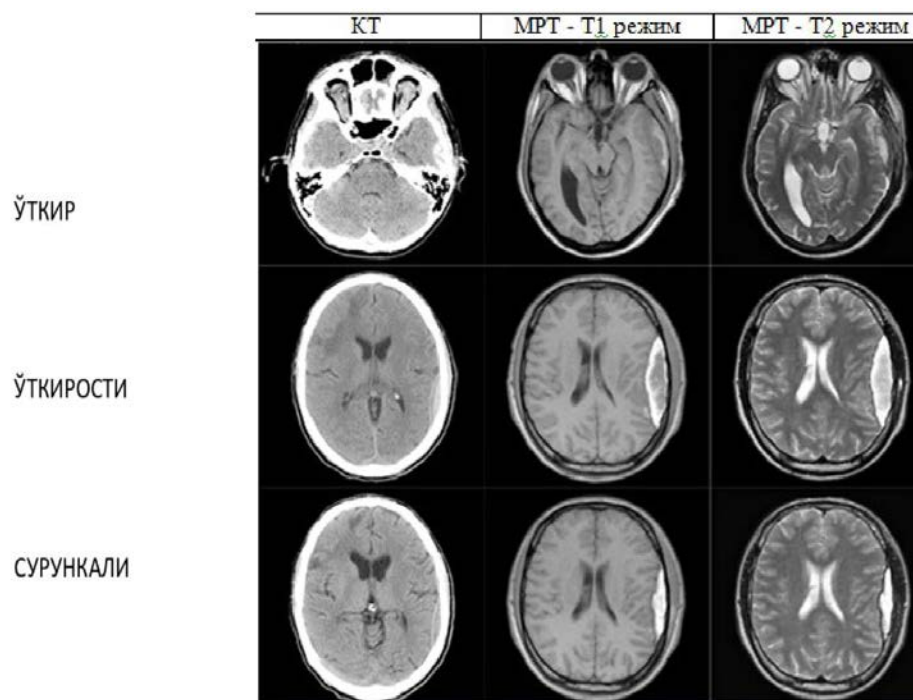
Миянинг компьютер томографиясиз БМЖ билан оғриган беморларда диагностик люмбал пункция кўпинча беморнинг аҳволи ёмонлашишига олиб келади, шунинг учун уни компьютер томографиясидан олдин бажариш мумкин емас. Операциядан кейинги даврда динамик КТни бажара олмаслик аниқланмаган қолдиқ ва такрорий қон кетишларнинг юқори частотасига олиб келади.

КТда ЭГ кўпинча 60-80 бирликгача юқори зичлик зоналари сифатида кўрсатилади. Ҳ, икки тарафлама бўрттирилган ёки текис бўрттирилган линза шаклида, бош суягининг суяқларига улашган. ЭГ нинг шакллари ва контурлари қон кетиш манбасининг жойлашишига, гематома ҳажмига ва ташхис қўйиш вақтига боғлиқ. Бир ҳил гиперденс ЭГ фониде изоденсия ёки гиподенсе жойларни аниқлаш давом этаётган қон кетишини кўрсатади. Бир ҳафтадан кўпроқ вақт давомида коагулятсион бўлмаган янги қон ёки лизисланган қонни ўз ичига олган ЭГ мия зичлигига ўхшаш КТ зичлигига ега бўлиши мумкин.

Одатда гематомаларнинг энг катта кўндаланг ўлчами фронтал, темпорал ва парието-оксипитал ҳудудларда локализатсия қилинганда кузатилади. КТ натижалари одатда мия сиқилишининг клиник босқичига тўғри келади.

Хавфли ҳолат учун КТ мезонлари: шаффоф септумнинг 15 мм дан ортиқ силжиши; дислокатсияли гидросефалия; қаттиқ деформатсия ёки атрофдаги танкнинг тўлиқ йўқлиги.

ЭГ учун МРИ текшируви. МРИ - бу изоденс ва кичик ЭГни фарқлаш имконини берувчи сезгирроқ усул. МРИ тасвирларида Т1 режимида ЭГ изоинтенс, Т2 гиперинтенс, субкут ва сурункали босқичларда иккала сканерлаш режимида ҳам гиперинтенс кўринади. МРИ кўпинча даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ишлатилади.



### **Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказида ЭГ ни жарроҳлик даволаш ва дифференсиал даволаш тактикаси.**

Ўткир Эпидурал гематома билан оғриган жабрланганларда, агар кўрсатилса, шошилич оператсия қилиш керак. Жарроҳлик аралашувининг вақти дислокатсия ва чурранинг клиник белгиларига боғлиқ. 30 дақиқадан кўпроқ давом этадиган бу аломатлар натижаларни сезиларли даражада ёмонлаштиради ва 1 соатдан ортиқ давом этиши ўлимга олиб келиши мумкин.

Бугунги кунда ЭГни жарроҳлик даволаш усули бўйича консенсус йўқ, аммо гематомани олиб ташлаш билан краниотомия оператсиянинг радикалигини таъминлайди, деб ишонилади. Илмий адабиётларда жарроҳлик ёки консерватив давони танлаш бўйича ҳеч қандай истиқболли рандомизатсияланган тадқиқотлар топилмаган. 15 мм дан ортиқ гематома қалинлиги ва 5 мм дан ортиқ ўрта чизиқли тузилмаларнинг силжиши бўлган беморларда дислокатсия ва чурранинг клиник белгилари пайдо бўлиши еҳтимоли сезиларли даражада юқори.

Шошилич жарроҳлик учун мутлақ кўрсатмалар:

- ЭГ ҳажми темпорал локализатсия билан 30 мл дан ортиқ, бошқа супратенториал локализатсия билан 40 мл дан ортиқ;
- ўртача конструктсияларнинг 5 мм дан ортиқ силжиши; базал тсистерналарнинг деформатсияси;

- постериор краниал чуқурчанинг ЭГ ҳажми 20 мл дан ортиқ, қалинлиги 1,5 см дан ортиқ, БМЖ нинг клиник босқичидан қатъи назар, асемптоматик курсни ўз ичига олади.

Ўткир ва субакут ЭГда 95% ҳолларда жарроҳлик даволаш амалга оширилади. Россия шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг нейрохирургия хизматининг 20 йиллик фаолияти давомида ЭГда мия сиқилиши билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашда катта тажриба тўпланган ва жарроҳлик даволаш тактикасига табақалаштирилган ёндашув мавжуд. ривожланган.

Ҳозирги вақтда РСЕМда қуйидаги жарроҳлик даволаш турлари амалга оширилади:

Бош суягида остеопериостеал қопқоқ ва суяк ойнаси шаклланиши билан КПТЧ; гематомани олиб ташлаганингиздан сўнг, суяк қопқоғи жойига қўйилади ва суяк чоклари билан маҳкамланади. Асоратланмаган изолятсияланган ЭГ учун, компенсацияланган ҳолатда, оғир неврологик фокал симптомларсиз беморларда қўлланилади. Усулнинг камчиликлари - узоқ вақттехник хусусиятлар туфайли оператсиялар, бош суяги суякларининг кўп синиши ёки суякнинг бир қисми йўқлиги, ЭГ нинг қайталаниши учун такрорий оператсия хавфи юқори бўлган тақдирда амалга оширишнинг мумкин эмаслиги, иккиламчи ишемия туфайли оператсиядан кейинги шиш пайдо бўлиши. РСЕМга йўл-транспорт ходисалари, кататраумалар, кўпинча дастлабки шок ҳолатига олиб келадиган экстракраниал травматик шикастланишлар натижасида келиб чиққан БМЖ билан касалланган беморларнинг кўплиги сабабли, ишемик мия шиши ривожланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли техника камдан-кам қўлланилади.

Резектсия декомпрессив краниотомия - суяк ойнасининг пастки чегарасини бош суягининг тагига иложи борица яқинроқ жойлаштириш ва ЭГни олиб ташлаш билан кенг суяк ойнасини шакллантириш - мияни қаттиқ сиқиш учун танлов усули, Ривожланган дислокатсия синдроми билан (ступор остида онгнинг тушкунлиги, ўрта чизиқли тузилмаларнинг 5 мм дан ортиқ силжиши, айланма тсистернанинг сиқилиши, мия ярим кортексининг конволютсияларининг силлиқлиги). РДТС асосан мия шиши, юқори ИСП, олиб ташланмаган контузия лезёнларининг резорбсияси каби оператсиядан кейинги асоратларни бартараф етишга ёрдам беради, касалликнинг янада ижобий натижасини белгилайди.

Минимал инвазив олиб ташлаш техникасиЭпидурал гематомалар, ҳатто майдаланган бош суяги ёриқлари бўлса ҳам, бир нечта бурр тешиклари орқали. Кўрсаткичлар: онг даражаси 13-15 балл, беморнинг аҳволи учун

компенсацияланган, аниқ дислокация синдромининг йўқлиги. Афзаллик - трепанация синдроми ривожланиши билан трепанация ойнасининг йўқлиги ва такрорий пластик операцияларга еҳтиёжнинг йўқлиги. Операциянинг моҳияти синиш чизиғининг ён томонларида 1,5 x 1,5 см ўлчамдаги бурр тешикларини қўллаш, ЭГни олиб ташлаш, қон кетиш манбасини коагуляция қилиш, якуний гемостаз учун дура матерни суякнинг четларига тикиш ва гематоманинг қайталанишининг олдини олиш.

**Ўткир субдурал гематома (ИСД-10 коди. С06.5)** - БМЖ туфайли, дура матер ва арахноид матер ўртасидаги бўшлиқда қон тўпланиб, миянинг сиқилишига олиб келади. СГ хилма-хил шаклланиш механизмига ега. СГ травматик воситани қўллаш жойида жойлашганида, механизм ЭГ шаклланишига ўхшайди, яъни. Таъсир жойида пиа матер томирларининг шикастланиши билан миянинг контузия шикастланиши пайдо бўлади. Миянинг натижада силжиши (катта баландликдан тушиш, бахтсиз ҳодиса) натижасида таъсирнинг қарама-қарши томонида СГ шаклланишининг сабаби юқори сагиттал синусга оқиб ўтадиган томирларнинг (юлка қопламаси) ёрилиши ҳисобланади. СГ нинг шаклланиши ҳаракат тезлигининг кескин ўзгариши билан ҳам содир бўлади (транспортнинг тўсатдан тормозланиши, баландликдан тушиш), бу ҳам мия ярим шарларини томирларнинг ёрилиши билан силжиши мумкин. Турли механизмларнинг бир вақтнинг ўзида иштирок этиши билан икки томонлама СГ кўпроқ шаклланади. СГ нинг шаклланиши кўпинча веноз синусларнинг тўғридан-тўғри шикастланиши, дура матернинг ёрилиши ва кортикал артерияларнинг шикастланиши билан мия контузиялари билан кузатилади. Дистрофик ва ангионекротик омиллар таъсирида қон томирларининг ўтказувчанлиги бузилганлиги сабабли иккиламчи қон кетишлар фониде субакут ва сурункали СГ ривожланиши ҳолатлари мавжуд.

**Эпидемиология.** СГ, адабиётга кўра, ЭГ га қараганда тез-тез учрайди ва мияни сиқиб чиқарадиган интракраниал қон кетишлар орасида частотада биринчи ўринда туради. Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказида ажратилган СГ умумий БМЖ сонининг 18% ни ташкил қилади ва оғир бош мия жароҳатларининг тахминан 72% ни ташкил қилади. ФХ билан еркақлар ва аёллар нисбати 3: 1 ни ташкил қилади.

**Патоморфология.** Субдурал бўшлиқнинг пиал веналари тузилишининг анатомик ва топографик хусусиятлари БМЖдан вафот етганларнинг отопсиларида СГ ни аниқлашнинг икки баравар юқори частотасини аниқлайди. Субдурал бўшлиқнинг пиал веналари ингичка ва камроқ

бардошли деворларга ега ва субаракноид бўшлиқ томирларидан фарқли ўлароқ, ташқи стабиллашадиган тузилмаларга ега эмас. Миянинг қаттиқ ва юмшоқ мембраналари орасидаги бўшлиқда кенг хужайралараро бўшлиқларга ега бўлган синцитий шаклида жойлашган ва алоҳида десмосомалар билан боғланган дурал-эпителиоид қатлам хужайралари мавжуд, қон кетиш пайтида бу хужайралар осонликча йўқ қилинади. СГ ҳажми ўртача 30 дан 250 мл гача ўзгариб туради ва томирнинг калибрига ва турига, шикастланган томирлар сонига ва қон ивишига боғлиқ. СГ, ЭГ дан фарқли ўлароқ, катта майдонни егаллайди, субдурал бўшлиқ бўйлаб тарқалади, кўпинча бутун ярим шарни қоплайди.

СГ характерли ярим ой шаклидаги текис шаклга ега. Гематомаларнинг калинлиги 0,5 дан 4 см гача ўзгариши мумкин СГ нинг тез-тез манбалари кортикал артериялар шикастланган, улар миянинг веносинусларига оқиб тушадиган соҳада пиа веналарнинг ёрилиши. СГлар одатда паритетотемпорал ва паритетотемпорал худудларда конвекситал тарзда жойлашган бўлиб, кўпинча олд ва ўрта краниал чуқурчаларга чўзилади. Баъзида бош суягининг тагида ва интерхемисферик ёриқда изолятсия қилинган жой қайд этилади. Икки томонлама СГ барча СДХ ҳолатларининг 5-12% да учрайди.

СГ натижаси миянинг сиқилиш ҳажми ва давомийлигига боғлиқ. Ҳажми 50 мл дан ортиқ бўлса, дислокатсия синдроми ва ўлим ривожланиши билан интракраниал босимнинг ошиши кузатилади. Ҳажми 50 мл дан кам бўлган СГлар одатда резорбцияланади, баъзи ҳолларда субакут, кейин еса сурункали шаклга айланади.

БМЖдан кейин 1-2 кунларда СГ ўзгармаган қизил қон хужайралари шаклида суюқ қоннинг тўпланиши ҳисобланади. Кейинчалик қон ивиб, дура матернинг ички юзасида ва арахноид мембрананинг ташқи юзасида фибрин ипларини ҳосил қилади. 2-куннинг охирида сегментланган лейкоцитлар пайдо бўлиб, аста-секин макрофагларга ўтади.

Дура матернинг ички қатлами хужайралари СГ ҳосил бўлишида иштирок этади; пиа матер, зарар бўлмаса, қатнашмайди, фақат арахноид эндотелиал хужайраларнинг кўпайиши ҳодисаларини очиб беради.

4-кунга келиб, дура матернинг қон қуйқаларига туташган жойларида калинлиги 2-5 хужайрали фибробластлар қатлами ва гранулятсия тўқималари пайдо бўлади.

БМЖдан бир ҳафта ўтгач, гематомада янги ҳосил бўлган капиллярлар, аргирофил ва коллаген толалар пайдо бўлади. Гематома соҳасидаги арахноид мембрана арахноид эндотелиал хужайраларнинг гиперплазияси туфайли баъзан сезиларли даражада қалинлашади. Мия моддаси одатда

шишган бўлади; СГ нинг экспериментал модели бўйича ёруғлик-оптик тадқиқот пайтида кортекснинг чекка зонаси нейронларида ишемик шикастланиш, кортекснинг 2-3-қатламлари нерв ҳужайраларининг ўлими ва алмаштириш аниқланади. глиал ҳужайраларнинг кўпайиши, узок муддатда бу зоналарда атрофия қайд этилади. 2-ҳафтадан бошлаб қон ивиши асосан гемосидерофаглардан иборат бўлиб, жигарранг-қизил ранг беради ва тромбнинг дура матернинг ички юзаси билан бирлашиши қайд этилади. Кейинчалик, СГ гематомаси худудида фибробластлар қатламлари, коллаген толалари, оз миқдордаги томирлар ва гемосидерин тўпланиши топилади.

**Клиник кўринишлари ва курси.** СГ нинг клиник кўринишлари ҳар хил бўлиб, ҳажмига, қон кетиш манбасига, локализатсия хусусиятларига ва миянинг оғир фокусли шикастланишига боғлиқ. БМЖ нинг ўткир даврида СГ бўлса, ёруғлик оралиғи бир неча соатдан бир неча дақиқагача давом этади, мия контузияси билан бирга у кўпинча йўқ ва беморлар дарҳол комага тушади. СГ нинг субакут курсида аниқ интервал бир неча кун давом этиши мумкин, сурункали курсда - бир неча ҳафтадан бир неча ойгача ва ҳатто йилларгача. СГ билан кортикал типдаги онгнинг сифатли бузилиши кўпинча аментив, делириив ҳолатлар, Корсаков синдроми хусусиятлари билан хотира бузилиши, шунингдек, ўз аҳволини танқид қилишнинг пасайиши, эйфория ва етишмаслиги билан фронтал психика билан кузатилади. тос аъзоларининг функцияларини назорат қилиш.

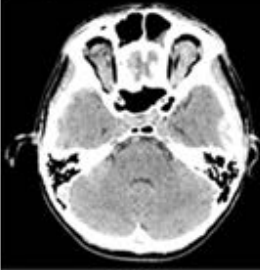
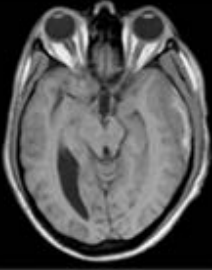
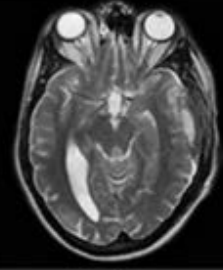

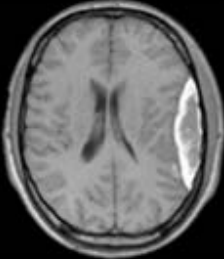
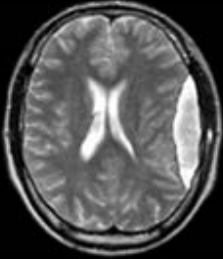

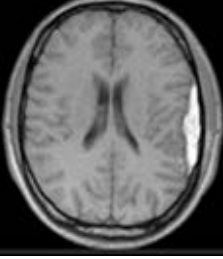
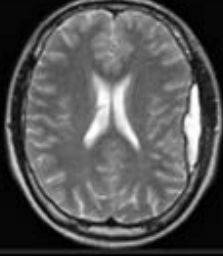
СГнинг клиник кўриниши кўпинча психомотор ажитатсияни ўз ичига олади. Диффуз гипертоник бош оғриғи кузатилади, бошнинг тўлиқлик ҳисси билан бирга, оғриқ баландлигида қусиш кузатилади. СГда, ЭГдан фарқли ўларок, фундусдаги тикилиш тезроқ ва тез-тез ривожланади. Кўпинча, мия контузиялари мавжуд бўлганда, СГ нафас олиш бузилиши, гипер- ёки гипотензия, гипертермия, мушак тонуси ва рефлекслардаги диффуз ўзгаришлар шаклида мия сопи дисфункцияси билан кечади. СГ томонидаги мидриязис ҳолатларнинг ярмида учрайди. Қарама-қарши томонда ўқувчиларнинг кенгайиши жуда камроқ кузатилади ва қарама-қарши ярим шарнинг контузияси туфайли юзага келади. Субакут ва сурункали СГда мидриаз ўртача ва вақтинчалик, фотореакцияларнинг камайишисиз. Ўткир СГда қарама-қарши пирамидал гемисиндром ўзининг диагностик аҳамияти бўйича мидриаздан паст. Чуқур парез ёки фалаж кўпинча мия контузияси билан бирга келади. Ўткир СГ тез-тез ривожланишида Эпидурал СГ каби тездир. Ўткир СГни ўз ичига олади, бу клиник жиҳатдан БМЖдан кейин 1-3 кунларда, субакут - 4-14 кунларда ва сурункали - жароҳатлардан кейин 2 ҳафта ёки ундан кейин намоён бўлади.

**Субдурал гематоманинг диагностикаси.** СГ диагностикаси бўйича қўлланма бошдаги травма изларини аниқлаш, клиник аломатлар (бурун, кулоқдан қон кетиш ва ликёрея) ва бош суяги асосининг синиши рентгенологик белгилари бўлиши мумкин. Мидриазни аниқлаш томони гематоманинг жойлашишини аниқлаш имконини беради. СГда рентгенографияда бош суягининг ёриқлари маҳаллий ташхис учун камроқ аҳамиятга эга. Кўпинча бош суяги асосининг синиши аниқланади, у ўрта ва орқа краниал чуқурчага чўзилади, асос ва краниал тоноз суякларининг синиши комбинатсияси. Ўткир СГда калвариум суякларининг шикастланиши кенгроқ ва кенг тарқалган бўлиб, кўпинча гематомага қарама-қарши томонда топилади. Ишларнинг учдан бирида бош суяги шикастланмайди.

КТ текшируви диагностикада ҳал қилувчи рол ўйнайди, бунда СГ зичликнинг бир ҳил ўсишининг ярим ой шаклидаги зонаси билан тавсифланади. Кўпгина ҳолларда, СГ мия ярим шарининг кўп қисмига тарқалади, кўпинча бошқа ярим шарга ва интерҳемисферик ёриқларга ёки серебеллумнинг тенториумига ўтади. КТда ўткир СГ нинг зичлиги одатда +55-70 бирликни ташкил қилади. Н, бу ЭГдаги кўрсаткичлардан бироз пастроқ. Бу СГ нинг мия омурилик суяқлиги билан аралашини билан изоҳланади. Шунинг учун ички четидан ўткир ва субакут СГ кўпинча мия сиртининг релйефини такрорлайди ва ноаниқ контурга эга. Ўрта краниал бўшлиқнинг тагида серебеллумнинг тенториумидан юқорида ёки пастда, интерҳемисферик ёриқда СГ нинг атипик локализатсияси ҳам мавжуд. 1-6 ҳафта ичида СГ қоннинг суюлтирилиши ва қон пигментларининг парчаланиши туфайли изоденсияга айланади. Бундай ҳолларда ташхис иккиламчи белгиларга асосланади: конвекситал субаракноид йивларнинг сиқилиши, қоринчалар ва тсистерналарнинг торайиши, медиан тузилмаларнинг дислокатсияси. Кейинчалик, тўкилган қоннинг сўрилиш коеффитсиенти мия омурилик суяқлигининг зичлигига яқинлашади, баъзида чўкиш феномени (гематоманинг пастки қисми, юқори зичликдаги қоннинг чўкиши натижасида) пасайган зичлик босқичи келади. элементлар, гиперденс бўлади ва юқори изоденс). Шу билан бирга, компютер томографияси интракраниал захира бўшлиқларининг камайиши белгиларини кўрсатади: қоринча тизимининг торайиши, конвекситал субаракноид ёриқларнинг сиқилиши, чиасматик ва ўралган тсистерналарнинг деформатсияси.

Ўткир СГда МРИ метҳемоглобин йўқлиги сабабли паст тасвир контрастини кўрсатади. Сурункали СГ T1 томограммаларида изоденсли кўринади, аммо уларнинг барчаси T2 томограммаларида сигнал

интенсивлигининг ошиши билан тавсифланади. МРИ КТ текширувида изоденсли субдурал гематомаларни аниқлайди ва интерхемисферик ёриқнинг планар СГларини ёки бош суяги асосининг гематомаларини аниқлашда афзалликларга эга [3,5].

стадии	КТ	МРТ - T1 режим	МРТ - T2 режим
Острая			
Подострая			
Хроническая			

**Жарроҳлик.** Миянинг сиқилишига олиб келадиган ўткир СГ ташхиси қўйилганда, у шошилиш равишда амалга оширилади. Кўпгина муаллифлар ерта аралашувлар билан яхши даволаш натижаларини кузатдилар.

Одатда, СГни бутунлай олиб ташлаш, қон кетиш манбасини топиш ва ишончли гемостазни амалга ошириш учун краниотомия амалга оширилади. Жарроҳлик даволашнинг ягона ёндашуви ҳали ишлаб чиқилмаган. Кўпгина нейрохирурглар гематоманинг ҳажми ва жойлашишига қараб остеопластик трепанатсия ҳажмини режалаштиришади. Фронтал ва темпорал лобларнинг қутб ва базал қисмларининг контузия ўчоқлари мавжуд бўлганда, трепанатсия ойнасининг пастки чегараси бош суягининг пастки қисмига етиб бориши керак, бу уларни текшириш ва қон кетишни тўхтатиш имконини беради. Миянинг тез ўсиб бораётган клиник дислокатсиясида одатда бурр тешиги ҳосил бўлади, бу орқали СГнинг бир қисми тезда аспириятсия қилинади, миянинг сиқилиш даражасини пасайтиради, сўнгра оператсиянинг қолган босқичлари амалга оширилади.

Гематомани бурр тешиги орқали "тез" олиб ташлаш биринчи марта қўлланилган беморлар гуруҳида ва дарҳол трепанатсия қилинган беморлар гуруҳида ўлим кўрсаткичларини солиштирганда, ҳеч қандай фарқ топилмади. СГ билан одатда таранг, мавимси, пулсатсияланмайдиган ёки сушт пулсатсияланувчи дура матер мавжуд. Дура матер одатда ёйсимон шаклда очилади, олд ва чакка бўлақларининг кўкаришлари мавжуд бўлганда асоси қопқоққа қараган. Контузияларнинг конвекситал ва парасагиттал локализатсияси билан дура матерни асоси билан юқори сагиттал синус томон очишга рухсат берилади. Баъзида шошилиш жарроҳлик пайтида гематома миянинг чурраси чиқишини минималлаштириш учун дура матернинг алоҳида чизиқли кесмалари орқали чиқарилади. Интрасеребрал гематомалар ва езилган жароҳатлар суғориш ва аспиратсия орқали чиқарилади.

Гемостаз учун гемостатик шимгич, гемостатик толалар Сурзхитсел ёки фибринтромбин ёпиштирувчи композитсион кенг қўлланилади. Кўпгина муаллифлар дура матерни тикиш ва фиксатсия билан суяк қопқоғини жойлаштириш орқали оператсияни яқунлашга ҳаракат қилишади. Мия моддаси трепанатсия нуқсонига айланганда, бу одатда мумкин эмас. Бундай ҳолларда қорин олд деворининг тери ости тўқималарига ёки соннинг фастсияси остига суяк қопқоғи имплантатсия қилинади, суяк бўлагининг қопқоғини ўрнатиш, оператсияни декомпрессив трепанатсия билан яқунлаш, бу ҳали ҳам муҳокама қилинади.

Асосий жарроҳлик хатоси гематоманинг катталиги билан чегараланган кичик суяк ойнаси орқали СГни олиб ташлаш ҳисобланади. Бундай ҳолатда оператсия вақтининг қисқаришига қарамай, келажакда мия моддасининг суяк ойнасига тушиши, конвекситал ва алоқа веналарнинг сиқилиши билан веноз чиқиши бузилиши ва мия шиши кучайиши мумкин.

#### **Декомпрессив ҳемикраниотомияни бажариш бўйича тавсиялар.**

Операция столида бемор столнинг бош учи камида 30 даража кўтарилган ҳолда орқа томонига ётқизилади. Бош бош ушлагич билан ўрнатилади, қарама-қарши томонга бурилади ва оператсиянинг ён томонидаги елканинг остига юмшоқ ёстиқ қўйилади. Бу краниотомия босқичида тасодифий бош ҳаракати еҳтимолини камайтиради ва крания бўшлиғидан веноз чиқишининг бузилиши билан бўйиннинг егилишини яратмайди.

Тери кесмасидан олдин, тери ва тери ости тўқималарининг томирларидан қон кетишини камайтириш учун, томирларни торайтириш ва қўшимча гидропрепарат қилиш учун, кесма чизиғи бўйлаб еритма инфилтратсия қилинади: адреналин еритмаси 0,18% 1,0 мл, натрий хлорид еритмаси 0,9 % 100 мл , лидокаин еритмаси 2% 4,0 мл.

Кейинчалик, жароҳат қопқоғи туридан фойдаланиб, терига ва юмшоқ тўқималарга олдиндан белгиланган чизик бўйлаб кесма қилинади. Кесма чегараларини ҳисобга олиш керак: зигоматик жараён даражасида трагусдан 1 см олдин, аурикуладан юқорига ва олдинга, сўнгра парието-оксипитал минтақага, шу жумладан париегал туберкулга, парасагиттал давом етди. ўрта чизикдан соч ўсиши зоналарига 2-2,5 см масофада фронтал қисмга. Қопқокнинг трофик бузилишларини олдини олиш учун ташқи темпорал артерия ва венанинг филиали сақланади. Шаклланган тери-апоневроз-мушак қопқоғи юмшоқ ёстикда зигоматик минтақага букланади. Суяк ойнаси Луер кесгичлар ёки краниотом билан ҳосил бўлади. Чегаралар: олд томондан - орбитанинг латерал чегараси даражаси, ташқи ешитиш тешигидан 4 см орқада, юқорига - 2 см га етмайдиган парасагиттал чизикқа, пастга - ўрта краниал чуқурчалар даражасига, бу кутбни бўшатади. темпорал лоб. Суяк бўлагини олиб ташлаганингиздан сўнг, маткап ёрдамида унинг периметри бўйлаб 2-3 мм диаметри тешиклар қилинади. Кейинчалик, такрорий Эпидурал гематомаларнинг тўпланишига йўл қўймаслик учун бу тешиклар орқали дура матер тикилади. Бундан ташқари, асосий суякнинг қаноти олдинги краниал чуқурча (птеронеал ёндашув) билан битта текисликни яратиш учун резектсия қилинади. Бу фронтал ва темпорал лобларнинг базал қисмларининг контузия зоналаридан қон кетадиган томирларни тўлиқ гемостаза қилиш имконини беради, яранинг кенг кўринишини ва микрожарроҳлик аралашувини осонлаштиради. Ушбу босқичда анатомик тузилмаларнинг декомпрессияси (Сйльвиан ёриғининг артериялари ва томирлари) яратилади. Дура матернинг очилиши мия ярим кортексининг тасодифий шикастланишига олиб келмаслиги керак ва шунинг учун скалпел пичоғини дура матернинг ташқи қатлами юзасига тангенциал траектория бўйлаб йўналтириш керак, ташқи барг кўтарилади ва пинсет билан ушланади. . Бу мембрана остидаги декомпрессия учун маҳаллий шароитларни яратади; бу қисмга кириб борадиган мия омурилик суюқлиги дура матернинг ички қатлами очилганда мия ярим кортексини шикастланишдан қўшимча ҳимоя қилади. Дура матер кесмаси суяк ойнасининг четидан тахминан 1 см масофада амалга оширилади; бу кейинги дура матер пластик жарроҳлик амалиётини ўтказиш ва мия бўртиб кетган тақдирда суяк четдаги мия ярим кортексига зарар етказмаслик имконини беради. Қон пихтилари ва мия қолдиқлари суяк ойнасининг кўринадиган қисмидаги электр сўрғичнинг учи ёрдамида шўр сув оқими билан ювиб ташланади. Суяк ойнасидан ташқарида "кўр-кўрона" манипулятсия назоратсиз қон кетишининг ривожланиши билан

кортикал артериялар ёки ўтиш томирларининг қўшимча шикастланишига олиб келади. Ёритгич ёки оператсион микроскоп билан бинокуляр лупадан фойдаланиш кутбни ва фронтал ва темпорал лобларнинг асосий қисмини текширишга имкон беради. Кейинги босқич микроскопик катталаштириш остида амалга оширилади. Биполяр коагулятсиядан сўнг, мия моддаларининг ҳаётий бўлмаган жойлари ва қон қуйқалари чиқарилади. Тугалланмаган олиб ташлаш оператсиядан кейинги даврда масса таъсирини ва перифокал шиш майдонини сақлаб қолишга олиб келади. Массив субаракноид қон кетиши ва қониқарли мия пулсатсияси бўлмаса (миянинг тугалланган чурраси, мия тсистерналарининг тампонадаси, кучли мия шиши) систернотомия қилинади. Коагулятсион пинсетнинг учи ва электр ассимилятсия ёрдамида фронтал лобнинг қуБМЖга енгил тортиш қўлланилади. Оптик асабнинг магистрал қисми кириш томондан кўринади ва тўмтоқ микроқайчи ёрдамида оптик-хиазмал систерна очилади. Кейинчалик, оптокаротид систерна кетма-кет ва мақсадли равишда очилади. Ўткир бўлмаган учлари бўлган микроқайчилардан фойдаланиш қон томирларининг контактсиз ёрилиши хавфини камайтиради. Ички уйқу артериясининг медиал қисмидан ва кўриш нервининг латерал томонидан оптик-каротид тсистернанинг очилиши (тешувчи артериялар йўқ). Тсистерналарнинг очилиши силвий ёриқнинг проксимал қисмига дистал йўналишда давом этади. Кейин интерпедунсулар систерна очилади, яъни. Лилликуист мембрана. Кейинчалик, прехиазматик тсистернанинг проектсиясида диссектсия давом этади. Танклар очилганда, қон билан аралашган мия омурилик суюқлигининг оқими қайд етилади, агар керак бўлса, шўр сув билан ювиш амалга оширилади. Назорат қилиш учун чиазм визуал тарзда кўрсатилади ва мавимси рангга ега бўлган терминал плитаси очилади. Мия омурилик суюқлиги учинчи қоринча бўшлиғидан келади (Стукей оператсияси), бу оператсия давомида ИСПни сезиларли даражада камайтириш ва мия омурилик суюқлигини тўлиқ санитаризатсия қилиш имконини беради, миянинг аниқ пулсатсияси пайдо бўлади (5.39-расм).

Жиддий травматик шок ва гемодинамик бузилишлар билан кечадиган мия шикастланишининг камдан-кам ҳолларда, интраоператиф малигн мия шиши ривожланишини истисно қилиб бўлмайди. Бундай ҳолда, қўшимча манипулятсияларни қатъий равишда бажариш керак. Суяк ойнасини ён томонларга қўшимча резектсия қилиш зарурати тезда баҳоланади, темпорал мушакнинг қўшимча резектсияси амалга оширилади ва миянинг ишемик ва паст функционал жойлари чиқарилади (ўрта ва пастки

темпорал гирусларнинг олдинги учдан бир қисми). Яранинг ваҳима тикилиши қабул қилиниши мумкин емас.

Миянинг қўпол тортилишига ва жароҳатдаги ўткир манипуляцияларга йўл қўймаслик керак. Ҳаддан ташқари, ерта тромбозли томирлардан қон кетиши содир бўлганда, аспиратсиянинг камдан-кам учрайдиган даражасига доимо еътибор бериш керак. Массив диффуз капилляр қон кетиш учун гемостатик сўрилиши мумкин бўлган Суржитсел ёки Тачосомб дока ишлатилади.

Операция охирида дура матер темпорал мушак ёки периостеумнинг апоневрозидан қўшимча бўлак билан йелкан шаклида тикилади ва шу билан мия омурилик суюқлигининг айланиши, оператсиядан кейинги мия шишини амалга ошириш учун қўшимча захира бўш жой яратади. , миянинг мия омурилик суюқлиги динамикасини бузмасдан.

Операция охирида ярани олиб ташланган интракраниал гематоманинг тўшагида ёки мия тсистерналарининг проектсиясида қолдирилган нозик силикон найчалар билан дренажлаш керак, бу еса мия омурилик суюқлигини қўшимча тозалаш имконини беради.

**Чиқариш мезонлари:** ва даволанишни қаерда давом еттиришни аниқлаш бўшатиш пайтида Глазго натижалари шкаласи бўйича амалга оширилади, унга кўра 9 балл ажратилади (1,2 балл ўлимга тегишли):

<b>3 балла</b>	Доимий вегетатив ҳолат: ҳаётий функтсиялар барқарор; нерв-мушак ва алоқа функтсиялари чуқур бузилган; уйқу ва уйғониш фазалари сақланиб қолади; бемор интенсив терапия бўлимининг махсус парваришида бўлиши мумкин.
<b>4 балла</b>	Нерв-мушак етишмовчилиги: руҳий ҳолат нормал чегараларда, аммо чуқур мотор етишмовчилиги (тетраплегия) ва булбар бузилишлари беморни ихтисослаштирилган интенсив терапия бўлимида қолишга мажбур қилади.
<b>5 баллов</b>	Оғир ногиронлик: ўз-ўзига ғамхўрлик қилишга тўсқинлик қиладиган жиддий жисмоний, когнитив ва / ёки ҳиссий бузилиш. Бемор ўтириб, ўзини овқатлантириши мумкин. Ҳаракатсиз ва ҳамширалик парваришига муҳтож.
<b>6 баллов</b>	Ўртача мустақиллик етишмаслиги: руҳий ҳолат нормал чегараларда. Баъзи кундалик вазифаларни ўзи бажариши мумкин. Алоқа муаммолари. Ёрдам ёки махсус қурилмалар ёрдамида ҳаракатланиши мумкин. Амбулатор кузатувга муҳтож.
<b>7 баллов</b>	Енгил мустақиллик етишмаслиги: руҳий ҳолат нормал чегаралар ичида. Бемор ўзи учун ғамхўрлик қилади, ёлғиз ёки ташқи ёрдам билан юриши мумкин. Махсус ишга жойлашиш керак.

<b>8 баллов</b>	Яхши тикланиш: бемор аввалги ҳаёт тарзига қайтади, гарчи ҳали ҳаммаси яхши бўлмаса ҳам. Тўлиқ мустақиллик, гарчи қолдиқ неврологик бузилиш мумкин бўлса. Ёрдамсиз мустақил юради.
<b>9 баллов</b>	Тўлиқ тикланиш: соматик ва неврологик ҳолатдаги қолдиқ таъсирларсиз преморбид даражага тўлиқ тикланиш.

**Кейинги кузатув:** Невролог томонидан яшаш жойида амбулатор кузатув ва даволаниш. Реабилитатсия, у қуйидагилардан иборат:

- Физиотерапия;
- Массаж;
- Жисмоний машқлар терапияси.

Нейропротектив мақсадлар учун Серебролйсин 10 мл ИВ 10 кунгача;

**Ишлаш кўрсаткичи муолажалар ГОС бўйича ҳолатни баҳолашдир**

**4. *Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:***

1 ) манфаатлар тўқнашуви йўқлигини кўрсатиш;

Муаллифлар манфаатлар тўқнашуви йўқлигини еълон қилмайди.

2 ) эксперт маълумотлари (республика ва хорижий давлат мутахассиси)

Парфенов В.Е. – Джанелидзе номидаги Санкт-Петербург тез ёрдам инситути илмий раҳбари, т.ф.д., профессори.

3 ) баённомани кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш (баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш)

Протоколни ишлаб чиқилгандан кейин ҳар 5 йилда бир марта кўриб чиқиш тавсия этилади.

4 ) фойдаланилган адабиётлар рўйхати (баённома матнида санаб ўтилган манбаларга тегишли тадқиқот ҳаволалари талаб қилинади).

1. Лихтерман Л.Б. Бош мия жароҳатлари – диагностикаси ва даволаш. Москва «Гэотар-медиа» 2014 17 бет.
2. Потапов А.А., Крылов В.В., Гаврилов А.Г., Кравчук А.Д., Лихтерман Л.Б., Петриков С.С., Талыпов А.Э., Захарова Н.Е., Ошоров А.В., Солодов А.А Оғир травматик бош мия шикастланишини ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар. 1 қисм. Тиббий ёрдам ва диагностикани ташкил қилиш. Журнал: Н.Н. Бурденко номли Нейрохирургия саволлари. 2015;79(6): 100-106
3. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Бош мия травматик шикастланишида клиник кўрсатмалар. АНТИДОР Москва 1998.
4. European Brain Injury Consortium. EBIC-Guidelines for Management of Severe Head Injury in Adults. Acta Neurochir 1997; 139: 286-294
5. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury 4th edition. September 2016. Braintrauma.org