

O'SMIRLARDA O'TKIR QO'SHALOQ BOSH MIYA SHIKASTLANISHINI IKKILAMCHI ASORATLARINI TASHXISLASH VA PROFILAKTIKA QILISHNI TAKOMILLASTIRISH

K.A. Kuldashv¹, M.M. Tashlanov¹, J.T. Xodjaliev², Ya.M. Kuldasheva¹,
R.K. Inamova¹, Z.K. Xakimova¹, O.A. Urunbayev²

Andijon davlat tibbiyot instituti

Respublika shoshilinch tibbiy yordam markazi

Annotatsiya. Qo'shaloq jarohatlar muammosi bo'yicha o'rganish MDH va xorij mamalakatlarida oxirgi 15-20 yildan ko'p bo'lmagan vaqtda amalga oshirilmoqda. Keng miqyosdagi isbotli materiallar yig'ilib, qo'shaloq bosh-miya jarohatlarini taxshishlanishi va davolash bo'yicha qimmatli tavsiyalarni o'z ichiga olgan ilmiy ishlar paydo bo'ldi, lekin muammoning muhim tomonlari bahsli va hal qilinmagan bo'lib qolmoqda.

Professor L.B. Lixterman va boshqalar (2019) xisoblashlariga ko'ra ushbu jaroxatlar miqdori yanada ko'payishi kutilmoqda.

Qo'shaloq jarohatlardan keyingi o'lim ko'rsatkichi hali xam 86% dan yuqori raqamda qolmoqda.

Qo'shaloq jarohatlarning keng tarqalishi, o'lim k o'rsatkichini yuqori bo'lishi, bemorlarni davolash strategiyasi va taktikasiga nisbatan yagona nuqtai nazar yo'qligi jiddiy ilmiy-amaliy muammolarni borligi ko'rsatmoqda va tanlangan mavzuning dolzarb ekanligini tasdiqlanmoqda. Mazkur pozitsiyalardan ikkilamchi omillarni shikastlarda samarasini kamaytirish maqsadida bosh miyaga ikkilamchi shikastlanish ta'siridan kelib chiqqan holatlarni diagnostika qilish, monitoring qilish, profilaktika va davolash bo'yicha yangi yondashuvlar ishlab chiqishning dolzarb ekanligi muximligi aniklanmoqda.

Kalit so'zlar: Qo'shaloq bosh miya shikastlanishi, intratserebral gematoma, ikkilamchi miya shikastlanishi.

IMPROVING THE DIAGNOSIS AND PREVENTION OF SECONDARY COMPLICATIONS ACTUE TRAUMATIC BRAIN INJURY IN ADOLESENSE

K.A. Kuldashv¹, M.M. Tashlanov¹, Zh.T. Khojaliev², Y.M. Kuldasheva¹,
R.K. Inamova¹, Z.K. Khakimova¹, O.A. Urunbaev²

Andijan State Medical Institute, Andijan branch

Republican Center for Emergency Medical Care

Annotation. In recent years, in Uzbekistan there has been an increase in the study of the problems of combined trauma; they have been conducted not only in the CIS countries and abroad for not much more than 15-20 years. Extensive factual material has been accumulated, works have been published containing valuable recommendations for the

treatment of combined traumatic brain injuries, but many important aspects of the problem remain controversial and unresolved.

According to the forecasts of L.B. Lichterman et al. A further increase in the incidence of TBI is expected.

Mortality from combined trauma still remains high – 86%.

Thus, the widespread occurrence of combined diseases, high mortality, and the lack of a common point of view regarding the strategy and tactics of treating patients indicate serious scientific and practical problems and confirm the relevance of the chosen topic. From these positions, the importance of developing new approaches to the diagnosis, monitoring, prevention and treatment of conditions caused by secondary brain damage is emphasized in order to reduce the influence of secondary factors of injury.

Keywords: combined traumatic brain injury, intracerebral hematoma, secondary intracranial damage

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ПОДРОСТКОВ

К.А. Кулдашев¹, М.М. Ташланов¹, Ж.Т. Ходжалиев², Я.М. Кулдашева¹,
Р.К. Инамова¹, З.К. Хакимова¹, О.А. Урунбаев²

Андижанский Государственный Медицинский Институт
Республиканский центр экстренной медицинской помощи

Аннотация. В последние 15-20 лет, не только в странах СНГ и за рубежом, а также в Узбекистане отмечается повышение изучения проблемы сочетанной травмы. Накоплен обширный фактический материал, вышли в свет работы, содержащие ценные рекомендации по лечению сочетанных черепно-мозговых травм, однако многие важные стороны проблемы остаются спорными и нерешёнными.

По прогнозам Л.Б. Лихтермана и соавт. ожидается дальнейшее увеличение частоты СЧМТ.

Смертность от сочетанной травмы до сих пор остается на высоких цифрах - 86%.

Широкое распространение сочетанной, высокая смертность, отсутствие единой точки зрения относительно стратегии и тактики лечения больных свидетельствуют о серьезных научных и практических проблемах и подтверждают актуальность выбранной темы. С этих позиций подчеркивается важность разработки новых подходов к диагностике, мониторингу, профилактике и лечению состояний, вызванных вторичным поражением головного мозга, с целью снижения влияния вторичных факторов травмы

Ключевые слова: сочетанные черепно-мозговые травмы, внутримозговая гематома, вторичные повреждения головного мозга.

Muammoning dolzarbligi. Qo'shalok jarohatlar muammosi bo'yicha o'rganish MDH va xorij mamalakatlarida oxirgi 15-20 yildan ko'p bo'lmagan vaqtda amalga oshirilmoqda. Keng miqyosdagi isbotli materiallar yig'ilib, ko'shalok bosh-miya jarohatlarini tasxishlanishi va davolash bo'yicha qimmatli tavsiyalarni o'z ichiga olgan ilmiy ishlar paydo bo'ldi, lekin muammoning muhim tomonlari bahsli va hal qilinmagan bo'lib qolmoqda.

Professor L.B. Lixterman va boshkalar (2019) xisoblashlariga ko'ra ushbu jaroxatlar miqdori yanada ko'payishi kutilmoqda.

Qo'shaloq jarohatlardan keyingi o'lim ko'rsatkichi hali xam 86% dan yuqori raqamda qolmoqda.

Yuqori o'lim va nogironlashtirish sabablarini tahlil qilish muammo to'g'risidagi zamonaviy fikrlarni shakllantirish imkonini berdi. Birlamchi shikastlar bilan birga, ikkilamchi bosh miya jaroxatlari ham mavjud ekani aniqlandi. Bular ekstrakranial omillar: gipoksiya, arterial gipo va gipertenziya, gipertermiya, gaz almashinuvi va ichki gomeostazning buzilishi, shuningdek, intrakranial omillar (bosh chanoq ichidagi gipertenziya, serebral qon aylanishi va metabolizmning buzilishidir).

Shunday qilib, qo'shaloq jarohatlarning keng tarqalishi, o'lim ko'rsatkichini yuqori bo'lishi, bemorlarni davolash strategiyasi va taktikasiga nisbatan yagona nuqtai nazar yo'qligi jiddiy ilmiy-amaliy muammolarni borligi ko'rsatmoqda va tanlangan mavzuning dolzarb ekanligini tasdiklanmoqda. Mazkur pozitsiyalardan ikkilamchi omillarni shikastlarda samarasini kamaytirish maqsadida bosh miyaga ikkilamchi shikastlanish ta'siridan kelib chiqqan holatlarni diagnostika qilish, monitoring qilish, profilaktika va davolash bo'yicha yangi yondashuvlar ishlab chiqishning dolzarb ekanligi muximligi aniqlanmoqda.

Bemorlarning shikast daraja standartlarini ishlab chiqishda neyrodagnostik va neyroxirurgik standartlarni yaratish dolzarbligi muxim.

Shu sabab qo'shaloq bosh miya jaroxatlari bor bemorlarga shoshilinch tibbiy yordam sharoitida ko'rsatiladigan tibbiy yordam xajmini yangi algoritmini takomillashtirishning samarali yo'llarini o'rganish zarurligi paydo bo'ladi.

Olingan natijalarni amaliyotga tadbqiq qilish tufayli shikastlangan bemorlar hayot sifatini yaxshilash imkoniyati tug'iladi.

Bunda miyada ikkilamchi shikastlanish mexanizmini tushuntirish zarurligi, shu omillarni hisobga olgan holda, jarohatlanganlarni konservativ davolash uchun tegishli algoritm barpo etilishi, shuningdek, qo'shaloq bosh miya jaroxatlar natijalarini baholash uchun imkoniyat paydo bo'ladi.

Og'ir qo'shaloq bosh miya jarohalar o'rnatilganda diagnostika vazifalari reanimatsiya tadbirlari bilan bir vaqtda hal etilishi kerakligi yaqqol ko'rinadi. Ko'plab mualliflarning fikriga ko'ra, klinik tahlil, asbob-anjomli diagnostika usullari bilan to'ldiriladi. Birinchi navbatda qarama-qarshi ko'rsatma yo'qligi va bir necha daqiqalarda tashxisni aniqlash imkoniyatlariga ko'maklashish imkoniyati bo'lgan qonsiz, og'irsiz tadqiqot usullari qo'llanilishi zarurligi aniqlanadi. Ushbu ish keltirilgan har bir komponentni neyrotravmatologiya taktikasi pozitsiyasidan kelib chikib batafsil tadqiqot qilish zarurligini aniqlaydi.

Izlanishning maqsadi. O'smirlarda o'tkir qo'shaloq bosh miya shikastlanishini ikkilamchi asoratlarini tashxislash va profilaktika qilishni algoritmlarini yaratish asosida bemorlar hayot sifatini yaxshilash.

Material va usullar. Klinik ko'rinishning simptomlari va dinamikasini o'rganish, diagnostika va davolash algoritmlarini ishlab chiqish maqsadida 2020-2024-yillarda bolalar neyrotravmatologiya bo'limida yotqizilgan 150 nafar o'smir bemorni kompleks tekshirish va davolash ishlari amalga oshirildi. Travmatik bosh miya shikastlanishi tashxisi bilan, olingan natijalarni tahlil qilish shikastlanishning tabiati va og'irligini, jabrlanganlarning ahvolini, klinik va instrumental tadqiqotlar ma'lumotlarini va ko'rsatilgan reanimatsiya choralarini baholashning yagona mezonlari asosida amalga oshirildi. An'anaviy ravishda barcha bemorlar ularning holatini baholash va ixtisoslashtirilgan diagnostika va

terapevtik yordam ko'rsatishga yondashuvlar nuqtai nazaridan 2 guruhga bo'lindi. Guruhlarga bo'lish mezoni 2020 yildan boshlab o'tkir travma davrida shikastlanganlarni davolashning klinik amaliyotiga O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan ishlab chiqilgan klinik diagnostika standartlari (KDS) yagona protokolini (ma'lum ketma-ketlik) joriy etish edi. O'zbekiston Respublikasi, bu og'ir BMQSh ning o'tkir davrida intensiv terapiya bo'yicha xalqaro tavsiyalarning tegishli qoidalariga asoslangan edi (Yo'riqnoma, 1995, 2015, 2020). Tadqiqot davomida olingan ma'lumotlar va bemorlarning tanlangan guruhlarida davolashning korrelyatsion tahlili o'tkazildi, diagnostik va terapevtik yordam ko'rsatish sxemalari aniqlandi va ishlab chiqildi va shu asosda ixtisoslashtirilgan neyroxirurgik tibbiy yordam ko'rsatish uchun optimal diagnostika va davolash algoritmlari ishlab chiqildi. BMQSh ning o'tkir davridagi parvarishlash belgilandi. O'zbekiston Respublikasida qabul qilingan KDS sxemasi bo'yicha olingan ma'lumotlarning qiyosiy korrelyatsion tahlili asosida, bunda LOR shifokori, oftalmolog, nevropatolog, psixiatr va neyropsixologning birgalikdagi bir vaqtdagi ko'rigidan o'tkazildi. BMQSh bilan shikastlanganlarning monitoringi quyidagi ko'rsatkichlar va usullarni o'z ichiga oladi: Ong darajasini baholashda, fokal bosh miya shikastlanishi belgilari dinamikasini kuzatish. Kardiologik monitorlar yordamida hayotiy funktsiyalarni kuzatishning standart usullari qo'llanildi. O'rganilgan bemorlarda – yurak urish tezligi, nafas olish, qon bosimi va o'rtacha qon bosimi, tana harorati, puls oksimetriya usuli yordamida aralash qon to'yinganligi o'rganildi. Markaziy vena bosimini standart usullar yordamida o'lchandi.

Qondagi gaz almashinuvi gaz analizatori yordamida qonning kislota-ishqor holatini baholash, shuningdek, glyukoza konsentratsiyasini o'rganish orqali nazorat qilindi, laktat esa Ciba Corning-644 va Cobas Fara biokimyoviy analizatorida aniqlandi. Albumin, umumiy protein miqdori xam ushbu apparatlarda aniqlandi. Kreatinin, karbamid, azot esa FP-900 analizatorida aniqlandi.

Suv-tuz balansining holati, natriy va kaliy ko'rsatkichlari asosida tahlil qilingdi, siydik osmolyarligi Ciba Corning-644, Corning-902 (AQSh) apparati yordamida aniqlandi.

Shuningdek, C-reaktiv oqsil, fibrinogen darajasi, qon leykotsitlarining umumiy soni, umumiy qon taxlili va bakteriologik tadqiqotlar BMQSh ning o'tkir davrida o'rganildi.

Protrombin indeksi, fibrinogen darajasi va qondagi trombositlar ham bir vaqtning o'zida o'rganildi.

Kompyuter tomografiyasi tekshiruvi Tomoskan-LX (Phillips) va CT-MAX (General Electric) tomograflarida o'tkazildi. Intrakranial qon ketishining hajmi quyidagi formula yordamida aniqlandi:

$$V=(A*B*C),$$

V – qon ketishining hajmi,

A, B, C – uning turli diametrlari.



Rasm 1. Intraserebral gematomali bemor N.ning MRT

O'lchovlar tomograf displeyda yoki kompyuter tomogrammalarida retrospektiv tarzda, kompyuterni zararli ta'sirlarini kamaytirish omilini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

MRT tekshiruvi esa Magnetom 42SP ("Siemens") va Signa Horizon ("General Electric") apparatlari yordamida, ba'zida T1 va T2 rejimlarida tomir

ichiga kontrastli Omnioscan qo'llanilishi bilan amalga oshirildi. Transkraniyal Doppler ultratovush tekshiruvi Medasonics (AQSh) kompaniyasining Traspect qurilmasi yordamida amalga oshirildi. Tadqiqot vaqtida yurak urish tezligi va qon bosimi kuzatildi (invaziv bo'lmagan osilografik usul), PaCO₂ nazorat qilindi va bemorlar transkraniyal oksimetriya (Somanetics'dan Invos 3100 oksimetr) (AQSh) yordamida tekshirildi.



Rasm 2. Transkraniyal dopplerografiya).

Natijalar. Keng qamrovli tadqiqotda biz standartlar asosida tuzilgan klinik, instrumental, biokimyoviy va keyingi tadqiqotlarning keng doiradagi ma'lumotlarini, shuningdek jarrohlik va konservativ davolashning asosiy variantlarini qamrab olgan kompyuterlashtirilgan rasmiylashtirilgan tibbiy tarixdan foydalandik. Olingan ma'lumotlar Microsoft Excel dasturi yordamida qayta ishlandi va ularning statistik ahamiyati aniqlandi (Student's t.p testi), korrelyatsiya-regressiya tahlili va boshqa korrelyatsiyalar o'tkazildi. Shikastlanganlarning yaxlit holatini diagnostika tadbirlari ketma-ketligi va kompleksini tanlash, intensiv terapiya usullarining tartibi va kombinatsiyasini tanlash nuqtai nazaridan, shuningdek prognoz nuqtai nazaridan baholashning eng muhim asosiy xususiyatlaridan biri bu baholash edi. Kasalxonaga yotqizilgandagi shikastlanganlarning og'irligi, ushbu muammoni ishlab

chiquvchi mutlaqo barcha tadqiqotchilar vaziyatning og'irligining eng muhim ko'rsatkichi va shunga mos ravishda travmatik miya shikastlanishi darajasi Glazgo koma shkalasida aniqlandi.

Bosh miya shikastlanishi bo'lsa, Glazgo koma shkalasi o'tkir davrda bemorning ahvolini va shunga mos ravishda miya shikastlanishining og'irligini aniqlash uchun asosiy ko'rsatkichdir – bu ko'rsatkich intensiv terapiya bo'limiga yotqizilgan barcha shikastlanganlarga nisbatan bir xilda ishlatildi. Bemorlarning ikkita asosiy guruhida ushbu mezon bo'yicha jaroxatlanganlarning taqsimlanishini solishtirish biz uchun ayniqsa muhim bo'lib xissoblandi. Shuni ta'kidlash kerakki, ko'rib chiqilayotgan guruhlarda BMQSh og'irligiga ko'ra, bemorlar quyidagicha taqsimlangan, shuningdek ochiq-33% va yopiq-67% BMQSh bilan kuzatildi.

Jadval 1.

Shikastlanganlarning holatning og'irligi bo'yicha taqsimlanishi

Bosh miya chayqalishi	62%
Bosh miya lat yeyishi yengil daraja.	18%
Bosh miya lat yeyishi o'rta daraja.	15%
Bosh miyaning lat yeyishi og'ir daraja.	5%
DASh (og'ir)	10%
Ochiq BMQSh	35%
Yopiq BMQSh	65%

1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, bizning tadqiqotimizda 62% hollarda bosh miya chayqalishi, ya'ni yengil diffuz bosh miya shikastlanishi qayd etildi. Ishimizning asosiy maqsadiga asoslanib, og'ir travmatik bosh miya shikastlanishi fonida shikastlanishning o'tkir davri va jaroxatlanganlarning og'ir ahvoli bilan birga keladigan ikkilamchi miya shikastlanishi omillarini aniqlash zarurati o'rganildi. Biz va bir qator boshqa mualliflar tomonidan ilgari taklif qilingan shartli bo'linishdan BMQSh ning o'tkir davrida bosh miya

shikastlanishining intrakranial va ekstrakranial omillariga ikkilamchi omillarga ajratdik. Qo'shaloq shikastlanishlarning diagnostikasi va davolashini optimallashtirish uchun biz kombinatsiyalangan BMQSh ning o'zgartirilgan tasnifini ishlab chiqdik va taklif etmoqdamiz.

Biz og'ir BMJ ni og'ir DASH va bosh miya og'ir ezilishi deb tasniflaymiz. Bularga og'ir bosh miya lat yeyishi hamda o'rta og'ir bosh miya lat yeyishi kiritildi. BMJ ning og'ir bo'lmagan holatlariga esa bosh miyaning chayqalishi va yengil lat yeyishi kiritildi.

Ekstrakranial og'ir jarohatlarga- son suyagi, boldir suyagi, tos suyagi va boshqa naysimon suyaklarining ko'p sinishi, oyoq-qo'l suyaklarining ko'p sonli sinishi, umurtqa pog'onasining turg'un va noturg'un sinishi va chiqib ketishi kiradi. Ekstrakranial yengil jaroxatlarga esa qo'l, oyoq suyaklarining yopiq sinishi, bilak suyaklari, tirsak suyaklari, burun, 1-3 qovurg'alarining bir tomonlama yopiq sinishi, tana mushaklari va yumshoq to'qimalarning lat yeyishi kiritildi.

2-jadval

Shifoxonaga qabul qilingan BMQSh bilan shikastlangan bemorlarda ikkilamchi shikastlovchi omillari

Guruhlar	Intrakranial gematomalar	Klinik gipertenziya belgilari	Dislokatsiya sindromi belgilari
I	62,2%	71,4%	37,4%
II	54,8%	90,6%	38,6%

Taqdim etilgan jadvaldan ko'rinib turibdiki, bemorlar ikkilamchi bosh miya shikastlanishining intrakranial omillari mavjudligiga ko'ra ikkita asosiy guruhga deyarli teng taqsimlangan. Bu, shuningdek, Mann-Whitney mezoniga ($P \geq 0,05$) muvofiq U-testidan foydalangan holda materialni statistik qayta ishlash bilan tasdiqlangan.

Biz shikastlanganlarning ikki guruhi o'rtasidagi taqqoslash natijasida olingan 2-jadvalda keltirilgan ko'rsatkichlarning statistik tahlilini o'tkazdik. Garchi ikkinchi guruhda intrakranial gematomalar va dislokatsiya ko'rinishlari bo'lgan jaroxatlanganlar soni biroz kamroq bo'lsa-da (statistik farqlar ahamiyatli emas – $P \geq 0,05$), ammo intrakranial gipertenziya klinik belgilari bo'lgan jaroxatlanganlar soni sezilarli darajada ko'p ($P \leq 0,05$). Bu omil BMQSh ning o'tkir davrida ikkilamchi bosh miya shikastlanishining rivojlanishida yetakchi hisoblanadi.

Intrakranial infeksiyon asoratlari kabi omil ushbu jadvalga kiritilmagan. Shu bilan birga, ularning 50% dan ortig'i qabul qilinganidan keyin jarohatning tabiati (yopiq, ochiq) va likvoreya mavjudligi sababli yaqin soatlar va kunlarda bunday asoratlarning rivojlanishi uchun aniq shartlarga ega emas edi. Keyinchalik, I va II guruhdagi bemorlarda bosh miya va uning membranalarida yiringli-yallig'lanish asoratlarning paydo bo'lishi qayd etildi.

Adabiyotlarga ko'ra, intrakranial tabiatning yiringli-yallig'lanish asoratlari rivojlanishiga yordam beruvchi omillar (Grinberg M.S., 2007):

- Bosh suyagi va miyaning penetran jaroxatlari;
- Bosh suyagi gumbazi va asosining ochiq sinishlari;
- Burun va / yoki quloqdan likvoreyaning mavjudligi.

Biz shikastlanganlarning ikkita asosiy guruhida intrakranial yiringli-yallig'lanish asoratlarning rivojlanishiga moyil bo'lgan omillarning paydo bo'lish darajasini tahlil qildik (3-jadval).

Jadval 3.

Shikastlanganlarni intrakranial yiringli-yallig'lanish asoratlari rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar bo'yicha taqsimlanishi

G	Yopiq	Ochiq BMJ		Profuz
I	19,2%	65%	20%	11%
II	5,8%	35%	18%	12%

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, ochiq BMJ ni aniqlash darajasi 2-guruh (35%) shikastlanganlarda 1-guruhda (65%) nisbatan bir oz yuqori bo'ldi. Bu

jaroxatlarning 2-guruhida – 18%, 1-guruhdagidan – 20% - 2% ga ko'proq likvoreya aniqlandi. Shu bilan birga, intrakranial yiringli-yallig'lanishli asoratlarning darajasi, aksincha, shikastlanganlarning I guruhida ikki baravar yuqori ekanligi qayd etilgan. Ular 39 bemorda (16%), II guruhda esa 10 bemorda (7,6%) sodir bo'ldi. Shunday qilib, birinchi guruhda ko'p miqdorda burun va / yoki aurikulyar likvoreya fonida meningoensefalit bilan kasallanish 38,3% (47 bemordan 18 tasi), II guruhda esa 16,2% hollarda (37 bemordan 6 tasida) sodir bo'ldi. Mikrobiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, meningoensefalit rivojlanishiga sabab bo'lgan mikroflora spektri ikkala guruhda ham sezilarli darajada o'zgarmagan va asosan gramm-musbat va gramm-manfiy flora bilan ifodalandi (4-jadval).

Jadval 4.

Bemorlarning ikki guruhidagi miya likvorologik suyuqligining mikrobiologik tahlili ma'lumotlari.

Miya likvorologik suyuqligidan patogen flora	Ventrikulyar	Lumbar
Gramm musbat.	41%	59%
Staphylococcus epid.	21%	39%
Staphylococcus haem.	—	12%
Streptococcus spp.	21%	—
Enterococcus spp.	—	11%
Gramm manfiy	38%	22%
Klebsiellapneum.	41%	19%
Fermentatsiyasiz	21%	—
Acinetobactercalcoac	21%	—
Aniqlanmaydigan	—	23%
Gramm (-)	-	11%
Gramm (+)	-	11%

Shu munosabat bilan, II guruhdagi bemorlarda intrakranial yiringli-yallig'lanish asoratlarning sezilarli (2 baravardan ko'proq) kamayishi, birinchi navbatda, diagnostika va terapevtik va xirurgik chora-tadbirlar algoritmi, profilaktika xususiyati bilan bog'liqligi aniqlandi.

Aniqlangan patogenlarning tabiati shuni ko'rsatdiki, ikkala guruhning shikastlanganlarida yiringli-yallig'lanishli asoratlarni rivojlanish ehtimoli juda yuqoriligi kuzatildi.

Biroq, I va II guruhlarda intrakranial xarakterdagi yiringli-yallig'lanish asoratlarning paydo bo'lishiga moyil bo'lgan omillarning soni va tabiati sezilarli darajada farq qilmasa-da (4-jadval), ulardagi sezilarli farq keyinchalik paydo bo'lib, o'zini-o'zi og'irlashtirish sindromi asoratlari sifatida ko'rsatdi.

Xulosa.

1) Shunday qilib, ikkilamchi intrakranial patogenetik mexanizmlar BMQSh ning klinik ko'rinishida hal qiluvchi rol o'ynaydi, intrakranial gipertenziya, miya shishi, uning harakatlanishi va deformatsiyasi, gemodinamika va qon aylanishining buzilishi, miya metabolizmining buzilishi, shuningdek, likvorologik yallig'lanishning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Kasalliklar, asoratlar ushbu ikkilamchi shikastlanish mexanizmlarining paydo bo'lishi va evolyutsiyasi ekstremal vaqtga bog'liq va BMQSh dagi travmatik bosh miya shikastlanishining klinik shakli bilan kuchli aloqaga ega.

2) O'smirlarda o'tkir BMQShri jaroxatdan keyingi birinchi 3 soat kompleks tekshirish va davolash sora-tadbirlarini bajarish letal xolatlari 30-50% gacha kamaytirish mumkin.

Foydalanilgan adabiyot ro'yxati:

1. Абузайд, Салех Мохамед Али диссертация – кандидата медицинских наук: 14.00.28 Москва 2005
2. Алейник В.А. Оценка чувствительности лимфоцитов к тироксину при сочетанных черепно-мозговых травмах. | Статья в журнале «Молодой ученый» М.: 2020

3. Алексеев, Кирилл Николаевич диссертация – кандидата медицинских наук: 14.00.19 Санк- Петербург 2006 .
4. Алиева, Наиля Анваровна диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.28. Москва 2002
5. Башкиров М.В., Шахнович А.Р., Лубнин А.Ю. Внутричерепное давление и внутричерепная гипертензия // Рос. журн. анестезиол. и интенсив, тер. 1999. № 1. С. 4-11.
6. Бащинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиции доказательной медицины. М.: Медиасфера, 2004.135 с.
7. Гаврилов А.Г. Диагностика и тактика лечения базальной ликвореи в остром периоде черепно-мозговой травмы: дис.... канд. мед. наук. М., 2003.
8. Гаврилов А.Г., Кравчук А.Д., Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н. и др. Переломы основания черепа: клинические и прогностические аспекты // Вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. 2004. № 3. С. 17-24.
9. Гайтур Емиль Ильич Повреждения головного мозга при тяжелой ЧМТ: диссертация – доктора медицинских наук: 14.00.28 Москва 1999.
10. Гринь А.А. // Тактика лечения внутричерепных травматических эпидуральных с субдуральных гематом малого объема (до 50 см. куб.) супратенториальной локализации: автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1999.
11. Горшков М. Нервные болезни. М.: 2016. ВКЗ. М.: 2019
12. Aarabi B., Alden T., Chesnut R.M., Downs J.H. et al. Management and prognosis of penetrating brain injury// J. Trauma. 2001. Vol. 51, suppl. P. 44-49.
13. Adeloye A., Shokunbi M.T. Immediate bone replacement in compound depressed skull fractures // Cent. Afr. J. Med. 1993. Vol. 39. P. 70-73.
14. Alberico A., Ward J., Choi S., Marmarou A. et al. Outcome after severe head injury. Relationship to mass lesions, diffuse injury, and ICP course in pediatric and adult patients //J. Neurosurg. 1987. Vol. 67. P. 648-656.
15. Alexander E., Ball M., Laster D. Subtemporal decompression: Radiological International working party on the management of the vegetative state: summary report // Brain Injury. observations and current surgical experience // Br. J. Neurosurg. 1987. Vol. 1. P. 427- 433.
16. Andrews B.T., Chiles B.W., Olsen W.L., Pitts L.H. The effect of intracerebral hematoma location on the risk of brainstem compression and on clinical outcome // J. Neurosurg. 1988. Vol. 69. P. 518-522.