

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASINING OLIY VA O‘RTA MAXSUS
TA‘LIM VAZIRLIGI**

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

UDK:616-001-831-8-009

JO‘RAQULOVA RAMZIYA HAQQUL QIZI
BOSH MIYA JAROHATLARI BO‘LGAN BEMORLARDA PREMORBID
FON BILAN BIRLASHTIRILGAN KLINIKO-NEVROLOGIK
SINDROMLARNING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI.

5A 510109 Nevrologiya mutaxassisligi
Nevrologiya bo‘yicha magistrlik ilmiy daraja uchun

Ilmiy rahbar:
dotsent. Igamova S.S.

Samarqand-2023

MUNDARIJA

MATNDA FOYDALANILGAN QISQARTMALAR	3
KIRISH	4
1-BOB. ADABIYOTLAR SHARHI	6
1.1. Epidemiologiya	6
1.2. BMJ oqibatlari patogenezining ayrim jihatlari.	7
1.3. BMJ uzoq davrining klinik ko'rinishi.	11
1.4. BMJ oqibatlarining tasnifi.	19
1.5. BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish.	24
2-BOB. TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI	29
3-BOB. TADQIQOTLAR NATIJALARI.	34
3.1. Bemorlarning klinik xususiyatlari.	34
3.2. 1-2 guruh bemorlarning qiyosiy tahlili.	48
3.3. BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarning hayot faoliyatini cheklash.	59
3.4. BMJ oqibatlari va uning dinamikasi bo'lgan bemorlarda nogironlik mezonlari.	66
3.5. BMJ ni o'tkazgan bemorlar va nogironlarni reabilitatsiya qilish.	82
YAKUNIY QISM	87
XULOSA	96
AMALIY TAVSIYALAR	96
ADABIYOTLAR RO'YXATI	97

MATNDA FOYDALANILGAN QISQARTIRISHLAR:

TIEB - Tibbiy va ijtimoiy ekspertiza byurosi

BEF - bioelektrik faollik

ShEM - shahar epileptologiya markazi

YBMJ - yopiq bosh miya shikastlanishi

IRD - individual reabilitatsiya dasturi

KT - kompyuter tomografiyasi

MRT - magnit-rezonans tomografiya

TIE - tibbiy va ijtimoiy ekspertiza

HFCh- hayot faoliyatini cheklash

OBMJ - ochiq bosh miya shikastlanishi

ShKE – shikastlanishdan keyingi epilepsiya

PET - pozitron emissiya tomografiyasi

REG - reoensefalografiya

VDS - vegetativ distoniya sindromi

UTDG - ultratovushli dopplerografiya

OMS – orqa miya suyuqligi

BMJ – bosh miya jarohati

EPT - eksperimental psixologik tekshiruv

EES – exoensefaloskopiya

EEG – elektroensefalografiya

KIRISH

Mavzuning dolzarbligi.

Miya travmatik shikastlanishlari aholi salomatligining muhim muammosidir. Zamonaviy dunyoda ko'plab texnologiyalar, transport va odamlar, ayniqsa yoshlar neyrotравmalarga duchor bo'lmoqdalar. Jabrlanganlar sonining ko'pligi, o'lim darajasi va doimiy nogironligi muammoni dolzarb qiladi. Neyrotравma jamiyatga ijtimoiy va iqtisodiy zarar keltiradi. Jarohatlarning butun strukturasi markaziy asab tizimining shikastlanishi 35% ni tashkil qiladi, o'lim va nogironlik darajasi bo'yicha esa ular birinchi o'rinni egallaydi (1). Shu munosabat bilan, birinchi navbatda, shikastlanish fakti va bosh miya jarohatlarning uzoq muddatli oqibatlarining raqamli ko'rsatkichlari qiziqish uyg'otadi. Adabiyot ma'lumotlari neyrotравmaga uchragan bemorlarning miqdori va sifati belgilarini asosiy klinik va nevrologik belgilarga ko'ra tavsiflaydi, ammo avtonom nerv tizimining adantativ mexanizmi va limbik-retikulyar kompleksning o'ziga xos bo'lmagan tuzilmalari, ayniqsa dekompensatsiya kasalliklarini keltirib chiqaradigan ekzogen va endogen omillar ta'siri e'tibordan chetda qoladi. Qizig'i shundaki, bosh miya jarohatining o'tkir davrida klinik va nevrologik alomatlar juda xilma-xil, yorqin va jarohatdan uzoqda bo'lgan davrda alomatlar kam bo'lib, bemorlarga ko'plab qo'shimcha diagnostik tadqiqotlar kerak.

Maqsad. Bosh miya jarohati oqibatlarining klinik va nevrologik belgilarini o'rganish.

Vazifa.

1. Bosh miya jarohati oqibati bo'lgan bemorlarning klinik va nevrologik tuzilishini o'rganish.
2. Bosh miya jarohati bilan og'rigan bemorlarning klinik va nevrologik sindromning premorbid fonga bog'liqligini tahlil qilish.
3. Bosh miya jarohati bilan og'rigan bemorlarda tadqiqot usullarining diagnostika samaradorligini o'rganish
4. Bosh miya jarohati bilan og'rigan bemorlarni davolashda oqilona yondashuvlarni asoslash va amaliyotga tadbiq etish

Ilmiy yangilik. Samarqand shahridagi bosh miya jarohati bilan og‘rigan bemorlarning tarqalishi, etiologiyasi va epidemiologiyasi o‘rganildi. Asosiy klinik va nevrologik sindromlarning muntazamligi kasallikning davomiyligiga qarab, premorbid fonga va post-travmatik jarayonning dekompensatsiyasi omillariga qarab o‘rganildi. Bosh miya jarohati oqibatlarini nevropsixiatrik ko‘rinishlarning kuchayishi va premorbid fonni hisobga olgan holda oqilona patogenetik davolash taklif qilindi.

Tadqiqot ishning aprobatsiyasi: Dissertatsiya mavzusi 14.12.2020-yil kafedra muhokamasida, 23.12.2020 yil universitet muammollar komissiyasida va 09.01.2021-yil pediatriya fakulteti ilmiy kengashida tasdiqlangan. Dissertatsiya ishining dastlabki himoyasi ____ yil _____ kuni kafedra yig‘ilishida, 2023yil _____ ”. kuni kafedralararo muhokamasida o‘tkazilgan.

Tadqiqot natijalarining e‘lon qilinganligi: Dissertatsiya mavzusi bo‘yicha jami 5 ta ilmiy ish, jumladan 3 ta ilmiy maqola va 2 ta tezislar nashr etilgan.

Dissertatsiyaning tuzulishi va hajmi: Dissertatsiya kirish, adabiyotlar sharhi, material va metodlar tavsifi, to‘rtta bob, xotima, xulosa, amaliy tavsiyalar, adabiyotlar ro‘yxatidan tarkib topgan. Dissertatsiya hajmi 100 bet, 26 ta jadval va 10 ta rasmni tashkil etadi.

1-BOB. ADABIYOTLAR SHARHI

1.1. Epidemiologiya.

Jarohatlarning umumiy tuzilishida BMJ 30-50% ni tashkil qiladi. Chastotasi yiliga 100 000 aholiga 180 dan 540 tagacha. Erkaklar ayollarga qaraganda 2-3 barobar ko'proq BMJ bilan kasallanadilar. Eng ko'p zarar ko'rgan kontingent 20-39 yoshdagi erkaklardir. [18,23].

Yevropa, Shimoliy Amerika va Yaponiya mamlakatlarida BMJ tuzilishi boshqacha ko'rinadi, bu yerda yo'l-transport jarohatlari birinchi o'rinda turadi, ular 30 dan 51% gacha va Singapurda 70% gacha [89].

BMJdan keyin to'liq tiklanish faqat jabrlanganlarning 30-50 foizida sodir bo'ladi. Buning oqibati nogironlikning yuqori chastotasi va og'irligidir. Butun dunyoda BMJning ijtimoiy ahamiyati mahalliy va xorijiy mualliflarning tadqiqot ma'lumotlari bilan tasdiqlangan. Har yili barcha lokalizatsiya jarohatlari tufayli birinchi marta nogiron deb tan olingan odamlarning umumiy sonining 35% dan ortig'i BMJ oqibati bo'lgan odamlardir. Mubolag'asiz aytish mumkinki, BMJ asab tizimining shikastlanishlari orasida nogironlikning shakllanishida yetakchi o'rinni egallaydi.

Ushbu ma'lumotlar BMJning ulkan tibbiy va ijtimoiy ahamiyatini tasdiqlaydi, chunki: ijtimoiy, mehnat va harbiy jihatdan eng faol odamlarning ustun mag'lubiyati; vaqtincha mehnatga layoqatsizlik tufayli ish vaqtining yuqolishi bilan bog'liq iqtisodiy zarar; jabrlanganlarning nogironligining yuqori darajasi va og'irligi.

1.2. BMJ oqibatlari patogenezining ayrim jihatlari.

Zamonaviy nuqtai nazardan, BMJ oqibatlarini "...miya va uning integumentlari shikastlanishiga javoban rivojlanadigan distrofik, degenerativ, rezorbtiv, reparativ va boshqa jarayonlarning evolyutsion ravishda oldindan belgilangan va genetik jihatdan mustahkamlangan majmuasi" deb hisoblash mumkin. [Lixterman L.B. va boshqalar, 2003].

Ta'sir mexanizmiga ko'ra, BMJ tufayli miya shikastlanishi birlamchi va ikkilamchiga bo'linadi [Krillov V.E., Lebedev V.V., 2000]. Birlamchi shikastlanishlar travmatik kuchlarning bosh suyakka, miya pardasi va miya to'qimalariga, miya tomirlari va miya likvor suyuqligi tizimiga bevosita ta'siri natijasida yuzaga keladi. Patogen xususiyatlarga, shuningdek, qayta tiklanmaydigan shikastlangan to'qimalarning avtolizlanishi natijasida ajralib chiqadigan gistotoksik moddalar ham mavjud. Shuningdek, miya tomirlarining spazmini va miya to'qimalarining uzoq muddatli ishemiyasini saqlashga yordam beradigan qon parchalanish mahsulotlari (subaraknoid yoki parenximal qon ketish bilan) ham asosiy patogenetik omil hisoblanadi [Xlunovskiy A.N., Starchenko A.A., 1999]. Mexanik energiyaning turiga, uning kinetikasiga, yo'nalishi va qo'llanilish joyiga qarab, fokal ko'karishlar, diffuz aksonal shikastlanishlar, intrakranial gematomalar, magistral yoriqlar va ularning kombinatsiyasi kabi birlamchi shikastlanishlar paydo bo'lishi mumkin. Birlamchi strukturaviy zarar miya jarohatining ikkilamchi omillari rivojlanishi uchun turtki bo'lishi mumkin.

Ikkilamchi zarar miya to'qimalariga jarohatning bevosita ta'siri bilan bog'liq emas. Ular miyaning cheklangan yoki keng tarqalgan hududlarida ishemiya, shish yoki qon ketishiga olib keladigan ikkilamchi mexanizmlardan kelib chiqadi. BMJning o'tkir va oraliq davriga xos bo'lgan shikastlanishning ikkilamchi intrakranial va ekstrakranial mexanizmlari ajratiladi. Birinchisiga quyidagilar kiradi: intrakranial gematomalar bilan miyaning siqilishi; subaraknoid va intraventrikulyar qon ketishlar natijasida kelib chiqqan gemo- va suyuqlik aylanishining buzilishi; shish, giperemiya yoki venoz qon ko'pligi tufayli miyaning shishishi; intrakranial infeksiyalar; gidrosefaliya. Arterial gipotenziya va gipertoniya, gipoksemiya,

anemiya, gipertermiya, qon osmolyarligining o'zgarishi va boshqalar BMJda shikastlanishning ekstrakranial mexanizmlari hisoblanadi.

Sanogenetik jarayonlar ham tabiatan ikkinchi darajali hisoblanadi. Bularga quyidagilar kiradi: mahalliy qon aylanishining reaksiyalari va shikastlangan tomirlarning trombozi; mahalliy miya shishi shakllanishi; OMSning yuqori ishlab chiqarilishi; tizimli adaptiv javob (immun va neyroendokrin javob), miya likvor suyuqligidagi fiziologik faol moddalar tarkibidagi o'zgarishlar [Xlunovskiy A.N., Starchenko A.P., 1999]. Liquorodinamik buzilishlar yopiq miya jarohatining uzoq muddatli oqibatlari patogenezining majburiy komponentidir.

Markaziy asab tizimining funksional holatini, miya neyrodinamikasini va miyaning integrativ faoliyati buzilishining rivojlanishi bilvosita oqibatlarining rivojlanishi uchun asosdir (ayniqsa, yengil va o'rtacha yopiq BMJda). Ular ko'pincha travmadan keyingi morfologik o'zgarishlarning kuchayishi natijasida paydo bo'lmaydi, balki o'ziga xos bo'lmagan miya tuzilmalari, ya'ni limbik-retikulyar kompleksning disfunktsiyasi asosida hosil bo'ladi. Bunday holda, serebrovaskulyar patologiyaning rivojlanishi muhim rol o'ynaydi [Myakotnix V.C. va boshqalar, 2002]. Shunday qilib, asosan bilvosita oqibatlarga, xususan yopiq BMJga quyidagilar kiradi: vegetativ distoniya sindromi, arterial gipertenziya, erta miya aterosklerozi, psixorganik sindrom, jarohatdan keyingi epilepsiyaning kech shakllari [Makarov A.Yu., 2001].

BMJda hujayralarning birlamchi nobud bo'lishi bilan birga quyidagi degenerativ-distrofik jarayonlar qo'zg'atiladi: aksonal demiyelinizatsiya, ishemiya, glioz, ishlaydigan kapillyarlar sonining kamayishi, perivaskulyar bo'shliqlarning vayron bo'lishi va boshqalar. Bu o'zgarishlar oxir-oqibat jarohatdan keyingi miya atrofiyasiga, ya'ni miya moddasi hajmining kamayishiga olib kelishi mumkin. Miya moddasining diffuz atrofiyasi diffuz aksonal shikastlanish bilan tez-tez rivojlanadi. Lokal jarohatlar oldingi serebral o'choqlari yoki intraserebral gematomalar hududida mahalliy atrofiyaning (diffuz fonida) ustunligiga olib keladi. Miyaning diffuz atrofiyasi aqliy faoliyatning asta-sekin kamayishi bilan tavsiflanadi, demans, ikki tomonlama serebral yetishmovchilik, psevdobulbar sindrom va boshqalar

rivojlanishiga qadar. Miya qorinchalari va subaraxnoid bo'shliqlarning bir vaqtning o'zida va simmetrik kengayishi (qavariq va interhemisferik, interhemisferik bo'ylab yoriqlar) periventrikulyar shish bo'lmasa, KT yoki MRT ma'lumotlariga ko'ra miyaning diffuz atrofiyasi mavjudligini tasdiqlaydi. Miya moddasining atrofiyasi paydo bo'lishida uzaygan intrakranial gipertenziyaning roli ta'kidlanadi.

Miyaning integrativ faoliyatini ta'minlashda neyrohumoral mexanizmlar muhim rol o'ynaydi. Neyrohumoral regulyatsiyaning buzilishi yopiq BMJ bilan kasallangan odamlarda qon tomir kasalliklari patogenezida muhim omil hisoblanadi.

Miya tizimlarining shikastlanishidan keyin uning funktsional qayta tuzilishi fiziologik faol moddalar, xususan monoaminlar (serotonin, dopamin, norepinefrin) va ko'plab neuropeptidlar ishtirokida davom etadi. Miya likvor suyuqligi va qondagi ularning tarkibining buzilishi integral faollikning yomonlashishiga olib keladi, shu bilan birga monoaminlar darajasining normallasishi sanogenezning muhim omili bo'lishi mumkin va buzilgan funktsiyalarni tiklashga yordam beradi.

Neyropeptidlar - kininlar (masalan, xolestsistokinin), boshqa neyromediatorlar va neyromodulyatorlar - markaziy asab tizimining funktsional holatiga aniq ta'sir qiladi. Ularning ta'sir qilish mexanizmi hali yetarlicha o'rganilmagan, ammo shubhasiz, bu miya moddasi va orqa miya suyuqligidagi neyromediator tarkibining optimal diapazoni bo'lib, markaziy asab tizimining shikastlanishida kompensatsiya jarayonlarining rivojlanishining muhim tarkibiy qismi hisoblanadi.

Har qanday travmatik miya shikastlanishi, tabiati va zo'ravonligidan qat'i nazar, har doim metabolik jarayonlarning o'zini o'zi boshqarish mexanizmlarining buzilishi bilan birga keladi. Asab to'qimalarining metabolizmini o'z-o'zini tartibga solishning buzilishi keyinchalik butun organizmdagi metabolizmning o'zgarishiga olib keladi. BMJning uzoq davrida patologik jarayon asta-sekin adaptiv, kompensatsion jarayonlar bilan muvozanatlanadi. Metabolizmning barqarorlashuvi holatida barqaror gomeostazning shakllanishi haqida gapirish mumkin. Moslashuvchan tizimlar faoliyatining uzoq muddatli stressi va ularning keyinchalik susayishi bilan asab tizimining muvozanatsiz ishlashi shakllanadi, bu jarohatdan keyingi buzilishlarning progressiv tabiati bilan namoyon bo'ladi.

1.3. BMJ uzoq davrining klinik ko'rinishi.

BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishi qo'shimcha tadqiqotlar (KT, MRT, EEG, doppler ultratovush va boshqalar) ma'lumotlaridan foydalangan holda bemorning nevrologik, aqliy va umumiy somatik holati bilan baholanadi.

Miyaning diffuz va ko'p shikastlanishi odatda psixo-emosional va aqliy faoliyatdagi o'zgarishlarga olib keladi. Lokal shikastlanish ko'pincha turli darajadagi nevrologik nuqson va epileptik sindrom shaklida namoyon bo'ladi.

Jarohatdan keyingi davrning klinik ko'rinishida, turli mualliflarning fikriga ko'ra, quyidagi asosiy klinik sindromlar ajralib turadi: vegetativ-qon tomir, vestibulyar, gipotalamus, miya-fokal, gipertonik, epileptik, ekstrapiramidal (travmatik parkinsonizm, giperkinez), post- travmatik miya araxnoiditi, shuningdek, turli xil psixopatologik sindromlar (astenik , asteno-nevrotik, gipoxondriak, psixopatik, psixo-organik) va shaxsning patologik rivojlanishi. Ushbu sindromlarning hech biri alohida holatda bo'lmaydi, odatda ularning turli kombinatsiyalari kuzatiladi.

BMJ ning kech davrida patologik simptom kompleksining shakllanishida yetakchi o'rin suprasegmental vegetativ disfunktsiyaga tegishli bo'lib, uning yadrosi yurak-qon tomir tizimidagi tartibga soluvchi buzilishlardir.

Suprasegmental vegetativ shakllanishlarning turli bo'g'inlarining shikastlanishi: limbik-retikulyar kompleks, shu jumladan gipotalamus, miyaning frontal-bazal va temporal-mediobazal qismlarining o'ziga xos bo'lmagan tuzilmalari turli xil klinik variantlarda namoyon bo'ladigan vegetativ disregulyatsiyaning shakllanishiga olib keladi.

Vegetativ distoniya sindromi (VDS) bemorlarning 60% da, asosan yengil yopiq TBI bilan, ko'pincha jarohatlardan keyingi birinchi oylarda va yillarda uchraydi. E.M.Burtsev va A.S.Bobrov (1986) Ulug' Vatan urushi davrida 40-54 yoshda bo'lgan BMJ bilan og'rikan bemorlarda post-travmatik nuqsonning dekompensatsiyasi fonida vegetativ-qon tomir kasalliklarining chastotasi va zo'ravonligining sezilarli darajada oshishini kuzatdilar.

Vegetativ buzilishlar asosan doimiy xarakterga ega (vegetativ-qon tomir distoniya), vegetative inqirozlar kamroq uchraydi. Umumiy vegetativ tonus ohang simpatoadrenal faollashuvning ustunligini ko'rsatadi. Reaktiv va shaxsiy tashvish darajasi oshadi. Vahima hujumlari kabi avtonom paroksizmlar ko'pincha senestopatik, psixosensor buzilishlar, affektiv buzilishlar bilan birgalikda asteniya, iyesteroform reaksiyalar shaklida ruhiy o'zgarishlar fonida o'zini namoyon qiladi. BMJ bilan o'griganganlarda VDS ko'rinishlari nomuvofiq va o'zgaruvchan bo'lishi mumkin. Vegetativ disfunktsiyaning paydo bo'lishi (yoki kuchayishi) ehtimoli ko'pincha mavsumiy ritmlarning o'zgarishi, ob-havoning o'zgarishi, jismoniy va hissiy stress bilan bog'liq.

Vegetativ kasalliklarning tabiati va zo'ravonligiga zamonaviy jangovar harakatlar sharoitida surunkali hissiy stress fonida shikastlanish sezilarli ta'sir ko'rsatadi, buning vegetativ patologiyaning patogenezida roli shubhasizdir. Vegetativ innervatsiya holatini o'rganish va Afg'onistondagi urush paytida BMJ kontuziyasini olgan odamlarda hissiy va shaxsiy xususiyatlarni baholash ularda tashvish va depressiv ko'rinishlar sezilarli hissiy buzilishlar bilan shakllangan VDS borligini aniqlandi. Ushbu sindrom tinchlik davridagi jarohatlardagi shunga o'xshash holatdan hissiy buzilishlarning jiddiyligi bilan ajralib turadi, bu shubhasiz muhim patogenetik moment - jangovar sharoitlarda surunkali hissiy stress mavjudligi bilan bog'liq.

Psixo-vegetativ sindromning asosiy belgilari: vegetativ tizimda - jismoniy faoliyat shakllarining vegetativ ta'minlanishining buzilishi (ortiqchaligi); aqliy sohada - faol diqqat ko'rsatkichlari, yo'naltiruvchi-qidiruv harakatlarining tezligi va qisqa muddatli xotiraning yomonlashuvi bilan shaxsning tuzilishidagi o'zgarishlar. Klinik va ShKTO' so'roviga (shaxsni ko'p tomonlama o'rganish) ko'ra, bemorlar o'ziga ishonch, autizm va tashqi aloqalarni cheklash istagi bilan o'rtacha tashvish va depressiv ko'rinishlar bilan ajralib turadi [Kovalenko A.P. 2001].

Adabiyotda klinik kuzatuvlar keltirilgan bo'lib, unda BMJ va ba'zi neyroendokrin sindromlarning rivojlanishi (Itsenko-Kushing, Simmonds, Frelis,

Shixan va boshqalar) o'rtasidagi bog'liqlik qayd etilgan, ammo umuman olganda, jarohatdan keyingi endokrin kasalliklar kam uchraydi.

Tizimli, kamroq tez-tez tizimli bo'lmagan bosh aylanishi, nomutanosiblik, vegetativ-qon tomir reaksiyalari xurujlari bilan namoyon bo'ladigan vestibulyar sindrom yopiq BMJ bilan kasallangan bemorlarning 32-50 foizida kuzatiladi. Vestibulyar buzilishlar ham miya poyasining birlamchi shikastlanishi, ham qon va miya likvor suyuqligi aylanishining ikkilamchi buzilishi natijasida kelib chiqishi mumkin, bu esa koxleo-vestibulyar tuzilmalarning disfunktsiyasiga olib keladi. Ular tananing, boshning o'tkir harakatlari, transportda sayohat, meteorologik omillar bilan qo'zg'atiladi. Ko'pincha o'sib boruvchi eshitish qobiliyatining buzilishi bilan birlashtiriladi. E.M.Burtsev va A.S.Bobrov (1986) 90% hollarda Ikkinchi Jahon urushi davrida YBMJ bilan og'rikan odamlarda turli zo'ravonlikdagi koxleovestibulyar kasalliklar qayd etilgan. Shu bilan birga, eshitish qobiliyatining yo'qolishi yoshga qarab aniq ko'tarilgan va vestibulyar disfunktsiya kamaygan.

Epileptik tutilish jarohatdan keyin tez orada yoki ko'p yillar o'tgach sodir bo'lishi mumkin. Jarohatdan keyingi epilepsiya 15-25% hollarda, ko'pincha o'rtacha bosh jarohati olganlarda uchraydi. E.A. Sodiqov (1999), A.Yu. Makarov va boshqalar (2001) jarohatdan keyingi epilepsiyaning uchta asosiy turini ajratadilar. Birinchi variantda klinik ko'rinishning asosi, jiddiyliги va prognozi miya jarohatining boshqa oqibatlarі bilan belgilanadi. Tutqanoqlik tutilish odatda kam uchraydi, terapiyaga yaxshi javob beradi va EEGda umumiy paroksizmal faollik xarakterli emas. Ikkinchi variant: yetakchi rol epileptik tutilishlarga tegishli. EEGga ko'ra, umumiy paroksizmal faollik aniqlanadi, o'choqlar odatda nosimmetrikdir, ularning migratsiyasi xarakterlidir. Uchinchi variant - juda irsiy moyillik bilan epilepsiya rivojlanishi bilan yengil BMJ oqibatlari xos. Bu morfologik komponent bo'lmaganda (KT va MRT bo'yicha) EEGda ikki tomonlama-sinxron umumlashtirilgan faollikni aniqlash bilan tavsiflanadi. E.N.Leksin (1978) tomonidan olib borilgan tadqiqotda epileptik sindrom tekshirilganlarning 38,5 foizida klinik ko'rinishda yetakchi o'rinni egallaydi, bundan tashqari, BMJ oqibati

bo'lgan bemorlarning 13 foizigacha EEGga ko'ra klinik ko'rinishlarsiz xarakterli epileptik o'zgarishlar kuzatilgan.

Miya travmatik shikastlanishi bilan 30-50% hollarda miya likvor suyuqligi aylanishining aniq buzilishi u yoki bu darajada namoyon bo'ladi. Ular gipertenziv-gidrosefalik sindromning paydo bo'lishiga hissa qo'shadigan subaraxnoid qon ketish, OMS ning so'rilishi va reabsorbsiyasining buzilishi natijasidir (Yemelyanov A.Yu., 2000). BMJdan keyin 8-10 yil ichida intrakranial gipertenziyaning regressiyasi tendensiyasi haqida dalillar mavjud. Uzoq muddat davom etadigan intrakranial gipertenziya BMJ paytida noqulay prognozni belgilaydi.

BMJdan keyingi miya araxnoiditi likvor suyuqligi aylanishi buzilishining klinik ko'rinishida ma'lum o'rin egallaydi. Ilgari 7,9% hollarda tashxis qo'yilgan bo'lsa, hozirgi vaqtda u kamroq tarqalgan. Post-travmatik araxnoidit ko'pincha cheklangan yopishqoq jarayon bo'lib, subaraxnoid qon ketishi bilan murakkablashgan jarohatlar bilan rivojlanadi, yopishish va kistlarning shakllanishi, likvor suyuqligi oqim yo'llarini to'sib qo'yishi bilan namoyon bo'ladi.

Klinik kontseptsiya haqiqiy (dolzarb) araxnoiditni ajratishni nazarda tutadi - surunkali progressiv va intervalgacha kurs bilan avtoimmun tabiatning noyob, faol yopishqoq jarayoni; obliteratsiya natijasi bilan BMJdan keyin rezidual holat, cheklangan tarqalgan membranalarining fibrozi. Post-travmatik araxnoiditni tashxislash faqat lyumbal punksiya (intrakranial gipertenziya), OMS tekshiruvi, KT va MRT (konveksital sirt bo'ylab kista kengayishi bilan subaraxnoid yoriqlarning tartibsizligi) ma'lumotlarini hisobga olgan holda tegishli klinik ko'rinish mavjud bo'lganda mumkin (odatda gidrosefaliya fonida). Dolzarb araxnoidit bilan og'rigan bemorlardan tashqari, obliteratsiya, membranalarining fibrozisi, nekroz hududida bitishmalar va kistlarning shakllanishi bilan ochiq va yopiq BMJ bilan og'riganlar ko'proq uchraydi. Membranada rezidual cheklangan o'zgarishlar bo'lsa, joriy jarayon va likvorodinamikaning buzilishi bo'yicha klinik ma'lumotlar bo'lmasa, araxnoidit tashxisi noqonuniy hisoblanadi.

BMJ ning kech davridagi serebral-lokal sindrom 10-30% hollarda uchraydi va oyoq-qo'llar markaziy parezlari, miyaning yuqori funktsiyalari (nutq, o'qish, yozish,

gnosis, praksis va boshqalar) buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Ushbu buzilishlar, qoida tariqasida, og'ir yopiq va ochiq BMJ bilan og'riqan bemorlarda yetakchi hisoblanadi. Klinik kuzatuvlar ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, jarohatdan keyingi birinchi yilda buzilgan funktsiyalarni tiklashda ijobiy dinamika mavjud bo'lib, bu asab tizimining sezilarli kompensatsion imkoniyatlari, funktsional reabilitatsiya davolash bilan yordam beradi. BMJ muddati ko'payishi bilan lokal miya sindromlarining namoyon bo'lishi yanada pasayishi mumkin.

Amiostatik va giperkinetik sindromlar bilan namoyon bo'ladigan ekstrapiramidal buzilishlar kam uchraydi (jarohatdan keyingi parkinsonizm 0,9% hollarda). Parkinsonizmning dastlabki ko'rinishlari uzoq vaqt davomida juda ahamiyatsiz bo'lishi va BMJning boshqa, aniqroq oqibatlar bilan maskalanishi mumkinligi sababli, amiostatik simptomlar majmuasiga ko'pincha o'z vaqtida tashxis qo'yilmaydi. Ko'pincha uning individual komponentlari, gemiparkinsonizm qayd etiladi. Jarohatli etiologiyaning giperkinez kuzatuvlari kam uchraydi.

Miyaning qon tomir tizimining patologiyasi BMJning uzoq muddatli davrida bemorlarning 80% da, asosan, yopiq BMJdan o'tganlarda aniqlanadi. Quyidagilar jratiladi: 1) simptomatik arterial gipertenziya (odatda jarohatdan 5-20 yil o'tgach); 2) miya tomirlarining erta aterosklerozi (30-40 yoshda); 3) yurak mintaqasida og'riq sindromi, yurak faoliyati ritmini buzilishi. Bosh miya jarohati lipid va boshqa metabolik kasalliklar, anjiyodistoniya, endokrinopatiyadan kelib chiqqan qon tomir sindromining rivojlanishiga olib keladi.

BMJning uzoq davri markaziy asab tizimining ikkilamchi ishemik shikastlanishi, surunkali subdural gematomaning rivojlanishi, intrakranial arterial anevrizm, karotid-kavernoz anastomoz oqma shakllanishi va intrakranial sinuslarning trombozi bilan murakkablashishi mumkin [Myakotnix V.S. va boshqalar, 2002]. Jarohatdan keyingi ishemiya, odatda, miya perfuzion bosimining pasayishi tufayli katta miya arteriyalariga qo'shni qon ta'minoti sohalarida kuzatiladi va bemorning ahvoli yomonlashishi, lokal va miya belgilarining kuchayishi (hatto insult) bilan namoyon bo'ladi.

BMJning kech davridagi psixopatologik buzilishlar xilma-xil bo'lib, o'tkir davrning patologiyasini aks ettiradi yoki birinchi marta aniqlanadi [Fontaine A. va boshq., 1999]. E. Berser so'zlariga ko'ra, o'tkir davr belgilarining hal qilinishi TBI oqibatlarining klinik ko'rinishini ishlab chiqish bilan almashtiriladi, shu jumladan nevroitik va psixotik kasalliklar, o'z joniga qasd qilish xavfi ortishi, hayotga intilishlarning qisqarishi, va aqlning progressiv pasayishi.

Astenik sindrom charchoqning kuchayishi, xotira va e'tiborning pasayishi, shuningdek, ishlash bilan namoyon bo'ladi. Psixologik tadqiqotlar ishda unumdorlikning pasayishi, aqliy faoliyat samaradorligining pasayishi (kognitiv jarayonlarni buzmasdan), uzoq muddatli harakatlardagi sekinlik va hissiy beqarorlik bilan aqliy jarayonlarning sezilarli darajada charchashini aniqlaydi. Astenik sindrom ko'pincha yengil va o'rtacha og'irlikdagi miya chayqalishi yoki ko'karishlari bo'lgan odamlarda rivojlanadi. A.Yu.Yemelyanov (2000) ma'lumotlariga ko'ra, 65% hollarda "og'ir bo'lmagan BMJ" oqibati bo'lgan bemorlarda klinik ko'rinishda asteniya hodisalari ustunlik qiladi.

Astenonevrotik sindrom jarohatlardan keyin turli vaqtlarda yuzaga keladi va rivojlanish tendentsiyasiga ega. Sindrom astenik va affektiv ko'rinishlarning kombinatsiyasi bilan ajralib turadi, bu esa aqliy faoliyatdagi uzilishlarga, kayfiyatning beqarorligiga olib keladi. Psixologik tadqiqotlar bemorlarning muayyan mehnat turlariga, munosabatiga qarab, irodaviy harakatlarni shakllantirishning qiyinligini, munosabatlarning labilligini, harakatlardagi har xil mahsuldorlikni aniqlaydi.

Ipoxondriakal sindromda og'riqli his-tuyg'ularga, ularni tahlil qilish istagiga, tashvish, noaniqlik, kayfiyatning tashvishli yoki depressiv foniga e'tibor qaratiladi. Psixologik test eksperimentga salbiy munosabatni, assotsiatsiyalarning sifat darajasining pasayishini va qat'iyatlilikni ko'rsatadi.

Mahalliy sindromologiyada "shaxs darajasining organik pasayishi" tushunchasi uchraydi. Ushbu bemorlar notanish odamlar bilan uzoq muddatli aloqalardan qochish, charchoqning kuchayishi bilan bog'liq izolyatsiya, intellektual stressga chidamlilikning pasayishi va ularning portlash reaksiyalariga tanqidiy

munosabat bilan ajralib turadi. Bemorlar yangi ma'lumotlarni idrok etish va saqlashda qiynaladilar, tushuntirishda og'zaki nutqning grafik tasviriga ehtiyoj seziladi. Qiziqishlar va ehtiyojlar doirasining torayishi, motivlarning zaiflashishi, da'volar darajasining pasayishi va o'zini o'zi qadrlashning pastligi aniqlanadi. Shu bilan birga, mantiqiy jarayonlar, fikrlash va umumlashtirish imkoniyati buzilmaydi.

Psixopatik sindromning o'ziga xos xususiyati - bu shaxsiyatdagi xarakterli o'zgarishlarning hissiy beqarorligi, affektiv portlash tendentsiyasi va torpidlik bo'lib, bu ayniqsa maqsadga erishish bilan bog'liq vaziyatda aniq namoyon bo'ladi. Psixopatik sindrom bilan og'riqan bemorlar orasida 13-25 yoshda jarohat olganlar, shuningdek, yengil va o'rtacha bosh jarohati bo'lganlar ustunlik qiladi [Belov V.P. va boshq., 1999]. Kornilov A.A.ning tadqiqotida (1984) travmatik kasallikning noqulay (progressiv) kursi bilan og'riqan bemorlarning ikkita kichik guruhi ajratilgan. Birinchisida - ijtimoiy jihatdan maqbul xulq-atvorga ega bo'lgan shaxslar, ular orasida astenik sindromli bemorlar ustunlik qiladi. Ikkinchi guruh assotsiativ xulq-atvorga ega bo'lgan odamlardan iborat bo'lib, ularning eng ko'p soni psixopatik sindromning eyforik variantini ko'rsatadigan harakatlarning sekinlashishi bilan namoyon bo'ladi. Shuni ta'kidlash kerakki, assotsiativ xulq-atvori bo'lgan kichik guruhdagi bemorlarda psixopatiya, xarakterning aksentsiyasi, shuningdek, noqulay tarbiya sharoitlari va mikrosotsial muhit premorbid davrda bir necha marta ko'proq kuzatiladi.

Aniq xotira mnestik va intellektual buzilishlar, aqliy faoliyat sur'ati va unumdorligining pasayishi, tanqid va mulohazalar darajasining pasayishi, idrok hajmi va ravshanligi shaxsiyat darajasining organik pasayishidan psixo-organik sindromga o'tish foydasiga dalolat beradi. Bu aqliy faoliyatning turli tomonlarining buzilishi bilan tavsiflanadi: diqqat miqdorining torayishi, xotiraning zaiflashishi, mulohazalar darajasining pasayishi, tanqid qilish, tushunishning buzilishi, aqliy jarayonlarning keskin charchashi, charchoq, torpidlik, sabr-toqatning ko'pligi [Belov V.P. va boshqalar, 1999]. Ko'pincha psixoorganik sindrom 25 yoshdan oshgan og'ir va takroriy bosh jarohati olgan odamlarda uchraydi [Belov V.P. va boshqalar, 1999; Emelyanov A.Yu., 2000].

BMJ ning uzoq muddatli davrida post-travmatik demans rivojlanishi ham mumkin. Klinik jihatdan u aniq kognitiv nuqson, kognitiv jarayonlarning past darajasi, mavhumlik va umumlashtirish qobiliyatining buzilishi, his-tuyg'ularning kambag'alligi va deviant xatti-harakatlari bilan tavsiflanadi. Bosh miya jarohati bilan og'rigan bemorlarda demansning klinik ko'rinishida asosiy miya shikastlanishining lateralizatsiyasiga bog'liqlik mavjud. Shunday qilib, chap yarim sharning shikastlanishi xotiraning pasayishi, tushunishning sekinlashishi va tanqidning yetishmasligi bilan tavsiflanadi. O'ng tarafdagi shikastda bo'lsa, idrok jarayonlari ziyon yetadi, kayfiyatning eyforik foni qayd etiladi.

1.4. BMJ oqibatlarining tasnifi.

BMJ oqibatlarining tasnifini ishlab chiqish nafaqat nevrologik semiotikaning muhim qismini qamrab oladigan sindromlarning xilma-xilligi, balki ularning dinamikasining o'ziga xos xususiyatlari va shikastlanishdan keyin turli xil klinik ko'rinish vaqtlari bilan bog'liq obyektiv qiyinchiliklarga duch keladi [Makarov A. Yu., 2001].

Uzoq vaqt davomida tasnifning yo'qligi BMJ bilan og'riqan bemorlarga tashxis qo'yishda o'zboshimchalik bilan yondashish imkoniyatini qoldirdi, klinik va mehnat prognozini to'g'ri baholashga imkon bermadi va ekspertlarning jiddiy xatolariga sabab bo'ldi. Ko'pincha BMJning kech davrida tashxis qo'yish uchun turli xil yondashuvlar qo'llaniladi, sindromik va morfologik oqibatlar mos kelmaydi va travmatik kasallikning xususiyatlari aks ettirilmaydi.

BMJ oqibatlarining tasnifi MKB-X va BMJ bo'yicha xorijiy ko'rsatmalarda ko'rsatilmagan. Tasniflashning sindromli yondashuvi ma'lum darajada o'zini oqlaydi va BMJning kech davrida tashxisni shakllantirishda keng qo'llaniladi. Biroq, bu yerda oqibatlarining shakllanishining patogenetik xususiyatlari va ularning dinamikasi aks ettirilmaydi.

Ilgari keng tarqalgan "travmatik ensefalopatiya" tushunchasiga qaytish zarurligi masalasi ko'rib chiqiladi [Yemelyanov A.Yu., 2000; Magalov Sh.I., Pashayeva T.S., 2002]. Mualliflar shikastlanishning xarakterli kortikal darajasi bilan og'ir bo'lmagan miya jarohatlarining travmatik ensefalopatiyasini (kontuziyalar, engil va o'rtacha miya kontuziyalari) ajratadilar. Ushbu guruhda birlashtiruvchi nuqta BMJning uzoq muddatli davrida sezilarli klinik va neyrofiziologik farqlarning yo'qligi hisoblanadi. Miya to'qimalarining keng nekroz o'choqlarining shakllanishi bilan birga bo'lgan og'ir jarohatlar miya shikastlanishining kortikal-subkortikal-poyasi darajasiga ega (ya'ni, miyaning og'ir kontuziyalari, siqilish va penetratsion yaralar) og'ir travmatik ensefalopatiyaning shakllanishiga olib keladi. Shikastli ensefalopatiya diagnostikasi uning zo'ravonligini ko'rsatishni o'z ichiga oladi: yengil buzilishlar (birinchi daraja); o'rtacha va og'ir buzilishlar (ikkinchi daraja); klinik

ko'rinishlarning maksimal dekodlanishi bilan qo'pol va progressiv buzilishlar (uchinchi daraja).

Neyroxirurgiya institutida neuroimaging usullari (KT, MRT), yangi neyrofiziologik, neyrokimyoviy ma'lumotlar va boshqa tadqiqotlar natijalarini qo'llash orqali BMJ oqibatlarini tushunishni takomillashtirish N.N. Burdenko nomidagi neyroxirurgiya institutida BMJ oqibatlarining zamonaviy tasnifini ishlab chiqishga yordam berdi. Bu tasnif quyidagi tamoyillarga asoslanadi: 1) oqibatlarining patogenezi; 2) morfologik substrat; 3) klinik ko'rinishlar. Oqibatlarining quyidagi turlari aniqlangan: 1) asosan to'qima - miyaning mahalliy yoki diffuz atrofiyasi, meningeal chandiqlar, suyak nuqsonlari va boshqalar; 2) asosan likorodinamik: gidrosefaliya, likvoreya, gigroma va boshqalar; 3) asosan qon tomir: surunkali subdural gematomalar, ishemik buzilishlar, anevrizmalar, karotid-kavernoz anastomozlar va boshqalar; 4) birlashtirilgan. Umumiy (yetakchi) post-travmatik sindromlar aniqlangan: 1) nevrologik yetishmovchilik; 2) ruhiy disfunktsiyalar; 3) vegetativ buzilishlar; 4) epileptik.

Tasniflash tashxisni birlashtirish, epidemiologik va boshqa tadqiqotlar protokoli, ma'lumotlar bankini yaratish, bemorlarni yetarli darajada ijtimoiy va huquqiy himoya qilish uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin. Shu bilan birga, u travmatik kasallik kursining turli xil variantlarini, BMJ oqibatlarining paydo bo'lishining (rivojlanishining) patogenetik xususiyatlarini aks ettirmaydi. A.Yu.Makarov va V.G.Pomnikov (1999, 2001) tomonidan taklif qilingan keng qamrovli tasnif BMJning uzoq muddatli davrida nafaqat travmaning bevosita oqibatlarini, balki travmatik miya kasalligi kursining asosiy variantlari sifatida bosh miya patogenetik bog'liq sindromlarni ham tashxislash imkoniyatini hisobga olishga imkon beradi. U bir-birini to'ldiradigan to'rt qismdan iborat:

I. Voqea (rivojlanish)ning patogenetik xususiyatlariga ko'ra.

1. Ko'pincha to'g'ridan-to'g'ri oqibatlar: gemiparez, afaziya, gemianopsiya, vestibulopatiya, surunkali subdural gematoma, gipertenziv sindrom bilan gidrosefaliya, astenik sindrom va boshqalar.

2. Ko'pincha bilvosita (vositachi) oqibatlar: vegetativ distoniya sindromi, post-travmatik arterial gipertenziya, bosh miyaning erta aterosklerozi, neyroendokrin sindromlar, kommunikativ normotenziv gidrosefaliya, travmadan keyingi epilepsiyaning kech shakllari, psixorganik sindrom va boshqalar.

II. Klinik shakllarga ko'ra, ustun morfologik o'zgarishlarga qarab.

1. To'qimalar: miya atrofiyasi (mahalliy va diffuz), travmadan keyingi intraserebral kista, meningeal chandiqlar, kranial nervlarning shikastlanishi, bosh suyagi nuqsonlari, intrakranial begona jismlar; birlashtirilgan.

2. OMS: travmadan keyingi gidrosefaliya, surunkali gigromalar, parentsefaliya, subaraxnoid kistalar, OMS oqmalari, pnevmosefaliya; birlashtirilgan.

3. Qon tomirlari: surunkali gematomalar, travmadan keyingi anevrizmalar va ishemiyalar, sinus trombozi, karotid-kavernoz anastomozlar; birlashtirilgan.

III. Asosiy (yuetakchi) sindromga ko'ra: 1) vegetativ-distonik; 2) qon tomir; 3) likvorodinamik; 4) miya-o'choqli; 5) jarohatdan keyingi epilepsiya; 6) jarohatdan keyingi narkolepsiya; 7) vestibulyar; 8) neyroendokrin; 9) astenik; 10) psixorganik.

IV. Oqimning xususiyatlariga ko'ra.

1. Ko'pincha progressiv bo'lmagan: subaraxnoid va intraserebral miya likvor suyuqligi kistalari, meningeal chandiqlar, bosh suyagining nuqsonlari va intrakranial begona jismlar, serebrolokal sindromlar, kranial nervlarning shikastlanishi va boshqalar; birlashtirilgan.

2. Ko'pincha progressiv: miya atrofiyasi, buzilgan likvorodinamika bilan gidrosefaliya, normotenziv gidrosefali, surunkali subdural gematoma, epilepsiya, neyroendokrin sindromlar, vegetativ distoniya sindromi, travmadan keyingi arterial gipertenziya, miyaning erta aterosklerozi, psixologik sindrom va boshqalar; birlashtirilgan. Asosan ochiq travma yoki miya kontuziyasining bevosita oqibatlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan sindromlar klinik jihatdan jarohatdan so'ng darhol namoyon bo'ladi (oraliq davrda kamroq). Ular, qoida tariqasida, miya va ekstraserebral lokalizatsiyada aniq belgilangan travmatik morfologik o'zgarishlarning natijasidir. Jarohatning oraliq va uzoq muddatli davrlarida ular turli

darajada regressiyalanadi, barqarorlashadi (kompensatsiyaning ma'lum darajasiga yetadi) va kamdan-kam hollarda rivojlanadi.

Bilvosita oqibatlar, odatda, yengil yoki o'rtacha yopiq BMJ (shu jumladan, miya chayqalishi) oylar natijasida, ba'zida jarohatning o'tkir davridan keyin bir necha yil o'tgach shakllanadi. Jarohatning bilvosita oqibatlarining patogenezi ko'pincha travmadan keyingi morfologik o'zgarishlarning kuchayishi emas, balki markaziy asab tizimining funktsional holatining, miya neyrodinamikasining va miyaning integrativ faoliyatining rivojlanayotgan yoki progressiv buzilishidir. Avtoimmun siljishlar, endokrin-metabolik disfunktsiya va limbik-retikulyar kompleks shakllanishining patologiyasidan kelib chiqqan psixovegetativ kasalliklar juda muhimdir.

Jarohatning o'tkir davrida vaqtinchalik yoki epizodik bo'lishi mumkin bo'lgan, ammo travmatik kasallikning rivojlanishi bilan klinik jihatdan aniq shakllanadigan ba'zi sindromlarni (vegetativ distoniya, epileptik, neyroendokrin) ham asosan bilvosita oqibatlar sifatida tasniflash taklif etiladi.

Ikkinchi bo'lim (N.N. Burdenko nomidagi neyroxirurgiya instituti tasnifi asosida) mustaqil klinik ahamiyatga ega bo'lgan BMJ oqibatlarini (bosh suyagi nuqsonlari, surunkali gematomalar va gigromalar, orqa miya suyuqligi oqmalari va boshqalar) to'liqroq tavsiflash uchun zarurdir.

Uchinchi bo'limda asosiy klinik sindromlar ro'yxati keltirilgan, ularning yarmi umumiy xarakterga ega (serebrolokal, psixoorganik) va shuning uchun tashxisni shakllantirishda ularning spetsifikatsiyasi talab qilinadi.

To'rtinchi bo'lim BMJ oqibatlarining dinamikasini aks ettiradi va sizga prognozni, reabilitatsiya potentsialini yaxshiroq baholashga, reabilitatsiya tadbirlarining hajmi va tabiati masalalarini hal qilishga imkon beradi.

Yuqoridagi tasnif adabiyot ma'lumotlarini tahlil qilish natijalariga asoslanadi va ayni paytda turli retseptlarning yopiq va ochiq BMJ oqibatlari bilan 800 dan ortiq bemorlarning uzoq muddatli klinik va tibbiy-ijtimoiy tahlillari natijasidir. Biroq, uni TIE (tibbiy-ijtimoiy ekspertiza) amaliyotida qo'llash maxsus tahlil va spetsifikatsiyani talab qiladi. Bu, birinchi navbatda, klinik-ekspert diagnostikasi

formulasini takomillashtirish, bemorning hayotiy faoliyati holatini aniqlashtirish imkoniyati, disfunksiyaning xususiyatlari va og'irligiga qarab, HFCh toifalarini qo'llashni nazarda tutadi. BMJ ning asosan progressiv bo'lmagan va asosan progressiv oqibatlari bo'lgan bemorlarni o'rganish prognozini, nevrologik kasalliklarning mumkin bo'lgan dinamikasini yaxshiroq baholashga va bog'liq qon tomir patologiyasi ta'sirida kech dekompensatsiyalanish ehtimolini hisobga olishga imkon beradi.

1.5. BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish.

To'liq tiklanish faqat BMJ bilan kasallangan odamlarning 30-50 foizida sodir bo'ladi, natijada nogironlikning yuqori chastotasi va og'irligi kuzatiladi. Rossiyada har yili 1 million 200 ming kishidan ortiq odam BMJni oladi, ulardan 100 ming nafari nogiron deb tan olinadi. AQShda yiliga 1 milliondan ortiq odam BMJ oladi va 80 mingga yaqini o'rtacha og'irlikdagi BMJ bilan nogiron bo'lib qoladi (Ghajar J., 2000).

Bosh jarohati olgan odamlarning ancha qismi (40-60%) nogironlikning ikkinchi va birinchi guruhlariga bilan belgilanadi. BMJ tufayli nogironlik muddatiga ham e'tibor qaratiladi (ko'pincha guruh cheksiz belgilanadi) va 35% hollarda jarohatdan keyin ko'p yillar o'tgach, uzoq muddatli davrda o'rnatiladi. Kanadalik tadqiqotchilar D.Dawson va M.Chipman (1995) ma'lumotlariga ko'ra, 10 yildan oshgan bosh jarohati olganlar orasida 90% gacha ijtimoiy integratsiyada cheklovlar yoki norozilik his qiladi, 75% ishlamaydi, 66% hayot cheklovlari uchun yordam va yordamga muhtoj. BMJdan keyingi birinchi yil davomida jabrlanganlarning taxminan 52 foizi malakali yordam va maxsus qurilmalarga muhtoj. I. Asikainen va boshqalar. (1996) jabrlanuvchilar haqida 20 yilgacha bo'lgan jarohatlar haqida ma'lumot beradi, ular orasida 28% nogiron bo'lib, 14% esa jarohat oldidan pastroq darajada ishlagan.

Insonning hayotiy faoliyati tibbiy-ijtimoiy jihatdan quyidagi toifalar bilan belgilanadi: mustaqil harakat qilish imkoniyati; yo'naltirish, muloqot qilish, o'qish, mehnat faoliyati qobiliyati; o'z-o'ziga xizmat qilish, o'yin faoliyatini amalga oshirish va o'z xatti-harakatlarini nazorat qilish qobiliyati.

Har bir toifadagi hayotiy faoliyat cheklovlari (HFCh) uch darajadagi zo'ravonlik darajasiga ega bo'lishi mumkin:

1. Harakatlarni mustaqil ravishda bajarish qobiliyatini cheklash (toifaga ko'ra), lekin ko'proq vaqt sarflash, bajarishning parchalanishi.

2. Harakatlarni mustaqil bajarish qobiliyatini saqlab qolgan holda, yordamchi vositalardan (hassa, tayoq, eshitish asboblari va boshqalar) foydalanish, boshqa odamlarning yordamiga muhtojlik paydo bo'ladi.

3. Kerakli harakatlarni mustaqil bajarish qobiliyatining yo'qligi va boshqa shaxslarga to'liq qaramlik.

Insonni HFChga olib keladigan sog'lig'ining buzilishining ijtimoiy oqibatlari va uni ijtimoiy himoya qilish zarurati ijtimoiy yetishmovchilik deb ta'riflanadi. Nogironlik, o'z navbatida, tana funksiyalarining doimiy buzilishi bilan bog'liq sog'liqning buzilishi natijasida yuzaga keladigan ijtimoiy yetishmovchilikdir. Inson tanasining asosiy funksiyalari buzilishini tasniflashda: 1) psixik funksiyalarning buzilishi (idrok, diqqat, xotira, fikrlash, nutq, his-tuyg'ular, iroda); 2) hissiy funksiyalarning buzilishi (ko'rish, eshitish, hidlash, teginish); 3) statik-dinamik funksiyaning buzilishi; 4) qon aylanishi, nafas olish, ovqat hazm qilish, chiqarish, ichki sekresiya, metabolizm va energiya funksiyalarining buzilishi. Disfunksiyalar namoyon bo'lishi to'rtta darajaga ega: 1 - daraja - kichik buzilishlar; 2-daraja - o'rtacha darajadagi buzilishlar; 3 - daraja - jiddiy buzilishlar; 4-daraja - sezilarli darajada aniq disfunksiya.

Umuman olganda, BMJ oqibati bo'lgan bemorlarda HFCh sababi markaziy asab tizimining shikastlanishidan kelib chiqqan tana funksiyalarining doimiy buzilishidir. Hozirgi vaqtda qo'llanilayotgan HFCh toifalari BMJning to'liq sindromli oqibatlarini aks ettirmaydi. Ko'p hollarda sindromning o'ziga xos xususiyati nogironlikni aniqlashda juda umumiy toifani - "mehnat qobiliyatini cheklash" dan foydalanishni talab qiladi. Masalan, bosh suyakda katta nuqsoni bo'lgan bemorlarga, paroksizmal sharoitlarda vaziyatni nazorat qilishning epizodik buzilishi, vaziyatga doimiy bog'liqlik (maxsus parvarish va nazorat zarurati, aylanma operatsiyadan keyin, doimiy almashtirish terapiyasi holatida va boshqalar). Travmatik kasallikning turli xil variantlarida nogironlik masalasini hal qilish xususiyatlari, ma'lum bir klinik sindromda rivojlanish va dekompensatsiyalanish ehtimoli va boshqalar yetarli darajada o'rganilmagan.

HFChni yo'q qilish yoki iloji bo'lsa, to'liqroq qoplashga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi reabilitasiya sifatida belgilanadi, uning maqsadi nogironning ijtimoiy maqomini tiklash, ularning moliyaviy mustaqilligi va ijtimoiy moslashuviga erishishdir. Reabilitasiya tadbirlarini amalga oshirish, ularning

samaradorligi ko'p jihatdan bemorning reabilitatsiya salohiyatiga bog'liq. BMJ bilan kasallangan odamning tiklanish potensialini baholash uchun uning tibbiy, psixofiziologik xususiyatlarini, ijtimoiy va atrof-muhit omillarini har tomonlama hisobga olish imkonini beradi. Shu bilan birga, ularning patogenezing o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda, travmadan keyingi buzilishlarning tabiati va og'irligi to'g'risida to'g'ri xulosa chiqarish alohida ahamiyatga ega.

Ko'pgina xorijiy tadqiqotlar kasalxonada o'tkir davrdan keyin darhol reabilitatsiya qilingan bemorlarni tekshirishga asoslangan [Chesnut R.M., 1999; Teasdale T.W., Engberg A.W., 2000]. Ushbu yondashuvdan foydalanish cheklolarga ega, birinchidan, ambulatoriya sharoitida davolangan jabrlanganlarning ko'p qismini istisno qilish, ikkinchidan, yaxshi tiklanish imkoniyatini ortiqcha baholash xavfi tufayli og'ir oqibatlar bo'lgan BMJ bilan og'rigan va chuqur nogironlik uzoq davom etadigan odamlar reabilitatsiya tadbirlariga muhtoj.

Reabilitatsiya samaradorligi turli xil reyting shkalalari yordamida o'rganilmoqda, bu chet ellik mualliflarning ko'plab ishlarining mavzusidir [Hawley C.A. va boshqalar, 1999; Wilson J.T. va boshqalar, 2000]. H. Van Balen va boshqalarga ko'ra (1996), og'ir BMJ bilan kasallanganlarning atigi 10 foizi o'tkir davrdan keyin reabilitatsiya muolajalarini olgan. M. Dombovy va A. Olek (1997) tomonidan o'tkazilgan tadqiqotda jabrlanganlarning 17% gacha reabilitatsiya qilingan. Shu bilan birga, har qanday og'irlikdagi BMJ bilan og'rigan odamlarni reabilitatsiya qilish dasturlari ishtirokchilari orasida bemorlarning atigi 50 foizi ularni muvaffaqiyatli amalga oshirishga muvaffaq bo'lishadi. M. Hawkins va boshqalarning (1996) ishlarida boshqa natijalarga erishildi, ehtimol ko'proq individuallashtirilgan reabilitatsiya dasturlari orqali. Ko'pgina bemorlar bo'shatishdan keyin yaxshilanishni qayd etdilar: o'z-o'zini parvarish qilishda mustaqil - 84%; mustaqil harakat - 82%; ijtimoiy aloqalarni o'rnatishda - 53%; kognitiv funktsiyalarning tiklanishi 41% hollarda kuzatilgan. Ko'pgina tadqiqotchilarning ma'lumotlari odatda jismoniy, kognitiv, hissiy va xulq-atvor

ko'rsatkichlarining sezilarli yaxshilanishini aks ettiradi va reabilitatsiya tizimi yordamida BMJ kursiga ta'sir qilish zarurligini tasdiqlaydi.

BMJ bilan jabrlanganlarni reabilitatsiya qilishda turli xil yondashuvlar mavjud. Tibbiy reabilitatsiya masalalari eng ko'p va ayniqsa buzilgan vosita funksiyalari bo'yicha batafsil o'rganilgan [Belova A.N., Kravets L.Ya., 1999; va boshqalar]. Ular BMJning boshqa oqibatlarida, xususan, serebrovaskulyar patologiyasi bo'lgan bemorlarda kamroq batafsil ko'rib chiqiladi. BMJ bilan og'riqan bemorlarni professional va ayniqsa ijtimoiy reabilitatsiya qilish usullarini takomillashtirish kerak. V.B. Smichek (1998) "reabilitatsiya texnologiyasi" ni yaratishni taklif qiladi. U BMJdan o'tgan bemorlar va nogironlarga nisbatan reabilitatsiya davolash dasturini, mehnat faoliyati va ijtimoiy yordam masalalarini, reabilitatsiya choralari samaradorligini va vaqtinchalik nogironlikning maqbul shartlariga rioya etilishini majburiy monitoringini o'z ichiga olishi mumkin. Reabilitatsiya texnologiyasining bosqichlari quyidagilardan iborat: 1) ekspert reabilitatsiya diagnostikasi; 2) reabilitatsiya salohiyatini aniqlash; 3) klinik va reabilitatsiya guruhlarini aniqlash; 4) tibbiy-ijtimoiy ekspertiza o'tkazish; 5) individual reabilitatsiya dasturini (INR) tuzish; 6) uning samaradorligini baholash. M. Barnes (1999) reabilitatsiyaning ba'zi usullarini ko'rib chiqib, mehnat reabilitatsiyasining barcha imkoniyatlaridan foydalangan holda, bemorga muloqot qilish, ijtimoiy aloqalarni o'rnatish, qulay muhitni yaratish va nazorat qilishda majburiy yordam berishga e'tibor qaratadi. M.V. Korobov (2001) reabilitatsiyaning umumiy tamoyillari tizimida texnologik jihatlardan tashqari, tashkiliy-uslubiy masalalarni ham o'z ichiga oladi.

Adabiyotlarni tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, aniqlashtirish va yanada rivojlantirishni talab qiladigan masalalar mavjud. Xususan, BMJ oqibatlarining patogenetik xususiyatlariga bog'liq bo'lgan travmatik miya kasalligi kursi yetarli darajada o'rganilmagan. BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida turli sindromlarning namoyon bo'lishi aniqlik kiritishni talab qiladi. Jarohtlanish vaqtida va undan keyin yaqin kelajakda yuzaga kelgan yoki keyinchalik shakllangan morfologik o'zgarishlar tufayli nevrologik nuqson bo'lgan bir yoki boshqa sindromning dinamikasining

xususiyatlari juda muhimdir. Muayyan oqibatlarning shakllanishida og'irlik darajasi, travmatik miya shikastlanishi va uning turi (ochiq, yopiq) rolini va ularning bemorning hayoti va ijtimoiy yetishmovchiligi holatiga ta'sirini aniqlashtirish kerak. TIEB amaliyotida BMJ oqibatlarining keng qamrovli tasnifi, xususan, HFChning tabiati va og'irligini baholashda, nogironlik guruhi, rehabilitasiya salohiyati va prognozi bo'yicha ekspert xulosasini asoslashda nogironlik toifalaridan foydalangan holda sinovdan o'tkazilmagan. Bemorlar uchun individual rehabilitasiya dasturini BMJ oqibatlari bilan bog'liq holda yaxshilash kerak.

BMJ ning kech davrida bemorlarda nogironlik sabablari va ularning zo'ravonlik darajasini batafsil tahlil qilish hozirgi kunda TIEni amalga oshirishda qo'llaniladigan aniq klinik va ekspert mezonlarini ishlab chiqish uchun zarur shartdir.

2-BOB. TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI

SamTU 1-klinikasi Nevrologiya va neyroxirurgiya bo‘limi hamda Samarqand shahridagi TIEBning 2019-2022 yillar davomidagi faoliyati negizida 100 nafar bosh miya jarohati bilan og‘rigan bemor ko‘rikdan o‘tkazildi. Ko‘rikdan o‘tganlar orasida 60 nafar erkak va 40 nafar ayol bor. 16 yoshdan 74 yoshgacha (o‘rtacha yosh 43 yosh), 20% hollarda yoshi 50 yoshdan oshgan. Jins va yosh bo'yicha tekshirilganlarning taqsimlanishining tuzilishi jadvallarda keltirilgan: 1-guruh - birinchi marta jarohatlangan va 2-guruh - retrospektiv tahlil.

1-jadval

BMJ oqibatlari bilan tekshirilgan 1-guruhning jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi.

Yoshi	ayollar	erkaklar	jami
	%	%	%
30 yoshgacha	3,6	13,9	18,4
30-39	3,7	17,6	24,5
40-49	10,9	31,6	42,1
50 yosh va undan yuqori	5,8	13,7	19,3

Barcha tekshirilganlar orasida birinchi o'rinni 40 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan bemorlar egalladi, bu taxminan 42,0% ni tashkil etdi. Bundan tashqari, ushbu yosh guruhining faqat to'rtidan bir qismi ayollar edi. Erkaklarning ustunligi barcha yosh guruhlarida qayd etilgan va qayta tekshirilganda 30 yoshgacha bo'lgan bemorlarda eng sezilarli bo'lgan.

Ko'rib chiqish uchun doimiy namuna olish usuli qo'llanildi, bu yerda umumiy aholi BMJ bilan kasallangan bemorlar uchun ixtisoslashtirilgan TIEBda tekshiruvdan o'tgan bemorlar edi.

2-jadval**Jins va yosh bo'yicha BMJ oqibatlari bilan 2 - guruhning taqsimlanishi.**

Yoshi	ayollar	erkaklar	jami
	%	%	%
30 yoshgacha	1,9	9,9	11,8
30-39	5,1	13,9	18,9
40-49	12,3	29,2	41,8
50 yosh va undan yuqori	7,2	22,9	29,8

1-guruhda bemorlarning ko'pchiligi (70%) jarohatlarning kech davrida TIEBning ma'lum nogironlik guruhlariga yuborilgan, ya'ni undan keyin 6 oydan kechiktirmay (3-jadval).

3-jadval**BMJ bilan jabrlanganlarni VTEKga birlamchi yuborish shartlari.**

Jarohatdan keyingi davr	Kasallar soni (%)
4 oygacha	7,8
4 oydan 6 oygacha	25,8
6 oydan 1 yilgacha	25,1
1 yildan 5 yilgacha	20,2
5yil va undan ortiq	22,9

Bemorlarning shikastlanishning og'irligiga ko'ra taqsimlanishi strukturasi miyaning og'ir va o'rtacha kontuziyasi bo'lgan jabrlanuvchilar aniq ustunlik qildi (4-jadval). Ochiq BMJ (OBMJ) bemorlarning 26,9% da kuzatilgan, asosan penetratsion bo'lmagan, og'ir va o'rtacha miya kontuziyasi bilan birlashtirilgan (20 va 17 kishi).

4-jadval

BMJ shakli va og'irligiga qarab tekshirilganlarning 1 – guruhi taqsimlanishi.

№	Jarohatning og'irlik darajasi	kasallar soni (%)
1	Bosh miya shikastlanishining og'ir darajasi	43,8
2	Bosh miya shikastlanishining o'rta darajasi	36,3
3	Bosh miya shikastlanishining yengil darajasi	4,1
4	Bosh miya chayqalishi, shu jumladan takroriy	15,7

BMJ oqibati bilan dastlab tekshirilgan 39 nafar bemorning 32 nafari erkak va 7 nafari ayol bo'lgan. Ko'rikdan o'tgan bemorlarning yoshi 17 yoshdan 54 yoshgacha, o'rtacha yoshi 39 yoshni tashkil etgan. Jabrlanganlarning 70% ga yaqini 30-49 yoshdagilardir (5-jadval).

5-jadval

Ochiq BMJ oqibatlari bilan tekshirilganlarning yoshga qarab taqsimlanishi.

Yoshi	kasallar soni
30 yoshgacha	15,4
30-39	30,8
40-49	35,9
50 yosh va undan yuqori	17,9
Jami kasallar	100,0

Umuman olganda, BMJ bilan og'irgan bemorlar og'irroq jarohatlarga duch kelishgan, ammo bu guruhda takroriy miya shikastlanishi bo'lgan bemorlar yo'q edi.

Ishda 1.6-bo'limda berilgan A.Yu.Makarov va V.G.Pomnikov (2001) tomonidan taklif qilingan BMJ oqibatlarining kompleks tasnifidan foydalanilgan.

Bemorlarni tekshirishda asosiysi klinik nevrologik tekshiruv edi. Bundan tashqari, somatik tekshiruv o'tkazildi, birinchi navbatda, yurak-qon tomir tizimining holati baholandi. Avtonom nerv sistemasini o'rganishga jiddiy e'tibor berildi. Vegetativ ohangni o'rganish vegetativ Kerdo indeksini hisoblash yo'li bilan amalga

oshibildi. Indeksdagi o'zgarishlar diastolik qon bosimi va yurak urish tezligi nisbati asosida baholandi. Faoliyat va vegetativ reaktivlikning vegetativ ta'minlanishini baholashda ortoklino-statik test va Danini-Ashner fenomeni (ko'z-yurak refleksi) ishlatilgan. Barcha bemorlar ambulatoriya sharoitida mutaxassislar ishtirokida tekshirildi: nevrolog, terapevt, jarroh, oftalmolog. Agar kerak bo'lsa, chuqurlashtirilgan eksperimental psixologik va psixiatrik tekshiruv o'tkazildi.

Psixologik testda quyidagilar qo'llanildi: munosabatlarning rangli testi - hissiy-affektiv sohaning buzilishi va nevroitik mojarolarni aniqlash; Schulte jadvallari - diqqatni o'rganish; 10 ta so'zni yodlash uchun testlar va piktogramma usuli - xotira tadqiqoti; obyektlarni istisno qilish va oddiy analogiyalarni shakllantirish uchun testlar - fikrlashni o'rganish; "Raven jadvallari" texnikasi (progressiv matritsalar shkalasi) - aqlni baholash (Shapar V.B. va boshqalar, 2002).

Bemorlarda mavjud bo'lgan tibbiy hujjatlar (ambulatoriya kartasi, shifoxonalardan chiqish guvohnomalari, ish joyidagi jarohatlar to'g'risidagi guvohnoma, TIEBda tekshiruv guvohnomasi va boshqalar), anamnez ma'lumotlari, BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishi va uning dinamikasi asosida bir necha yillar davomida bemorlarning ijtimoiy holatidagi o'zgarishlar o'rganilgan.

Instrumental usullardan KT orqali miyani ko'rish natijalari tahlil qilindi. Biz elektrofiziologik tadqiqotlar ma'lumotlaridan foydalandik: ya'ni exoensefaloskopiya, elektroensefalografiya va transkraniyal Doppler ultratovush.

Tekshirilayotgan bemor uchun klinik ma'lumotlar, qo'shimcha tadqiqotlar natijalari, bemorning ijtimoiy mavqei, nogironlik toifalari va mehnatga layoqatlilik holati to'g'risidagi mulohazalar aks ettirilgan maxsus ishlab chiqilgan karta to'ldirildi (Ilovaga qarang).

Materialni matematik-statik va axborotga ishlov berish shaxsiy kompyuterda Microsoft Excel va Microsoft Access dastur paketlaridan foydalangan holda amalga oshirildi (Zaytsev V.M. va boshqalar, 1999). Quyidagi vazifalar hal qilindi: kuzatishlarni ro'yxatdan o'tkazish, ma'lumotlar bazasini yaratish, kuzatish natijalarini statistik tavsiflash va tahliliy guruhlash, keyinchalik statistik tekshirish va ma'lum sharoitlarda ro'yxatdan o'tgan buxgalteriya xususiyatlarini bog'laydigan

naqshlarni tavsiflash. Shu bilan birga, olingan natijalarning reprezentativligini majburiy statistik baholash Student ishonch testi va Pearson X testi yordamida amalga oshirildi ($p < 0,05$). Axborot mazmuni E.V.Gubler (1978) va Kulbak farqlari hammuallifligida o'zgartirilgan ma'lumotlar asosida baholandi. Ushbu texnikadan foydalanish BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarda yuzaga keladigan turli xil sindromlar va ularning kombinatsiyalarining informatsion ahamiyatini qiyosiy tahlil qilish imkonini berdi.

3-BOB. SHAXSIY TADQIQOTLAR NATIJALARI.

3.1. Bemorlarning klinik xususiyatlari.

Dastlab TIEB ga yuborilgan bemorlarni tekshirishda barcha asosiy klinik sindromlar aniqlandi: vegetativ distoniya, qon tomir, miya-lokal, astenik, travmadan keyingi epilepsiya, vestibulyar, psixorganik, likvorodinamik. Har bir bemor, qoida tariqasida, har xil zo'ravonlikdagi bir nechta sindromlarga ega edi.

6-jadvalda birlamchi va qayta tekshirilgan bemorlarda ushbu sindromlarning paydo bo'lish chastotasi ko'rsatilgan. Olingan ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatadiki, ularning aksariyati klinik ko'rinishda bo'lgan: miya-lokal (87,8%) va astenik (73,5%) sindromlar. Ularning paydo bo'lish chastotasi bo'yicha quyidagilar kuzatildi: likvorodinamik (54,6%), vegetativ distoniya sindromi (43,5%) va dastlab tekshirilganlar orasida bu sindromlarning chastotasi deyarli bir-biriga teng edi: 43,2% va 47,3%, mos ravishda. Takroriy bemorlarda, aksincha, vegetativ distoniya sindromi (42,4%) ustidan likvorodinamik sindromning (58,0%) ustunligi bilan sezilarli farqlar aniqlandi ($p < 0,05$). Qon tomir va vestibulyar sindromlar (VDS) kamroq aniqlangan va bemorlarning umumiy sonida ular mos ravishda 8,1% va 9,0% ni tashkil qiladi.

VDS bemorlarning 43,5 foizida aniqlandi va doimiy (vegetativ-qon tomir va vegetativ-visseral) buzilishlar va paroksizmal holatlar (vahima hujumlari) sifatida namoyon bo'ldi. Ta'kidlanganidek: postural taxikardiya, ortostatik beqarorlik, termoregulyatsiyaning buzilishi (past darajadagi isitma, termoasimetriya), yamoq-mozaik tabiatning sezgirlik buzilishi, paresteziya va somatalgiya. Aralash paroksizmal buzilishlar (simpatoadrenal va vagoinsular tabiat) umumiy zaiflik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, yurak urishi, titroq, arterial bosimning o'zgarishi va boshqa alomatlar, shuningdek hayotiy qo'rquv bilan namoyon bo'ldi. Ushbu kuzatishlar bu sindromning psixo-vegetativ, psixopatologik (odatda hissiy) kasalliklarning tarkibiy qismlarini o'z ichiga olgan mavjud g'oyasidan ajralib turmaydi. Vegetativ distoniya astenik sindrom bilan birgalikda bemorlarda 33,5% hollarda va VDS bilan og'rigan birlamchi bemorlarda 84,1% da uchraydi. Shubhasiz, limbik-retikulyar kompleks

tuzilmalarining shikastlanishi tufayli vegetativ regulyasiyaning buzilishi ko'p jihatdan astenik sindromning rivojlanishiga yordam beradi.

6-jadval

BMJ oqibatlarining asosiy sindromi bo'yicha bemorlarni taqsimlash (%).

№	Asosiy (yetakchi) sindrom	Birlamchi	Takroriy	Jami
1	Vegetativ distoniya	47,3	42,4	43,5
2	Qon-tomir	4,1	9,3	8
3	Likvorodinamik	43,2	58,0	54,6
4	Bosh miya o'chog'i	91,8	86,7	87,8
5	Posttravmatik epilepsiya	17,1	31,7	28,4
6	Vestibulyar	19,2	6,1	9,0
7	Astenik	80,8	71,3	73,5
8	Psixoorganik	17,1	36,0	31,7

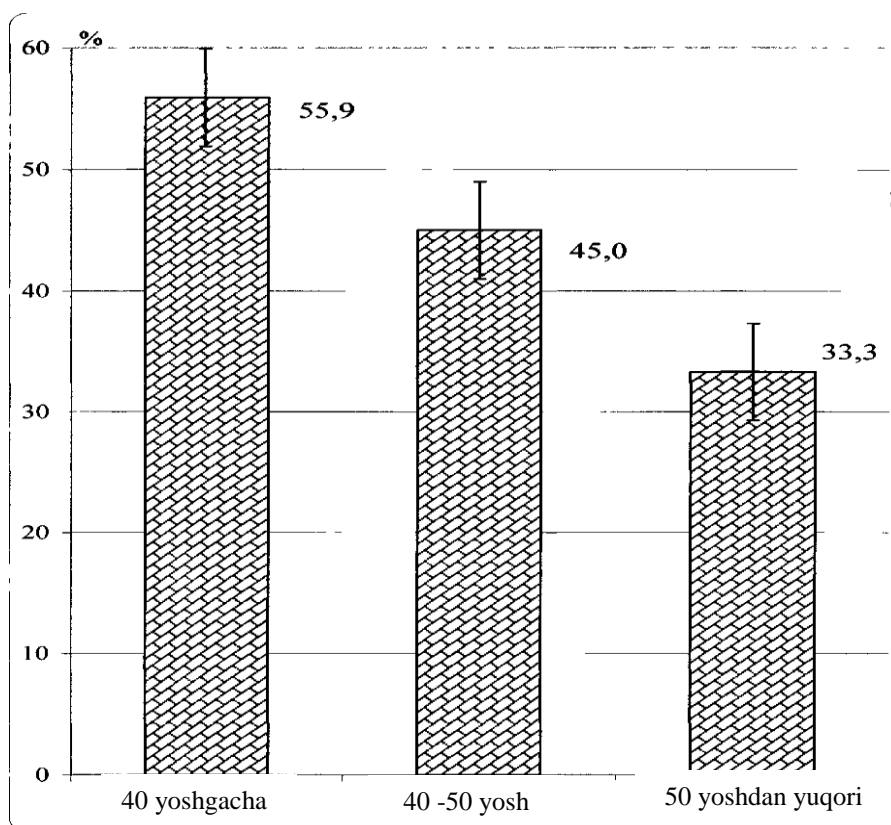
Bizning tadqiqotimizda VDS barcha bemorlar orasida 43,5% ni tashkil etdi (6-jadval) va M.M.Odinak, A.Yu.Emelyanov (1998) va E.A. Pesochina (1989) bunday bemorlarning mos ravishda 58,2% va 51,0% ni topdi.

Tekshirilayotganlarning yoshini hisobga olgan holda VDS chastotasi to'g'risidagi ma'lumotlarni taqqoslash (7-jadval) yoshlarda ($p < 0,05$) asosiy sindrom sifatida uning sezilarli darajada tez-tez mavjudligini, boshqa yosh guruhiga o'tishda farqlar saqlanib qolgan holda aniqlashga imkon berdi (1-rasm). Shu bilan birga, VDS shaklida oqibatlarsiz BMJdan o'tgan bemorlarning soni tekshirilgan turli yoshdagi bemorlarning umumiy soniga o'xshash tarzda o'zgardi (2-rasm). Bunday o'zgarishlar yosh ko'rsatkichlarining vegetativ distoniya sindromining namoyon bo'lishi bilan bog'liqligini va har bir yosh guruhida tekshirilgan bemorlar sonidan sindromning paydo bo'lish chastotasini mustaqil taqsimlashni ko'rsatadi.

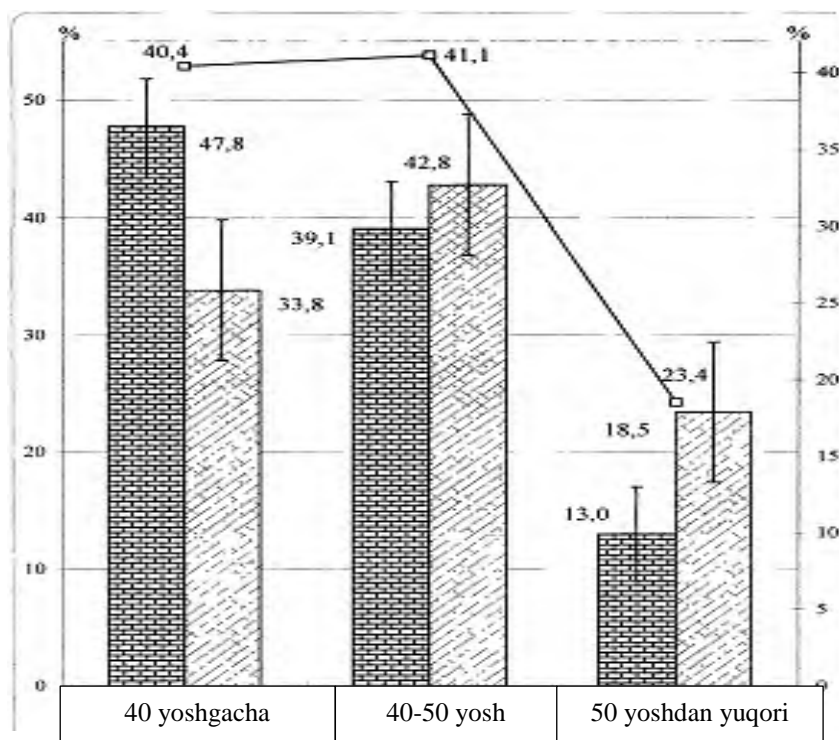
7-jadval

BMJ oqibatlari bilan birlamchi bemorlarning yoshini hisobga olgan holda vegetativ distoniya sindromining chastotasi (%).

Yoshi	40 yoshgacha	40-45 yosh	50 yosh va undan yuqori	Jami
Vegetativ distoniya	55,9	45,0	33,3	47,3



1-rasm. BMJ oqibatlari bilan birlamchi bemorlar orasida yoshni hisobga olgan holda vegetativ distoniya sindromining chastotasi.



2-rasm. BMJ oqibati bo'lgan birlamchi bemorlarning yoshini hisobga olgan holda vegetativ distoniya sindromining chastotasi.

Yengil miya kontuziyasi va chayqalishi (66,7%) bo'lgan bemorlarda VDS sezilarli darajada tez-tez ($p < 0,05$) aniqlandi. O'rtacha jarohat va og'ir BMJ holatida sindromning chastotasi 45,3% va 40,6% ni tashkil etdi, ya'ni og'ir jarohatda vegetativ distoniya pastroq namoyon bo'lish tendensiyasi mavjud edi (8-jadval).

Bemorlarning guruhleri (8-jadval ustunlarida) jarohatning og'irligiga ko'ra: 1) miyaning og'ir kontuziyasi; 2) o'rtacha og'irlikdagi miya kontuziyasi; 3) yengil miya kontuziyasi va miya chayqalishi ($p_{1,2-3} < 0,05$).

**8-jadval
BMJ oqibatlari bilan birlamchi bemorlarda jarohatning og'irligini hisobga olgan holda vegetativ distoniya sindromining chastotasi (%).**

BMJning og'irligi bo'yicha guruhlar	1.	2.	3.	Jami
Vegetativ distoniya	40,6	45,3	66,7	47,3

Umuman olganda, serebrolokal sindromli bemorlarning 87,8% da tashxis qo'yilgan. Bu asosan piramidal yetishmovchilik, zo'ravonlikdagi turli kasalliklarni aniqlashlar (serefrontal ataksiya) va yuqori miya ishlashining buzilishi bilan namoyon bo'ldi. Aksariyat tekshiruvda yengil organik alomatlar qayd etilgan. Gemiparez va afaziya ko'rinishidagi lokal miya kasalliklarining klinik ko'rinishlari kamroq tartibga solingan: mos ravishdagi 9.6% va 8.9% holatlarda. Ko'pincha sindrom og'ir va o'rtacha miya kontuziyasi (75,3%) bilan jabrlanganlarda mavjud.

Birlamchida bemorlarda BMJ holatini ko'rishda KT turli lokalizatsiya va zo'ravonlikdagi o'zgarishlarni aniqladi. Osonlik bilan ifodalangan morfologik o'zgarishlar po'stloq va po'stloq osti (korteks va subkortikal) oq moddada zichlikning bir xil xavf zonalari bilan tavsiflanadi. Ko'pincha shunga o'xshash rasm frontal va temporal (peshona va yanoq) qutb-bazal ulanishida qayd etilgan.

O'rtacha o'zgarishlar lokal, diametri 45 smgacha past zichlikdagi aniq joylar bilan namoyon bo'ldi. Ular, temporal, frontal korteksida va qo'shni oq moddada joylashgan bo'lib, uning bir qismini yoki butun qutbni egallab, qorincha tizimining old yoki pastgi shoxlariga yetib boradi. Bundan tashqari, biroz ko'tarilgan zichlikdagi joylar aniqlandi, bu yengil sikatrik o'zgarishlar va kichik kistali bo'lgan joylarni ko'rinishi. Bunday o'zgarishlar OMS sirkulyatsiyasining o'rtacha o'zgarishiga kelishi mumkin (15 bemorda o'rtacha darajada aniq gipertenziv sindrom kuzatilgan).

Lokal o'zgarishlarning keng namoyon bolishi (4 bemor) zichlikning notekis qisqarishining maydonlari (diametri 4.5 sm dan ortiq) bilan tavsiflanadi, ularga qarshi turli shakl va o'lchamdagi yuqori zichlikdagi shakllar mavjud edi. Bunday manzara glial chandiqlar mavjudligidan darak beradi.

Ochiq BMJ bilan og'rigan bemorlarda KT tomonidan kuzatilgan araxnoidit tekshiruvimizda hozirda proliferativ jarayonga xos bo'lgan klinik ko'rinish bilan birga kelmadi. Haqiqiy araxnoidit tashxisiga zamonaviy kasalliklarga asoslanib, biz tekshirgan bemorlarda uni tekshirish uchun hech qanday asos yo'q edi.

Miya-lokal kasallik sindromi bilan og'riqan bemorlarning sezilarli ustunligi (bizning ma'lumotlarimizga ko'ra - 87,7%) E.N. Leksin tadqiqotida keltirilgan, unda ushbu guruh 86,2% holatlarni tashkil etdi. Shu bilan birga, aniq motorli kasalliklar bemorlarning atigi 12.2 % da, Ye.M.Boyevaga (va boshqalar hammuallifligida) (1974) ko'ra 7.8% bizning tadqiqotimizda 11,2% holatatlarda aniqlangan. Nutq kasalliklar bilan bog'liq bo'lgan motorikaning buzilishi kasalliklari bo'lgan bemorlar 17,8% ni tashkil qildi.

Bemorlarning 54.6% ida OMS ning buzilishi qayd etilgan (6-jadval). Ko'pincha (31,5% holatlarda) ular gipertenziv sindrom bilan namoyon bo'lgan. Bemorlar me'yoriy sharoitlarning o'z-o'zidan, psixologik-emotsional va jismoniy stressi, bosh va barqaror pozitsiyasi bilan bog'liq va vizual zo'riqish tufayli har qanday holatda doimiy ravishda bosh og'rig'idan shikoyat qilgan. Gipertenziv sindrom ko'pincha asteniya (82,6%) va vegetativ disfunktsiya (45,7%) bilan birlashtirilgan. Bemorda likvorodinamik kasalliklar mavjudligi lyumbal punktsiya ma'lumotlaridir (statsionarda kasallangan bemorlarda), KT ma'lumotlari (yon va uchinchi qorinchaning old shoxi kengayishi, periventrikul shish bilan), kraniogrammadagi o'zgarishlar (barmoqlarni qattiq qisish, qon-tomir manzarasi), ko'z chuqurligi tomirlarining patologiyasi (spazm, arteriyalarning torayishi, kengayishi, tomirlarning qonga to'lishi) va ko'rish yo'llari (ko'rish nervlarining tushishi). 11,2% vaqtida o'rnini bosuvchi normotenziv gidrosefaliya miya atrofiyasi fonida sodir bo'lgan.

Biz tomonidan tekshirilgan bemorlarda 27,1% dan 54,6% gacha bo'lgan likvorodinamikaning buzilishi ko'pincha yetakchi sindromlar edi. E.M.Boyeva va boshqalar (1991) tadqiqotida 21% hollarda gipertonik sindrom tashxisi qo'yilgan. M. M. Odinak va A.Yu. Yemelyanov (1998) ma'lumotlariga ko'ra, turli guruhdagi bemorlarda likvorodinamik buzilishlar 34,7-42,0%, bosh miyaning og'ir qo'shma jarohatlarlarida esa 84,6% gacha bo'lgan. E.A. Pesochinaning materialida (1989) likvorodinamik buzilishlar BMJ oqibatlar bilan barcha bemorlarning 55% sodir bo'lgan va yopiq BMJ oqibatlar klinikasida 38% hollarda hukmron bo'lgan.

Vestibulyar sindrom 58 bemorda (jaming 9,0%) kuzatilgan va avtonom reaksiyalar (ko'ngil aynishi, qusish) bilan kechadigan bosh aylanishi (odatda tizimli xarakterga ega), muvozanat buzilishi bilan namoyon bo'lgan. Yu. D. Arbatskaya (1975) ma'lumotlariga ko'ra, vestibulyar sindrom 32-50% hollarda, ko'pincha yopiq BMJ bilan kasallangan bemorlarda uchraydi. Ye. M. Boyeva va boshqalar (1974) bemorlarning 70,2 foizida vestibulyar sindrom kuzatganlar. Og'ir travma ko'pincha vestibulyar buzilishlar bilan birga bo'lib, yengil miya kontuziyasi va miya chayqalishidan og'ir miya kontuziyasidan farq qiladi (9-jadval).

9-jadval

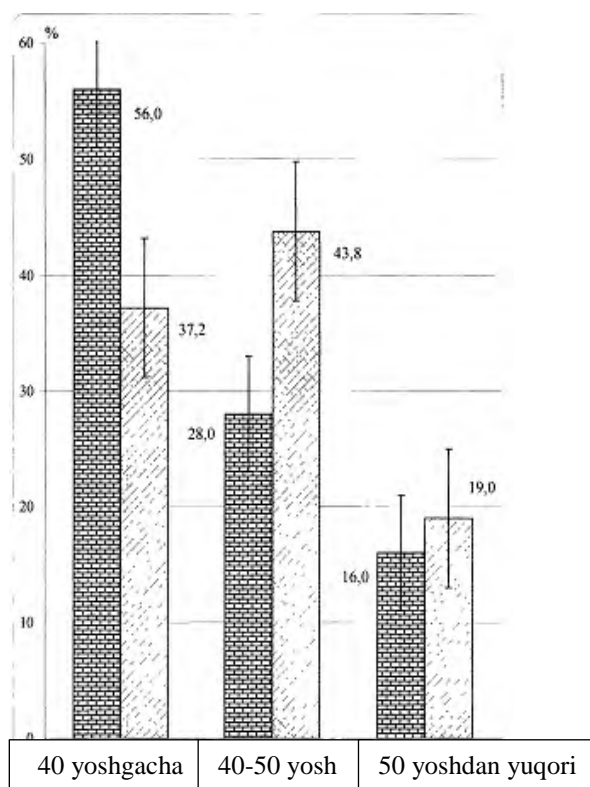
BMJ oqibatlarini bilan birlamchi bemorlarda jarohatning og'irligini hisobga olgan holda vestibulyar sindromning chastotasi (%).

BMJ darajasining og'irligiga ko'ra guruhlar	1.	2.	3.	Jami
Vestibulyar sindrom	25,0	17,0	11,1	19,2

Jarohatning og'irligiga ko'ra bemorlar guruhlarini (9-jadvalda): 1) miyaning og'ir kontuziyasi; 2) o'rtacha og'irlikdagi miya kontuziyasi; 3) yengil bosh miya kontuziyasi va chayqalishi.

Vestibulopatiya ko'pincha serebrolokal sindrom (96,4% hollarda), astenik (85,7%), vegetativ distoniya (53,6%) va likvorodinamik buzilishlar (32,1%) bilan birlashtirilgan.

Post-travmatik epilepsiya bemorlarning 28,4 foizida (barcha tekshirilgan bemorlarni hisobga olgan holda) sodir bo'lgan. Ko'pincha serebrolokal sindrom (84,0%) fonida rivojlangan. Odatda, birlamchi va ikkilamchi umumlashtirilgan, ba'zan psixomotor tutilishlar (jumladan, Jekson) kuzatilgan. Birlamchi bemorlarda epileptik sindrom ko'proq miya chayqalishi (25,0%) va qayta BMJ (36,4%) bo'lganlar orasida keng tarqalgan. Sezilarli ($p < 0,05$) yoshlar (40 yoshgacha - 56% hollarda) ustunlik qiladi (3-rasm). Bemorlarning yoshi ortishi bilan 50 va undan katta yoshdagi bemorlarda sindromning chastotasi 16% gacha pasayish tendentsiyasi kuzatilgan (10-jadval).



3-rasm. BMJ oqibatlari bo'lgan birlamchi bemorlarning yoshini hisobga olgan holda, travmadan keyingi epilepsiya sindromining chastotasi.

10-jadval

BMJ oqibatlari bo'lgan birlamchi bemorlarda yoshni hisobga olgan holda travmadan keyingi epilepsiya sindromining chastotasi (%).

Yoshi	40 yoshgacha	40-45 yosh	50 yosh va undan yuqori
Post-travmatik epilepsiya	56,0	28,0	16,0

Jarohatdan keyin o'tgan vaqtga qarab, epileptik sindrom bilan kasallanishning sezilarli darajada oshganini ta'kidlash kerak, jarohatlar bo'yicha 6 oydan ortiq bo'lmagan 6,3% dan, 5 yil va undan ko'proq vaqt davomida 33,3% gacha (11 - jadval, 4-rasm).

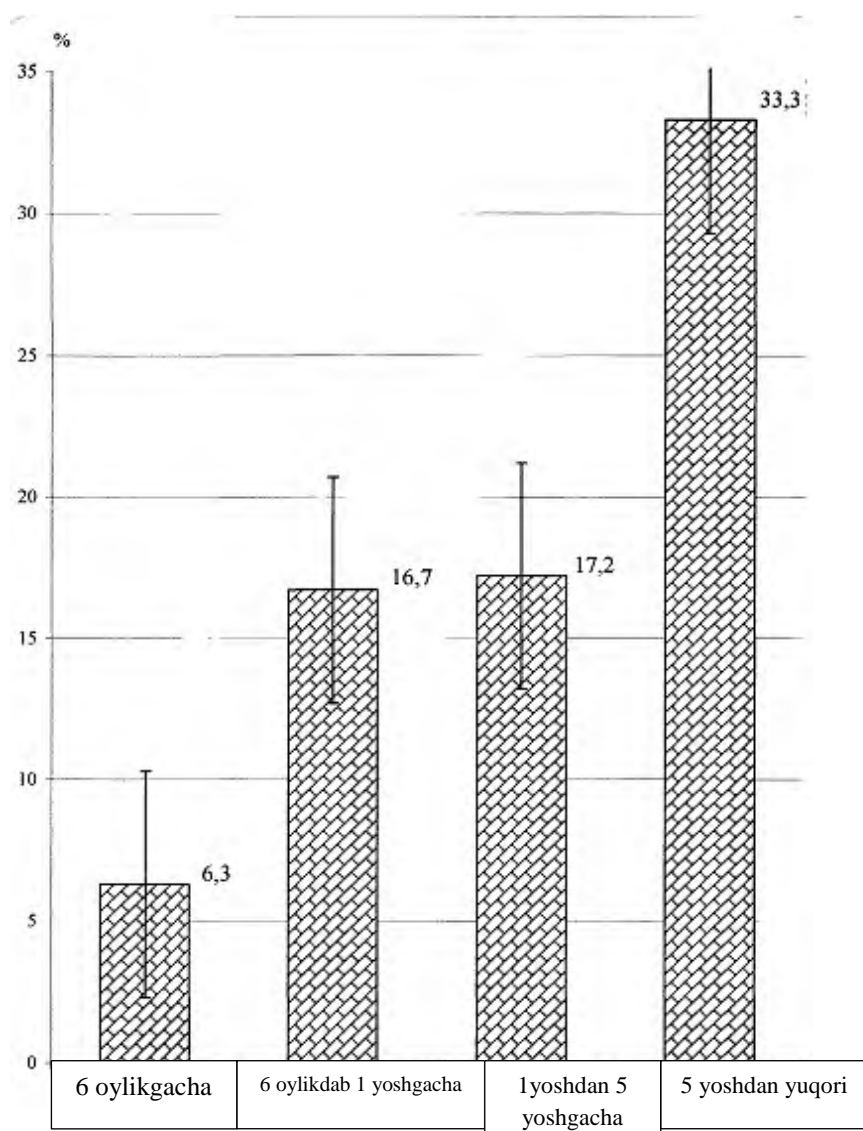
11-jadval

BMJ oqibati bo'lgan birlamchi bemorlarda shikastlanishning davomiyligini hisobga olgan holda post-travmatik epilepsiya sindromining chastotasi (%).

Jarohatning davomiyligi	6 oygacha	6 oydan 1 yilgacha	1 yildan 5 yilgacha	5 yil va undan ko'proq	Jami
Posttravmatik epilepsiya	6,3	16,7	17,2	33,3	17,1

(p 1- 2 < 0,05; p 2 - 4 < 0,05; p 1- 4 < 0,05)

Raqam bo'yicha asosiy guruh - 63,7%, odamlar bir xil turdagi epileptik tutqanoqli, tez-tez uchraydigan (oyiga ikki martagacha) bo'lgan bemorlardan iborat. Bemorlarning ushbu guruhida markaziy asab tizimining disfunktsiyasining og'irligi, HFCh darajasi va prognozi BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida mavjud bo'lgan boshqa sindromlar (tutqanoqdan tashqari) bilan aniqlandi. Psixikadagi tipik posttravmatik o'zgarishlar astenik va psixo-organik sindromlar ko'rinishida aniqlangan. EEGda aniqlangan epileptik fokus ko'pincha konveksital joylashgan va travmatik shikastlanish sohasiga to'g'ri kelgan.



4-rasm. BMJ oqibati bo'lgan birlamchi bemorlarda shikastlanish davomiyligini hisobga olgan holda post-travmatik epilepsiya sindromining chastotasi.

Jarohatdan keyingi epilepsiya bilan og'rikan bemorlarning boshqa guruhida (59,6%) klinik ko'rinishda yetakchi rol epileptik tutilishlarga tegishli edi. Bu yerda o'rta chastotali yoki tez-tez, ko'pincha polimorfik tutilishlar kuzatildi. EEG umumiy yoki umumiy epileptik faollikni ko'rsatdi, o'choqlarning lokalizatsiyasi bazal va mediobazal edi. Ushbu bemorlarda travmatik ruhiy nuqson epileptik tipdagi o'zgarishlar bilan birlashtirilgan va psixopatologik kasalliklar ham uchragan (13,4% hollarda).

Epilepsiya tutqanoqlari bilan og'rikan bemorlarni tekshirganda, epilepsiya rivojlanishiga irsiy moyilligi yuqori bo'lgan ikkita bemor (1,1%) aniqlandi, ammo jarohatdan oldin tutilishlar bo'lmagan. Bunday hollarda BMJ qo'zg'atuvchi omil bo'lgan.

Jarohatdan keyingi epilepsiya bilan og'rikan bemorlarning asosiy va takroriy bemorlar o'rtasida taqsimlanishi asosan E. A. Sodikovning(1999) ilgari olingan ma'lumotlariga to'g'ri keldi, bu yerda post-travmatik epilepsiya bilan og'rikan bemorlarning o'xshash guruhlari: 51% (birinchi variant); 42% (ikkinchi variant); 7% (uchinchi variant). Turli tadqiqotlarda travmadan keyingi epilepsiya sindromining paydo bo'lishi haqidagi ma'lumotlar noaniqdir. Ular 15%, 16,1% va 16,2% (Yemelyanov A.Yu., 2000) dan 38,5% gacha. Bizning tadqiqotimizda dastlabki tekshirilgan bemorlarning 17,1 foizida travmadan keyingi epilepsiya kuzatilgan.

Jarohatdan keyingi epilepsiya bilan og'rikan barcha bemorlar orasida astenik sindrom bilan kombinatsiya eng tez-tez uchraydi (56,0% hollarda). Epileptik tutilishlar, qo'shimcha ravishda, ko'pincha intrakranial gipertenziya (48,0%) va psixooorganik sindrom (32,0%) bilan birlashtiriladi.

Tekshirilayotganlarning 73,5 foizida astenik sindrom kuzatilgan. Bemorlar ta'kidladilar: charchoq, asabiylashish, xotira va e'tiborning yomonlashishi, mehnat faolligining pasayishi. Psixologik tekshiruv ishda unumdorlikning pasayishi, hissiy beqarorlik bilan birga aqliy jarayonlarning kuchayganligini aniqladi. Ko'pincha tashxisda ko'p jihatdan astenikka o'xshash astenonevrotik sindrom mavjud bo'lib,

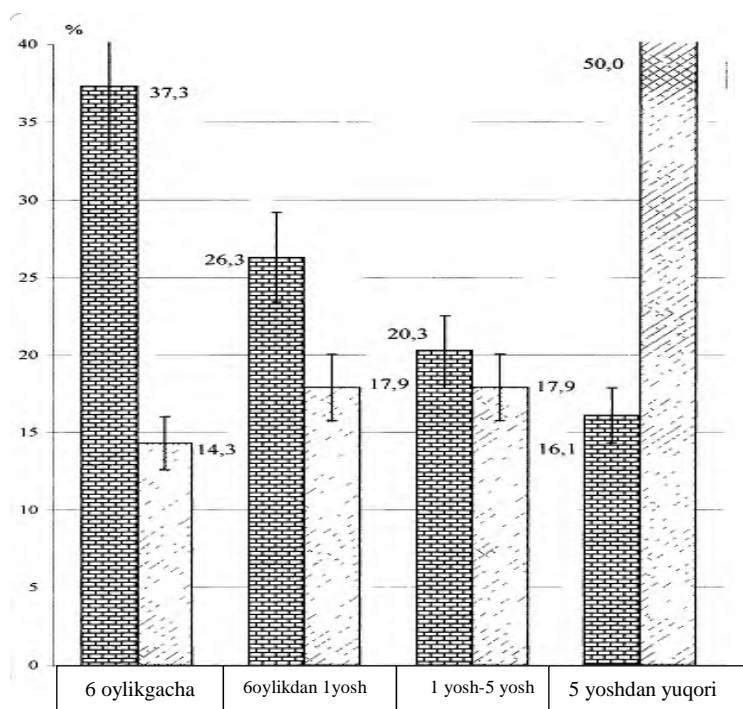
asteniyaga qo'shimcha ravishda kayfiyatning sezilarli beqarorligi, qo'zg'aluvchanlikning oshishi bilan namoyon bo'lgan.

Psixologik tadqiqotlar emotsional-irodaviy sohadagi buzilishlarni aniqladi: irodaviy harakatlarni shakllantirishdagi qiyinchilik, munosabatlarning labilligi, barqaror hayot stereotipining deformatsiyasi. Dastlabki holatlarning yarmida (51,4%) tekshirilganlar orasida astenik sindrom jarohati 1 yilgacha bo'lgan bemorlarda qayd etilgan. BMJ ning uzoqroq davom etishi bilan u juda kam aniqlandi - 5 yil yoki undan ko'proq vaqtdan keyin 16% gacha, jarohat muddatiga qarab farqlarning ishonchliligini saqlab qoladi (12-jadval, 5-rasm).

12-jadval
Astenik sindromning chastotasi, BMJ oqibati bo'lgan asosiy bemorlar orasida jarohatning retseptini hisobga olgan holda (%).

Jarohatning davomiyligi	6 oygacha	6 oydan 1 yilgacha	1 yildan 5 yilgacha	5 yil va undan ko'proq
Astenik sindrom	37,3	26,3	20,3	16,1

(p 1-2 < 0,05; p 2-3 < 0,05; p 3-4 < 0,05)



5-rasm. Astenik sindromning chastotasi, BMJ oqibati bo'lgan birlamchi bemorlarda shikastlanish davomiyligini hisobga olgan holda.

Astenik sindromni Yu. S. Martinov va boshqalar (2000) - bemorlarning 21%, A.Yu. Yemelyanov (2000) - 50,2% (M. M. Odinak va A.Yu. Yemelyanov (1998)) urush davridagi BMJ bilan 85,0% gacha) ajratganlar. Bizning tadqiqotimizda astenik sindromli bemorlar barcha tekshirilgan bemorlarni hisobga olgan holda 73,5% hollarda, birlamchi bemorlarda esa 80,8% gacha aniqlangan.

Ko'pincha astenik sindrom miya lokal sindromi (94,1%), vegetativ distoniya (49,2%) va likvorodinamik buzilishlar (42,4%) bilan birlashtirilgan.

Psixorganik sindrom umuman bemorlarning 31,7 foizida kuzatilgan va aqliy jarayonlarning doimiy buzilishlari bilan tavsiflangan: xotira, diqqat, fikrlash, hissiy-irodaviy sohaning buzilishi. Psixorganik sindromning klinik ko'rinishida turli xil variantlar mavjud edi: amnestik, apatik, astenik, eyforik. Oddiy simptomlarni hisobga olgan holda, ikkita bemorga demans tashxisi qo'yilgan. Psixorganik sindromning paydo bo'lish chastotasi shikastlanishning 30,3% retsepti bilan sezilarli darajada ta'sir ko'rsatdi 5 yil yoki undan ko'p muddat bilan; 10,3% retsept bo'yicha 5 yildan kam (13-jadval).

13-jadval

Psixorganik sindromning chastotasi, BMJ oqibati bo'lgan birlamchi bemorlar orasida jarohatning davomiyligini hisobga olgan holda.

Jarohatning davomiyligi	6 oygacha	6 oydan 1 yilgacha	1 yildan 5 yilgacha	5 yil va undan ko'proq	Jami
Psixorganik sindrom	14,6	13,9	10,3	30,3	17,1

($p_{2-4} < 0,05; p_{3-4} < 0,05$)

A.Yu. Yemelyanov (2002) ma'lumotlariga ko'ra, psixorganik sindrom 31,7% hollarda kuzatiladi, bu barcha tekshirilganlarni hisobga olgan holda bizning ma'lumotlarimizga to'liq mos keladi.

Psixoorganik sindrom 88% hollarda miya-lokal bilan birgalikda qayd etilgan. Bemorlarning 32% epileptik sindrom, 36% likvorodinamik buzilishlar va 32% vegetativ distoniya sindromi bilan birgalikda ruhiy kasalliklarni aniqlandi.

Dastlabi TIEBga murojaat qilingan bemorlarda qon tomir kasalliklari kamdan-kam uchraydi (4,1%). Simptomatik arterial gipertenziya nisbatan past qon bosimi ko'rsatkichlari bilan tashxis qo'yilgan (160/170 mm Hg gacha - sistolik va 80/90 mm Hg - diastolik). Kuzatilgan bemorlarda yurakning chap qorinchasining gipertrofiyasi va ko'z chuqurligi holatidagi o'zgarishlar (retinal angiopatiya) kuzatilmadi. Qon tomir kasalliklari bo'lgan bemorlarning o'rtacha yoshi (46 yosh) boshqa birlamchi bemorlarga qaraganda 6 yoshga oshdi.

Parkinsonizm sindromi bemorlarning 2,2 foizida yuzaga kelgan va asosan akinetik-qattiq va aralash (akinetik-qattiq-titroq) klinik shakllarda namoyon bo'lgan. Ko'pincha amiostatik simptomlar majmuasi kuzatildi: yurishning sekinlashishi, qadam uzunligining qisqarishi, harakatlardagi sekinlik, mimika va imo-ishoralarning yomonlashishi. Boshqa mualliflar ham BMJ oqibatlari orasida nisbatan kam uchraydigan hodisani qayd etishadi: Yu.D.Arbatskaya (1975) bo'yicha 0,9%; Ye. M. Boyeva va boshqalar (1974) ishida 6,1% , Ye.N.Leksin (1973) 7%.

Bizning tadqiqotimizda taqdim etilgan asosiy sindromlarning tuzilishi asosan mavjud adabiyot ma'lumotlariga o'xshaydi, ammo ba'zi mualliflarning asarlarida BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida juda sezilarli bo'lgan psixoorganik sindrom haqida ma'lumot yo'q. M. M. Odinak va A. Yu. Yemelyanov (1998), Ye. A. Pesochina (1989) va Ye. M. Boyeva va boshqalar (1974) tomir kasalliklarini vegetativ distoniya bilan birgalikda ko'rib chiqadilar.

Yuqoridagi ma'lumotlarni umumlashtirgan holda, biz BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishidagi yetakchi sindromlarni aniqlashda bizning tadqiqotimiz va boshqa mualliflar natijalarining o'xshashligini ta'kidlashimiz mumkin, garchi tekshirilayotgan kontingentning xususiyatlari shubhasizdir. Belgilangan vazifalar tasvirlangan klinik ko'rinishlarning tuzilishiga sezilarli ta'sir ko'rsatdi.

Ochiq BMJning oqibatlari ma'lum klinik xususiyatlarga ega. Nogironlik guruhini tuzish uchun TIEBga murojaat qilish nuqtai nazaridan, OBMJ bilan

og'riqan bemorlarni erta davolashga nisbatan sezilarli tendentsiya kuzatildi: jarohlardan keyin 6 oygacha 41% hollarda, YBMJ bo'lgan odamlarga nisbatan (29,9%) va 1 yilgacha bo'lgan davomiylik bilan, mos ravishda jami 69,2% va 53,3% (14-jadval).

14-jadval

Ochiq va yopiq BMJ oqibatlari bilan dastlab tekshirilganlarning taqsimlanishi, jarohatning davomiyligiga qarab (%).

Jarohatning davomiyligi	OBMJ	YBMJ
6 oygacha	41,0	29,9
6 oydan - 1 yilgacha	28,2	23,4
1 yildan - 7 yilgacha	20,5	30,8
7 yil va undan ko'proq	10,3	15,9

Bu holat, birinchi navbatda, OBMJdagi shikastlanishning og'irligi bilan bog'liq (og'ir va o'rtacha jarohatlar birgalikda 95% ni tashkil qiladi). Bundan tashqari, maksimal klinik ko'rinish shikastlanishning o'tkir va oraliq davrlarida kuzatiladi.

Asosan, tekshirilgan bemorlarda ochiq BMJ oqibatlari tasnifning uchinchi qismida keltirilgan sindromlar bilan aniqlandi. Biroq, klinik ko'rinishlarning paydo bo'lish chastotasi kamdan-kam hollarda BMJ xususiyatlari oqibatlarining klinik ko'rinishiga ta'sirini aks ettiradi. Eng muhimi (klassifikatsiyaning ikkinchi bo'limiga ko'ra) to'qimalar va orqa miya suyuqligining morfologik o'zgarishlarining ustunligi edi. Shu bilan birga, yopiq BMJ (48,6%) bo'lgan bemorlarda vegetativ distoniya sezilarli darajada tez-tez aniqlangan. Bu limbik-retikulyar kompleks tuzilmalarining shikastlanishi natijasida kelib chiqqan travma oqibatlari, yopiq BMJ holatida vegetativ buzilishlarning ustunligini patogenetik jihatdan aniqlab berishi bilan izohlanadi. Mahalliy lokal jarohatlarning chastotasi ochiq BMJ bilan og'riqan bemorlarda (mos ravishda 97,4% va 89,8%) yopiq BMJga qaraganda miya-lokal buzilishlarning biroz ko'proq namoyon bo'lishiga olib keladi.

3.2. 1-2 guruh bemorlarning qiyosiy tahlili.

Ixtisoslashtirilgan TIEBga birinchi marta yuborilgan (dastlabki tekshirilganlar guruhi) yoki 2-3 yildan keyin keyingi qayta tekshiruvga (qayta

tekshirilgan) BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlar tekshirildi. Bemorlarning ushbu guruhlarida qiyosiy tahlilni o'tkazishda BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishlari nisbatida ma'lum o'zgarishlar aniqlandi.

Tasniflashning birinchi bo'limidan foydalanish BMJning asosan bevosita va bilvosita (vositachi) oqibatlari bo'lgan asosiy va takroriy bemorlarni ajratib ko'rsatishga imkon berdi. To'g'ridan-to'g'ri oqibatlarga olib keladigan guruhga klinik ko'rinishda gemiparez, afaziya, vestibulyar sindrom, surunkali subdural gematoma, gipertenziv sindromli gidrosefaliya bo'lgan bemorlar kiradi. Bilvosita oqibatlarga olib keladigan guruhni VDS, posttravmatik arterial gipertenziya, kommunikativ normotenziv gidrosefaliya, posttravmatik epilepsiyaning kech shakllari, psixorganik sindromi bo'lgan bemorlar tashkil etdi.

Umuman olganda, birlamchi va takroriy bemorlarda tasnifning birinchi bo'limida ko'rsatilgan jarohatning barcha bevosita va bilvosita oqibatlari mavjud edi. BMJ oqibatlari rivojlanishining patogenetik xususiyatlariga qarab barcha bemorlarning taqsimlanishi 15-jadvalda keltirilgan.

15-jadval

BMJ oqibatlari rivojlanishining patogenetik xususiyatlariga ko'ra bemorlarni taqsimlash (%).

Oqibatlari	Klinik ko'rinishlari	Birlamchi	Takroriy	Barcha tekshirilganlar
To'g'ridan-to'g'ri	Gemiparez	9,6	11,7	11,2
	Afaziya	8,9	5,9	6,6
	Vestibulopatiya	19,2	6,1	9,0
	Subdural gematoma	12,3	7,7	8,7
	Gipertenziv sindrom	31,5	25,9	27,1
	Parkinsonizm	3,4	1,8	2,2
	Astenik sindrom	80,8	71,3	4,8
	Vegetativ distoniya	47,3	42,4	43,5

Bilvosita	Arterial gipertenziya	4,1	5,1	4,8
	Bosh miya aterosklerozi	0,0	4,2	3,3
	Posttravmatik epilepsiya	17,1	31,7	28,4
	Psixooorganik sindrom	17,1	36,0	31,7

To'g'ridan-to'g'ri oqibatlar orasida astenik sindrom birinchi o'rinda turadi - birlamchi va takroriy bemorlarning 73 foizida (umuman). Shunisi e'tiborga loyiqki, astenik sindrom birlamchi bemorlarda biroz ko'proq uchraydi. Ularning yarmida (51,4%) jarohati 1 yilgacha bo'lgan bemorlarda qayd etilgan. OMS gipertenziyasi va bosh suyagi nuqsonlari bilan gidrosefaliya tez-tez uchraydi. Kamroq, subdural gematoma va gemiparez kuzatilgan.

Ba'zi to'g'ridan-to'g'ri oqibatlarining chastotasidagi farqlar afaziya bilan bog'liq (kamroq takroriy tekshiruv bilan) va ayniqsa vestibulopatiya sindromida (takroriy bemorlarda 3 baravar kam). Bu ushbu sindromlarda kompensatsiya qilish imkoniyatini aks ettiradi.

Umuman bilvosita oqibatlar orasida (birlamchi va takroriy bemorlarda) VDS aniq ustunlik qildi (43,5%). Qon tomir sindromlari kamroq tarqalgan: arterial gipertenziya - 4,8%, miya aterosklerozi - 3,3% hollarda. Ko'pincha psixooorganik sindrom (31,7%) va posttravmatik epilepsiyaning kech shakllari (28,4%) qayd etilgan. Takroriy guruhda vegetativ distoniya bilan og'rigan bemorlarning biroz kamroq soni qayd etilgan, bunda arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlar soni ko'paygan. Bu yerda (takroriy bemorlarda) miya aterosklerozi (4,2%) bilan og'rigan bemorlar paydo bo'ldi. Epilepsiya va psixooorganik sindrom deyarli ikki barobar tez-tez kuzatilgan.

Vestibulyar sindrom Ye.N.Leksin (1973) tomonidan yetakchilar qatoriga kiritilgan - 6,5% hollarda. Shunga o'xshash qiymat biz tomonidan takroriy bemorlar guruhida (6,1%) va barcha tekshirilganlar orasida 9,0% gacha olingan. Olingan ma'lumotlar ularning patogenezining o'ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqqan

holda, BMJning bilvosita oqibatlari rivojlanishining bashorat qilingan dinamikasini aniq aks ettiradi.

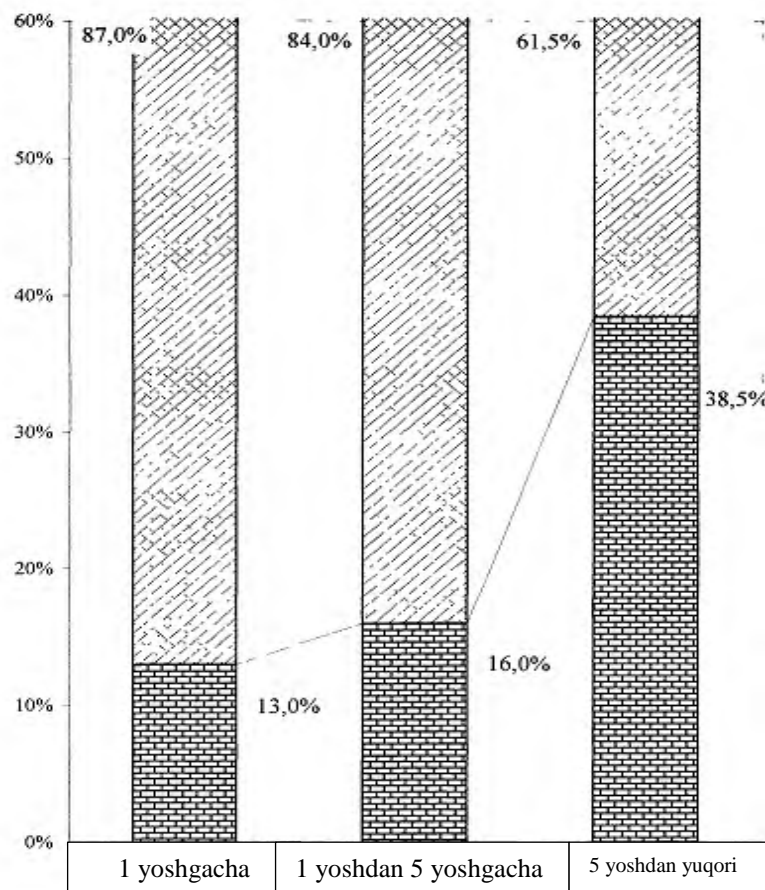
BMJ oqibatlari rivojlanishining patogenetik xususiyatlarini tahlil qilish, shuningdek, birlamchi bemorlar guruhida ma'lum nisbatni aniqlashga imkon berdi. Bu, birinchi navbatda, to'g'ridan-to'g'ri oqibatlarning (81,3%) bilvosita (18,8%) ustidan ustunligi, bu jinsi, yoshi va nogironlikning og'irligidan qat'i nazar, barcha bemorlarga deyarli teng darajada taalluqlidir. Shu bilan birga, o'tkir epizod 5 yil va undan ko'proq davom etgan bemorlarda BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida bilvosita sindromlar mavjudligi 3 baravar ko'paygan - tekshirilgan guruhdagi 13,0% bilan solishtirganda 1 yilgacha 38,5% gacha. (16-jadval, 6-rasm).

16-jadval

Ko'rib chiqilganlarning taqsimlanishi, BMJ oqibatlari rivojlanishining patogenetik xususiyatlarini va BMJ davomiyligini hisobga olgan holda (%).

№	Jarohatning davomiyligi	BMJ rivojlanishining xususiyatlari		Jami
		to'g'ridan-to'g'ri	bilvosita	
1	1 yilgacha	87,0	13,0	100,0
2	1 yildan 5 yilgacha	84,0	16,0	100,0
3	5 yil va undan ko'proq	61,5	38,5	100,0

(to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita ta'sirlar o'rtasidagi farqlar sezilarli: $p < 0,05$)



6-rasm. BMJ oqibatlarining rivojlanishining patogenetik xususiyatlarini va shikastlanishning davomiyligini hisobga olgan holda tekshirilgan bemorlarning taqsimlanishi.

Tahlil natijalari, ayniqsa, yengil BMJ bilan og'rigan bemorlarda BMJning o'tkir davridan keyin vaqt o'tishi bilan bevosita va bilvosita oqibatlarining asta-sekin regressiyasini ko'rsatdi. Shunday qilib, kuzatilgan o'zgarishlar tasnifning birinchi bo'limida ko'rsatilgan BMJ oqibatlarining yuzaga kelishining patogenetik har-xillik printsiptiga mos keladi.

Og'ir va og'ir bo'lmagan BMJ bilan og'rigan bemorlarda OMS va to'qimalarning oqibatlari BMJ oqibatlarining bir qator klinik shakllarida (klassifikatsiyaning ikkinchi bo'limi) turli xil ahamiyatga ega edi (17-jadval). OMS o'zgarishlari ustun bo'lgan guruhga gipertenziv sindrom va normotenziv gidrosefaliya bo'lgan posttravmatik gidrosefaliya bilan og'rigan bemorlar kiradi. Miya atrofiyasi (mahalliy va diffuz), travmadan keyingi intraserebral kista va meningeal chandiqlar, bosh suyagi nuqsonlari bo'lgan bemorlarda to'qimalar o'zgarishlarining ustunligi qayd etilgan.

**BMJ oqibatlari va jarohatning og'irligini hisobga olgan holda,
tekshirilganlarning taqsimlanishi.**

№	Jarohatning og'irligi	BMJ oqibatlarining klinik shakllari		
		Likvor	Qon-tomir	To'qima
1	Og'ir BMJ	2,3	0,0	97,7
2	O'rta darajadagi BMJ	27,0	16,2	56,8
3	Yengil BMJ	50,0	0,0	50,0

Farqlar Ishonchli: a) og'ir BMJ bo'lgan guruhlarda oqibatlarining klinik shakllari bo'yicha: $p_{1-3} < 0,05$; va o'rtacha BMJ: $p_{1-2,3} < 0,05$; b) BMJ og'irligiga ko'ra – orqa miya suyuqligi orasida $p < 0,05$.

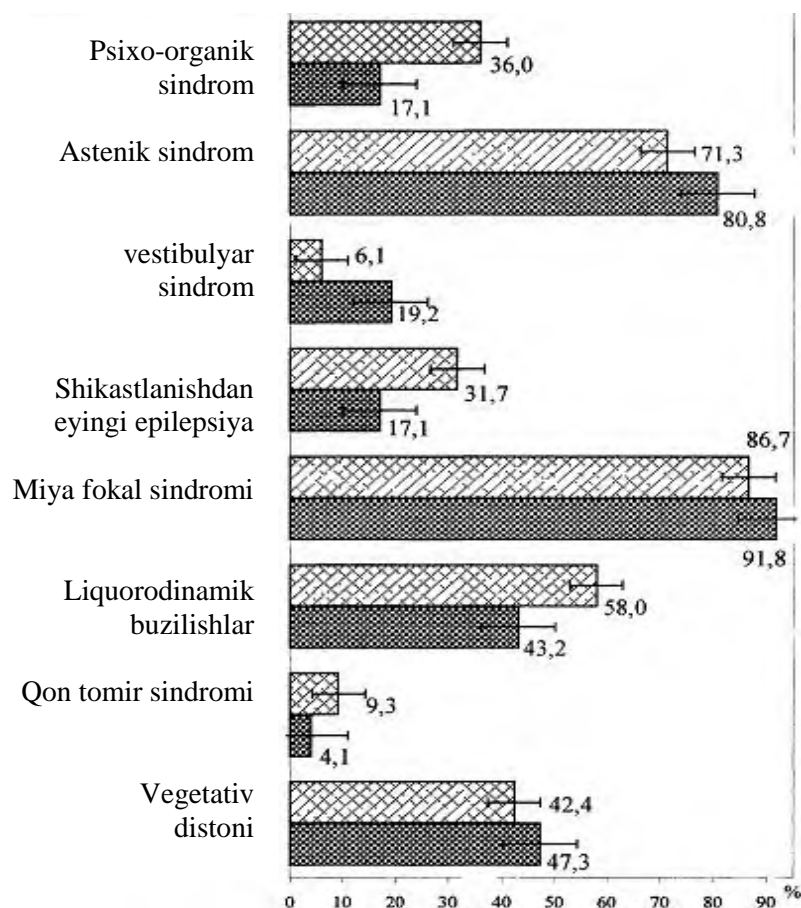
To'qima oqibatlarining ustunligi (97,7%) og'ir miya kontuziyasi bo'lgan odamlarda qayd etilgan. O'rtacha jarohat olgan bemorlarda klinik ko'rinishda miya likvor suyuqligi ta'siri ko'proq bo'lgan, garchi ular hali ham to'qimalardan (27,0%) past bo'lsa ham. Yengil BMJ bilan og'irgan bemorlarda suyuqlik va to'qimalarning oqibatlari bir xil chastotada sodir bo'lgan - 50,0%. Qon tomirlarining buzilishi (arterial gipertenziya, miya tomirlarining erta aterosklerozi) faqat miyaning o'rtacha kontuziyasiga uchragan odamlarda topilgan.

Umuman olganda, tasnifning ikkinchi bo'limi bo'yicha ma'lumotlarning tahlili (mavjud morfologik o'zgarishlarga qarab) birlamchi va takroriy bemorlarda to'qimalarning morfologik o'zgarishlari aniq ustun ekanligini ko'rsatdi (mos ravishda 82% va 70%). To'qimalarning oqibatlari orasida miya atrofiyasi (16% va 12%) va bosh suyagi nuqsonlari ko'proq uchraydi; miya likvor suyuqligi orasida - gidrosefaliya (79% va 94%); qon tomirlar orasida surunkali gematomalar qayd etilgan.

Tasniflashning uchinchi bo'limiga muvofiq klinik ko'rinishlarni ko'rib chiqish birlamchi va qayta tekshirilganda paydo bo'lish chastotasi bo'yicha yetakchi sindromlarning asosan o'xshash taqsimlanishini ko'rsatdi (6-jadval). Bu eng keng

tarqalgan sindromlarga taalluqlidir: miya-lokal (91,8%) va astenik (86,7%) (7-rasm). Har bir guruhda ushbu sindromlar paydo bo'lish chastotasi bo'yicha birinchi va ikkinchi o'rinlarni egallagan. Dastlabki tekshirilgan bemorlar guruhida chastota bo'yicha uchinchi o'rinni VDS (47,3%) egalladi. Qayta kuzatilgan bemorlarda bu sindrom biroz kamroq (42,4%) sodir bo'lgan, ammo guruhlar o'rtasidagi farqlar sezilarli emas edi ($p>0,05$). Shu bilan birga, takroriy bemorlarda VDS allaqachon to'rtinchi o'rinni egallab, likvorodinamik sindromga (58,0%) tez-tez kelib turadi.

Birlamchi va takroriy bemorlarda OMS sindromi bilan kasallanishning farqi sezilarli edi ($p<0,05$), bu uning takroriy bemorlarda BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida ortib borayotgan rolini ko'rsatadi, birinchi navbatda miya yarim atrofiyasi fonida normotensiv gidrosefaliya tufayli.



7-rasm. BMJ oqibatlarining asosiy sindromi bo'yicha birlamchi va takroriy bemorlarni taqsimlash

Vestibulyar sindrom birlamchi bemorlarda BMJ oqibatlari orasida beshinchi o'rinni egalladi va 19,2% ni tashkil etdi. Takroriy vestibulyar sindromda u yetakchi

sindromlar orasida sakkizinchi o'rinni egalladi (6,1%). Vestibulyar sindrom o'zining patogenetik xususiyatlarida BMJ ning bevosita oqibatlariga tegishli ekanligini hisobga olsak, aniqlangan ko'rsatkichlar ushbu toifadagi bemorlarda dinamikada uning regressiyasini aks ettiradi.

Psixooorganik sindrom (17,1%) tekshirilgan bemorlarda paydo bo'lish chastotasi bo'yicha oltinchi o'rinni egalladi. Bu ko'rsatkich qayta tekshirilgandan (36,0%) sezilarli darajada past ($p < 0,05$). Takrorlangan bemorlar orasida psixooorganik sindrom beshinchi o'rinni egalladi va chastota bo'yicha post-travmatik epilepsiya sindromini ortda qoldirdi, bu guruhda 31,7% ni tashkil etdi. Bunday holda, o'z guruhidagi o'xshash reyting pozitsiyalariga qaramasdan, intensiv ko'rsatkichlarga ko'ra, qayta tekshirilgan bemorlarda post-travmatik epilepsiya sindromi deyarli ikki baravar ko'p bo'lgan ($p < 0,05$).

Asosiy sindromlar orasida oxirgi qatorni birlamchi (4,1%) va takroriy (5,1%) hollarda simptomatik arterial gipertenziya bilan ifodalangan qon tomir sindromi va faqat takroriy bemorlarda tashxis qo'yilgan miya yarim aterosklerozi (4,2%) egalladi. Umuman olganda, takroriy bemorlarda arterial gipertenziya va miya aterosklerozi bilan og'rigan bemorlarning umumiy soni 9,3% ni tashkil etdi, bu birlamchi bemorlarga nisbatan ikki baravar ko'pdir. Va farqlar statistik ahamiyatga ega bo'lmasa-da, bu ma'lumotlar travmatik kasallikning rivojlanishi bilan qon tomir patologiyasi namoyon bo'lish tendentsiyasini aks ettiradi.

Umumiy ma'lumotlarga ko'ra (birlamchi va takroriy bemorlarda) serebrolokal (87,8%), astenik (73,5%), likvorodinamik (54,6%) va vegetativ-distonik (43,5%) sindromlar ustunlik qiladi. Birlamchi va takroriy bemorlarda eng muhim farqlar quyidagi sindromlarga taalluqlidir: vestibulopatiya (takroriy bemorlarda 3 baravar kam), epileptik va psixooorganik sindromlar (takroriy bemorlarda 2 marta tez-tez), likvorodinamik va qon tomir sindromlar (ko'pincha takroriy bemorlarda).

Biz birlamchi va qayta tekshirilgan bemorlarda asosiy sindromlarning kombinatsiyasini tahlil qildik. Miya-lokal sindromning kombinatsiyasi ko'pincha qayd etilgan: a) birlamchi va qayta tekshirilganda astenik 76,0% va 62,0% bilan; b) dastlab tekshirilgan bemorlarda VDS bilan (45,9%); v) qayta tekshirilgan

bemorlarda likvrodinamik sindrom bilan (48,7%). Asosiy sindromlarning kombinatsiyasi uchun ko'plab variantlardan biz dastlabki va qayta ko'rib chiqilganlar orasida sezilarli farqlarga ega bo'lgan 7 tasini aniqladik ($p < 0,05$) (18-jadval).

18-jadval

1 va 2-guruhlardagi asosiy sindromlarning kombinatsiyasi chastotasi (%).

№	Sindromlar kombinatsiyasi	Guvohlik (tadqiqot)	
		Birlamchi	Takroriy
1	Vegetativ distoniya va psixorganik	5,5	14,1
2	Likvorodinamik va serebral-lokal	36,3	48,7
3	Psixorganik va likvorodinamik	6,2	18,2
4	Posttravmatik epilepsiya va psixorganik	5,5	15,8
5	Serebral-lokal va posttravmatik epilepsiya	14,4	26,9
6	Serebral-lokal va astenik	76,0	62,0
7	Serebral-lokal va psixorganik	15,1	31,7

Eng muhimi, klinik ko'rinishda travmadan keyingi epilepsiya va psixorganik sindromning kombinatsiyasi bo'lgan qayta tekshirilgan bemorlarning ustunligi edi (deyarli 3 marta). Bu har bir sindrom kursining progressiv tabiati va epilepsiyaning har qanday turiga xos bo'lgan ruhiy jarayonlardagi o'zgarishlarning bosqichma-bosqich o'sishi bilan bog'liq.

Birlamchi va qayta tekshirilgan bemorlarda kursning xususiyatlariga ko'ra (klassifikatsiyaning to'rtinchi bo'limi) nevrologik simptomlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, har ikkala guruhda ham progressiv bo'lmagan kurs (57%) bo'lgan bemorlar biroz ustunlik qilgan. Miya lokal sindromi (87%) va bosh suyagi nuqsonlari (35%) ancha keng tarqalgan. Progressiv sindromlar asosan vegetativ distoniya, gidrosefaliya, epilepsiya, psixorganik va qon tomir sindromlar bilan ifodalangan.

Bu ma'lumotlar, xususan, jarohatlanish davomiyligi oshgani sayin qon tomir patologiyasi va epilepsiya bilan og'rigan bemorlar sonining muntazam o'sishini aks

ettiradi. Shu bilan birga, bizning bemorlarda qon tomir sindromining namoyon bo'lishi umuman (4,8%) adabiyotda ko'rsatilganidan farq qiladi. Shunday qilib, V.G. Pomnikovning tadqiqotida (1996), simptomatik arterial gipertenziya bemorlarning 44 foizida va frontda kontuziya bilan kasallanganlarning 80 foizida sodir bo'lgan. Katta darajada, bu miyaning erta ateroskleroziga ham tegishli (bemorlarning 31% da). Umuman olganda, qayd etilgan farqlar tekshirilgan bemorlarning 60 yoshdan oshgan yoshi bilan bog'liq. EM.Boyeva va boshqalar (1991) BMJning uzoq muddatli oqibatlarini bo'lgan bemorlarning 50 foizida arterial gipertenziyani kuzatdilar.

Jabrlanganlar orasida turli jarohatlar davomiyligi (19-jadval) 1 yilgacha tekshirilgan guruhlariga qaraganda 5 yildan keyin va undan keyin BMJ epizodidan keyin (47,8%) 1 yildan 5 yilgacha kuzatilgan shaxslarda travmatik kasallikning rivojlanish ehtimoli ko'proq edi. (8-rasm). Buning sababi BMJning o'tkir va oraliq davrlarida terapevtik va rehabilitatsiya choralarining yetarli emasligi (yoki yo'qligi), BMJning bilvosita oqibatlarining paydo bo'lishi va miya tomirlari, yoshi, toksik va boshqa omillar sababli jabrlanganlarning funksiyalari buzilganligi uchun kompensatsiyaning beqaror holati bo'lishi mumkin..

Ye. M. Boeva va boshqalar (1974) travmatik miya kasalliklarining klinik kursining uch turini aniqladilar, bunda regenerativ (29,8%) va relaps (41,1%) birgalikda 70,9% ni, progredient turi esa 29,1% ni tashkil etdi. Ushbu ma'lumotlar bizning tadqiqotimizda olingan ko'rsatkichlar bilan mos keladi: 77,6% hollarda asosan progressiv bo'lmagan kurs va 22,4% asosan progressiv kurs bilan birinchi va qayta tekshirilgan bemorlarda. Ye. N. Leksin (1973) ishida progressiv kursga ega bo'lgan bemorlar ko'proq tarqalgan bo'lib, 39% holatlarni tashkil etgan va asosan posttravmatik epilepsiya va giperkinetik sindromlar bilan ifodalangan.

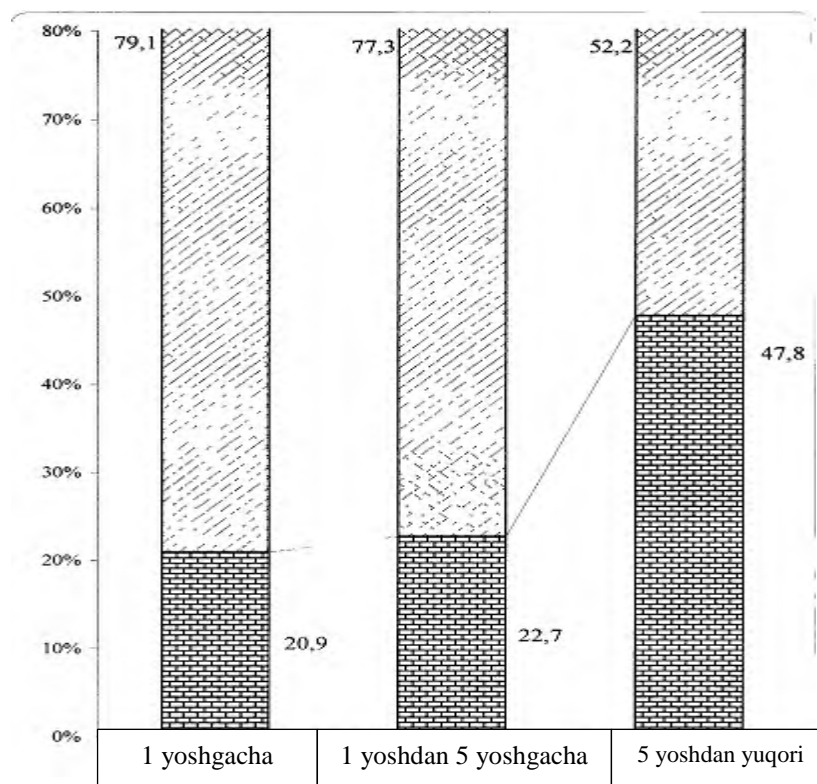
19-jadval

BMJ oqibatlarini o'tkazishning o'ziga xos xususiyatlarini va jarohatning davomiyligini hisobga olgan holda tekshirilganlarni taqsimlash (%).

№	Jarohatning davomiyligi	BMJ kechishining xususiyatlari	
		rivojlanmaydi	rivojlanadi
1	1 yilgacha	79,1	20,9
2	1 yildan 5 yilgacha	77,3	22,7
3	5 yil va undan ko'proq	52,2	47,8

Farqlarning ishonchliligi: a) oqimning xususiyatlariga ko'ra: 1. $p_{1-2} < 0,05$; 2. $P_{1-2} < 0,05$; 4. $p_{i-2} < 0,05$; b) shikastlanishning retsepti bo'yicha, $p_{1-3} < 0,05$.

Sindromlar rivojlanishining patogenetik xususiyatlarini (6-rasm) va travmatik kasallik kursining variantlarini (8-rasm) hisobga olgan holda so'rov ma'lumotlarini taqqoslash guruhda asosan progressiv kursga ega bo'lgan bemorlarning ko'payishini ko'rsatadi, klinik ko'rinishda bilvosita (patogenetik vositachilik) sindromlari bo'lgan bemorlar sonining ustunligi bilan birga jarohatlardan keyin besh yil yoki undan ko'proq vaqt davomida tekshiriladi. Bu bizga kursning tabiati BMJ oqibatlari shakllanishining patogenetik xususiyatlaridan va ularning shikastlanish davomiyligiga bog'liqligidan ajralmas degan xulosaga kelishimizga imkon beradi.



8-rasm. BMJ oqibatlarining o'ziga xos xususiyatlarini va jarohatlanish davomiyligini hisobga olgan holda tekshirilganlarni taqsimlash.

Shunday qilib, dastlabki va qayta tekshirilgan bemorlar o'rtasida farqlar aniqlandi, bu asosiy sindromlar va ularning kombinatsiyalarining tarqalish dinamikasini, shuningdek, BMJ oqibatlari rivojlanishining patogenetik xususiyatlarining ta'sirini aks ettiradi.

3.3. BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarning hayotini cheklash.

BMJ oqibati bo'lgan bemorlarning hayot holatiga odatda turli xil klinik ko'rinishlarning kombinatsiyasi ta'sir qiladi. Ammo birinchi navbatda, asosiy (yetakchi) sindromlarning har biriga mustaqil ta'sir qilish imkoniyatini baholash kerak.

Umuman olganda, BMJ oqibatlari bilan og'rigan bemorlarda funksional buzilishlarning tabiati va og'irligini hisobga olgan holda, biz tekshirilgan bemorlarda bolalik davrining yo'qligi sababli o'yin faoliyati qobiliyati bundan mustasno, hozirda tavsiya etilgan HFChning barcha toifalaridan foydalandik. Bularga quyidagilar kiradi: mustaqil harakat qilish, yo'naltirish, muloqot qilish, o'qitish, ishlash imkoniyati; o'z-o'ziga g'amxo'rlik qilish va o'z xatti-harakatlarini nazorat qilish qobiliyati. Shu bilan birga, aniqlangan cheklovlarning uch darajali zo'ravonlik darajasi hisobga olingan.

Tekshiruv natijalariga ko'ra, ko'pchilik bemorlarning (87,8%) tashxisida serebrolokal sindrom mavjud. Biroq, uning HFChga ta'siri unchalik ahamiyatli emas edi. Aniq motorli (gemiparez - 11,2% hollarda) va muvofiqlashtiruvchi (serebellar ataksiya) buzilishlar harakat va o'z-o'zini parvarish qilish qobiliyatining ikkinchi darajali; ikkinchi yoki uchinchi darajali ishlash qobiliyati cheklanishiga olib keldi. Harakat buzilishlarining afaziya bilan kombinatsiyasi (tekshirilganlarning 6,6%) birinchi, ikkinchi yoki uchinchi darajada (nuqsonning og'irligiga qarab) muloqot qilish va o'rganish qobiliyatining cheklanishini ko'rsatdi. Sezilarli aniq harakat buzilishlari (gemiplegiya) o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, harakatlanish, uchinchi darajali mehnat faoliyati cheklanishiga olib keldi. Birlamchi bemorlarning 2 foizida o'z-o'ziga xizmat qila olmaslik va boshqa odamlarga to'liq qaramlik kuzatildi. Yengil diskoordinatsiya, anizorefleksiya, piramidal yetishmovchilik va boshqalar mavjudligi, qoida tariqasida, hayotning doimiy, shu jumladan asosiy kasbda ishlash qobiliyati cheklanishiga olib kelmadi.

Asosan turli somatik tizimlarning (ko'pincha yurak-qon tomir) disfunksiyasida namoyon bo'lgan doimiy vegetativ kasalliklar o'z-o'zidan BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarning hayotiy faoliyatini sezilarli darajada cheklamadi.

Ular odatda fon bo'lib, inqirozlarning paydo bo'lishiga tayyorlikni aniqladilar. Bemorlarning 44 foizida vahima hujumlarining chastotasi, zo'ravonligi va davolash imkoniyatiga qarab, birinchi darajali xatti-harakatlarini nazorat qilish qobiliyati, birinchi yoki ikkinchi darajali mehnat qobiliyati cheklangan. Shu bilan birga, ta'qialangan omillar va mehnat sharoitlari (balandlikda ishlash, zaharli moddalar ta'siri, noqulay ob-havo sharoiti, doimiy jismoniy) mavjudligi sababli kasbni yo'qotish, malakaning pasayishi yoki ishlab chiqarish faoliyati hajmining pasayishi, ortiqcha yuk, sezilarli neyropsik stress va boshqalar hisobga olindi.

Vestibulyar sindrom (tekshirilganlarning 9,0 foizida) og'irlik darajasiga, shuningdek bosh aylanishi xurujlari, eshitish qobiliyatini yo'qotish ehtimoliga qarab hayot faoliyati cheklangan (koxleovestibulyar sindrom). Asosan, mustaqil harakat qilish va ish qobiliyati oyoqlarida uzoq vaqt turishi, balandlikda ishlashi tufayli azoblanadi. Eshitish qobiliyati buzilgan taqdirda, og'irlik darajasiga qarab va odatda HFChning boshqa toifalari bilan birgalikda muloqot qilish, o'rganish (talabalar uchun), ish (moslashish davri uchun) qobiliyati cheklangan.

Jarohatdan keyingi epilepsiya sindromi (bemorlarning 28,4 foizida) BMJ oqibatlarini bilan og'rigan bemorlarning hayotiga sezilarli ta'sir ko'rsatdi. Bir xil turdagi epileptik tutilishlar bilan og'rigan bemorlarning asosiy guruhida kamdan-kam uchraydigan (oyiga ikki martagacha va kuniga ikki martagacha, og'ir va yengil tutilishlarga qo'shimcha ravishda tutilishlar) BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida mavjud bo'lgan nogironlik darajasi boshqa sindromlar bilan aniqlangan. Biroq, bir qator hollarda, asosiy kasbdagi ishda kontrendikativ ta'qiqlangan omillar (14 bemorda) birinchi darajali mehnat faoliyatini cheklashga olib keldi.

Klinik ko'rinishida epileptik tutilishlar yetakchi o'rinni egallagan travmadan keyingi epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning 20 foizida o'rta chastotali (oyiga 3-4 marta), og'ir va yengil (kuniga 3-4 marta) tutilishlar kuzatilgan. Ular toifalarida nogironlik borligi aniqlandi: ishlash, o'rganish va birinchi darajali xatti-harakatlarini nazorat qilish qobiliyati. Tez-tez og'ir (oyiga 5 yoki undan ko'p marta) yoki yengil (kuniga 5 yoki undan ko'p marta), ko'pincha polimorf bo'lgan tutilishlar bemorlarning 23 foizida sodir bo'lgan va ikkinchi yoki uchinchi darajali ish

faoliyatini, birinchi darajali o'zini nazorat qilish qobiliyatini, xatti-harakatlar, uchinchi darajali o'rganish qobiliyatini (o'rganishning mumkin emasligi) cheklashga olib kelgan.

Epilepsiya rivojlanishiga ehtimoliy irsiy moyilligi bo'lgan bemorlarda (2 kishi) klinik ko'rinishda tez-tez polimorf tutilishlar (birinchi navbatda umumiy konvulsiv tutilishlar va yo'qotishlar) toifalarida nogironlikka, ya'ni uchinchi darajali mehnat qobiliyatining cheklanishiga olib keldi:

Psixooorganik sindrom 32% hollarda BMJ oqibatlari tarkibida mustaqil ahamiyatga ega edi, chunki u doimiy kognitiv buzilishlarni o'z ichiga oladi va ijtimoiy aloqalarning buzilishi, oiladagi, ishdagi nizolar va boshqalar bilan namoyon bo'ladi. O'rtacha darajadagi buzilishlar, birinchi yoki ikkinchi darajali ishlash, muloqot qilish, o'rganish qobiliyatida cheklov mavjud edi. Aql, xotira, e'tiborning sezilarli darajada pasayishi, idrok hajmining sezilarli darajada pasayishi - ikkinchi darajali o'z-o'ziga xizmat ko'rsatishning cheklanishiga, uchinchi darajali mehnat faoliyatiga, ikkinchi darajali muloqot qilish qobiliyatiga, o'rganish qobiliyatsizligiga olib keldi. Demans darajasiga yetgan psixooorganik sindrom disorientatsiya, muloqot qila olmaslik, o'z xatti-harakatlarini nazorat qila olmaslik va oxir-oqibat o'z-o'ziga xizmat qila olmaslik va boshqa odamlarga to'liq qaramlik bilan namoyon bo'ldi.

Bemorlarning 73,5 foizida astenik sindrom kuzatilgan. Mustaqil ravishda, bu kamdan-kam hollarda BMJning uzoq muddatli davrida bemorlar hayotining doimiy cheklanishiga sabab bo'ldi. Biroq, asteniyaning sezilarli zo'ravonligi va doimiyliigi bo'lsa, muloqot qilish va o'rganish qobiliyatida birinchi darajali cheklov aniqlandi. Agar bemorda BMJ ning boshqa oqibatlari bilan birgalikda sindromning astenonevrotik yoki astenoipoxondrik variantlari bo'lsa, umuman olganda markaziy asab tizimining buzilgan funktsiyalarini qoplash qobiliyatiga salbiy ta'siri hisobga olinadi.

Gipertenziv-gidrosefalik sindrom shaklida namoyon bo'lgan likvorodinamik buzilishlar (31,5% hollarda) takroriy gipertenziv inqirozlar mavjudligida, odatda, ularning sezilarli chastotasi va zo'ravonligi bo'lsa, o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish va mehnat faoliyatini cheklashga olib keldi. Sindromning klinik ko'rinishida vizual

buzilishlar, vestibulopatiya (3,7% hollarda), doimiy asteniya (bemorlarning 42,3% da) har doim hisobga olingan. Kasbiy faoliyat qobiliyatining cheklanishi atrof-muhit bilan muvozanatni saqlash qobiliyatining pasayishi, vestibulyar funktsiyaning yaxshi holatiga bo'lgan ehtiyoj, o'zgaruvchan atmosfera bosimi sharoitida ishlamaslik va boshqa omillar bilan bog'liq.

Qon tomir kasalliklari (8,5% hollarda) kontrendikatsiyaga ega bo'lmagan omillar (kundalik ish, jiddiy jismoniy va psixo-emotsional stress) mavjud bo'lganda, birinchi darajali mehnat faoliyatini cheklashga olib kelishi mumkin. Nogironlikka sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan miyaning erta aterosklerozi va arterial gipertenziya fonida vaqtinchalik serebrovaskulyar avariylar (gipertenziv inqirozlar, vaqtinchalik ishemiya) va ishemik insult ko'rinishidagi qon tomir jarayonining murakkab kursi bo'lgan bemorlar bizning tadqiqotimizda topilmadi.

Umuman olganda, BMJ oqibatlari bilan dastlab tekshirilgan bemorlarda HFCh toifalari quyidagicha qo'llanilgan. Klinik ko'rinishda quyidagi sindromlar (yoki ularning kombinatsiyasi) bo'lgan BMJ oqibati bo'lgan birlamchi bemorlarda turli darajadagi o'z-o'zini parvarish qilish qobiliyati buzilgan: a) gemiparez ko'rinishidagi miya-lokal sindrom - 10% bemorlar; b) vestibulyar sindrom (og'ir va o'ta og'ir buzilishlarda) - bemorlarning 19%; v) turli og'irlikdagi, o'rtacha chastotali va tez-tez uchraydigan tutqanoqdan keyingi epilepsiya; d) og'ir (yoki sezilarli darajada aniq) alomatlar bilan psixoorganik sindrom.

Mustaqil harakat qilish qobiliyatini cheklash (mustaqil harakat qilish, to'siqlarni yengish, kundalik, ijtimoiy, kasbiy faoliyat doirasida tana muvozanatini saqlash) quyidagilar bilan yuzaga keldi: 1) serebro-lokal sindrom (motor va muvofiqlashtiruvchi buzilishlar); 2) vestibulyar sindrom.

O'rganish qobiliyatining cheklanishiga (bilimni idrok etish va qayta ishlab chiqarish, kasb-hunar egallash uchun zarur bo'lgan ko'nikma va malakalarni egallash qobiliyati) quyidagi sindromlar sabab bo'ldi: psixo-organik; miya-lokal (afaziya). Nogironlikning ushbu toifasi bemorni nogiron deb tan olishda, agar BMJ bilan kasallangan jabrlanuvchi talaba bo'lsa yoki unga yangi kasbni o'rganish tavsiya etilgan taqdirda foydalanilgan.

Ishlash qobiliyati (mehnat mazmuni, hajmi va shartlariga qo'yiladigan talablarga muvofiq) bemorlarda cheklangan edi: 1) miya lokal sindromi; 2) vegetativ distoniya; 3) travmadan keyingi epilepsiya; 4) psixorganik sindrom; 5) gipertonik sindrom.

Ochiq BMJ bilan ishlash qobiliyati to'g'risidagi hukm bir qator qo'shimcha omillarga bog'liq edi: 1) bosh suyagining almashtirilmagan nuqsoni; 2) likvoreya va yiringli asoratlarni rivojlanish xavfi (meningoensefalit va boshqalar). Bunday hollarda bemorlarni ishga qabul qilish bosh suyagining qayta jarohatlanishi, jismoniy stress, atmosfera bosimining o'zgarishi, insolyatsiya ta'sirini istisno qilishi kerak.

Biz psixorganik sindrom va demensiya bilan og'rigan bemorlarda vaqt, makon va atrof-muhitga yo'naltirish qobiliyatining cheklanishini kuzatdik.

Miya lokal sindromi (afaziya, dizartriya) bilan og'rigan bemorlarda ma'lumotni idrok etish, tushunish va uzatish, odamlar bilan aloqa o'rnatish tufayli muloqot qilish qobiliyati buzilgan; bir vaqtda eshitish qobiliyatini yo'qotadigan vestibulyar sindrom (6 bemor); psixorganik sindrom (aql, xotira, e'tiborning og'ir buzilishi; demans); aniq astenik sindromlar kuzatilgan.

Ijtimoiy va huquqiy me'yorlarni hisobga olgan holda o'z shaxsiyatini va adekvat xulq-atvorini amalga oshirish qobiliyati klinik ko'rinishda quyidagilar aniqlanganda cheklangan edi: 1) psixomotor tutilishlar bilan kechadigan travmadan keyingi epilepsiya sindromi, ongning alacakaranlik buzilishi, boshqa og'ir tutilishlar, shaxsning aniq o'zgarishi; 2) kognitiv funksiyalarning sezilarli darajada buzilishi yoki demans bilan psixorganik sindrom.

Binobarin, BMJning uzoq muddatli davrida bemorlarning hayotini cheklovchi asosiy omillar miya-lokal, vegetativ-distonik, likvorodinamik, ko'p hollarda kombinatsiyalangan astenik sindromlar hisoblanadi.

BMJ bilan og'rigan bemorning zamonaviy jamiyat sharoitlariga to'liq moslasha olmasligi (cheklangan hayot faoliyati tufayli) ijtimoiy yetishmovchilik deb ta'riflangan.

Cheklangan jismoniy mustaqillik tufayli ijtimoiy yetishmovchilik nogiron bemorlar toifalarida mavjud edi: o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish, muloqot qilish, yo'naltirish, ularning xatti-harakatlarini nazorat qilish. So'rovda qatnashganlarning 35 foizida jismoniy mustaqillik cheklangan. Ulardan 15% bemorlar doimiy parvarishga bog'liq bo'lib, 19% bemorlarga davriy uy-ro'zg'or yordami (xarid qilish, uy ishlari va boshqalar) kerak edi. Qolganlari vaziyatga bog'liqlik va boshqalarga sezilarli darajada qaram bo'lmasdan shaxsiy ehtiyojlarni qondirish qiyinligi qayd etildi.

Mustaqil harakat qilish qobiliyati toifasida hayot faoliyati cheklangan bemorlarda cheklangan harakat tufayli ijtimoiy yetishmovchilik aniqlandi. To'liq harakatchanlikning yetishmasligi va harakatchanlikning saqlanib qolishi, yaqin atrofdagi yoki uyning chegaralari bilan cheklangan.

Ko'rib chiqilgan bemorlarning ko'pchiligida cheklangan iqtisodiy mustaqillik tufayli ijtimoiy yetishmovchilik kuzatildi va tashqi moliyaviy yordamga muhtojlikda yoki to'liq iqtisodiy qaramlikda namoyon bo'ldi.

Jamiyatga qo'shilish qobiliyatining cheklanganligi sababli ijtimoiy yetishmovchilik hayot faoliyati cheklangan bemorlarda toifalar bo'yicha mavjud edi: muloqot qilish, o'rganish, yo'naltirish, o'z xatti-harakatlarini nazorat qilish qobiliyati. Bunday holda, bemorlar ko'pincha yangi tanishlar bilan oson munosabatlarni saqlab qolishda qiyinchiliklarga duch kelishdi, bu esa umuman jamiyatda ishtirok etishning pasayishiga olib keldi. Ba'zi bemorlarda (17%) o'rnatilgan aloqalarni (do'stlar, qo'shnilar, hamkasblar bilan) saqlashda qiyinchiliklar qayd etilgan va kamdan-kam hollarda (bemorlarning 8 foizida) hatto muhim odamlar bilan muloqot qilish qiyin (yoki imkonsiz) deb topilgan (shu jumladan qarindoshlari bilan).

Kasbiy faoliyat qobiliyatining cheklanganligi sababli ijtimoiy yetishmovchilik hayot faoliyati cheklangan bemorlarda toifalar bo'yicha mavjud edi: muloqot qilish, o'rganish, yo'naltirish, xatti-harakatlarini nazorat qilish qobiliyati. So'rovda qatnashganlarning 26 foizida mehnat faoliyatining mumkin emasligi qayd etilgan. Bemorlarning 24 foizi kasbiy faoliyatini davom ettirish yoki yangi kasbda

ishlash uchun ish kunini maxsus tuzatish talab qilindi (to'liq bo'lmagan ish, qo'shimcha tanaffuslar, individual ish tartibi). Bemorlarning 23 foizi ish joyini maxsus moslashtirish, unumdorlikni pasaytirish yoki buni hisobga olmasdan ishlashni ta'minlashga muhtoj edi.

TIEB amaliy ishida nogironlik toifasini aniqlash bemorni tekshirishda markaziy asab tizimining va umuman tananing aniqlangan disfunktsiyalaridan ijtimoiy oqibatlarga o'tish zarur bo'lganda zarur bo'g'in bo'ldi va bu buzilishlardan - bemorning ijtimoiy yetishmovchiligi aniqlandi. Bu BMJ bilan og'rigan bemorni nogiron deb tan olish to'g'risida asosli xulosa chiqarish, nogironlik foizi masalasini to'g'ri hal qilish yoki tibbiy muassasaga tavsiyalar bilan maslahat ekspertiza xulosasini chiqarish imkonini berdi.

3.4. BMJ oqibatlari va uning dinamikasi bo'lgan bemorlarda nogironlik mezonlari.

So'rovda qatnashganlarning umumiy sonidan birinchi guruh nogironligi 2,3% hollarda, ikkinchi - 57,7%, uchinchi - 38,7% hollarda aniqlangan. Ushbu ma'lumotlar Rossiya Federatsiyasida umuman olganda BMJ tufayli nogironlikning og'irligi strukturasidan farq qilmaydi, bu birinchi guruhda 3,4%, ikkinchi guruhda 54,0% va uchinchi nogironlik guruhida 42,6% ni tashkil etdi (Kosichkin M.M. va boshq., 2000).

Dastlabki tekshirilgan bemorlarning 2,7 foizi birinchi guruh nogironi, 49,3 foizi ikkinchi guruh, 42,5 foizi uchinchi guruh nogironi deb topildi. Shu bilan birga, ma'lum bir nogironlik guruhining ta'rifi va jarohatning og'irligi o'rtasidagi ma'lum munosabatni qayd etish mumkin edi. Miyaning og'ir kontuziyasi bo'lgan bemorlar 68,8% hollarda ikkinchi guruh nogironlari deb tan olingan, yengil BMJ (yengil miya kontuziyasi va miya chayqalishi) bo'lganlar ko'pincha uchinchi nogironlik guruhiga (77,8%) tayinlangan. Ikkinchi va uchinchi nogironlik guruhlari o'rtacha miya kontuziyasi bo'lgan bemorlarda taxminan bir xil chastotada (43,4% va 47,2%) aniqlangan. So'ralgan guruhda birlamchi bemorlarning 8 nafari (5,5%) nogiron deb tan olinmagan. Shunday qilib, aksariyat hollarda BMJ bilan og'rigan bemorlar nogironlik guruhini tuzish va ijtimoiy himoya choralariga muhtoj bo'lish uchun TIEBga asosli ravishda taqdim etilgan.

BMJ bilan og'rigan bemorlarda HFChning sababi, kasallikning klinik ko'rinishini tashkil etuvchi turli xil nevrologik alomatlar edi. Avvalo, tasnifning uchinchi bo'limiga kiritilgan yetakchi sindromlar (3.3-bo'limda muhokama qilingan) HFChga olib keldi.

Bemorlarni nogironlik guruhlari bo'yicha taqsimlash, yetakchi klinik sindromni hisobga olgan holda, nogironlik guruhini aniqlashda ishlatiladigan klinik ko'rinishlar majmuasida har bir sindrom mavjud bo'lgan boshqa chastotani ko'rsatadi. Asosiy sindromlarning har birining va ularning HFCh bilan kombinatsiyasini, ijtimoiy yetishmovchilik va bemorlarda nogironlik darajasiga ta'sirini kuzatish qiziq.

Shunday qilib, birinchi guruhni aniqlashda barcha holatlarda miya-lokal sindromi aniqlandi (gemiparez - 75,0%, afazi - 25,0%, kombinatsiyalangan gemiparez va afaziya 25,0% hollarda). Bemorlarning deyarli yarmida psixorganik (46,7%) va astenik (40,0%) sindromlar, keyin esa qon tomir (26,6%) va travmadan keyingi epilepsiya (20,0%) tez-tez uchradi. Birinchi guruh nogironligi bo'lgan odamlarda vegetativ distoniya, likvorodinamik buzilishlar va vestibulyar sindrom asosiy sindromlar qatoriga kirmadi.

Ikkinchi va uchinchi nogironlik guruhlarini belgilashda tekshirilgan bemorlar guruhida aniqlangan barcha asosiy sindromlar aniqlangan. Ikkinchi guruhni aniqlashda psixorganik sindrom (38,9%) va travmadan keyingi epilepsiya (32,7%) uchinchi guruhga (21,0% va 23%) nisbatan tez-tez uchradi. Nogironlik guruhini aniqlashda psixorganik sindrom va post-travmatik epilepsiyaning namoyon bo'lish chastotasiga qo'shimcha ravishda, nogironlikning og'irligi to'g'risida qaror qabul qilishda ularning ma'lumotlar tarkibini hisoblash bilan tasdiqlanadi. Ushbu sindromlar ikkinchi nogironlik guruhini aniqlashda informativlik bo'yicha birinchi va ikkinchi o'rinlarni egallaydi (20-jadval). Jadvalda asosiy sindromlar tasnifda ko'rsatilgan tartibda joylashtirilgan va ularning informativligi hisoblangan qiymatga teskari mutanosib ravishda darajali raqam bilan aks ettirilgan.

20-jadval

BMJ oqibatlari bilan og'rigan bemorlarda nogironlik guruhining og'irlashganda turli sindromlarning informativligi (barchasi tekshirilgan).

№	Sindrom	Ma'lumot beruvchi	№ daraja bo'yicha	Ma'lumot beruvchi	№ daraja bo'yicha
		III-II		II-I	
1	Vegetativ distoniya	0,457	3	-	-
2	Qon tomir	0,331	5	3,873	1
3	Likvorodinamik	0,460	3	-	-
4	Miya-lokal	0,0001	7	0,358	4

5	Posttravmatik epilepsiya	0,744	2	1,356	3
6	Vestibulyar	0,199	6	-	-
7	Astenik	0,434	4	3,473	2
8	Psixorganik	2,410	1	0,305	5

BMJ oqibatlari rivojlanishining patogenetik xususiyatlariga qarab bemorlarning nogironlik guruhlarini bo'yicha taqsimlanishini tahlil qilish (21-jadval) bilvosita tasniflangan sindromlarning aniq ustunligini ko'rsatdi: avtonom distoniya, travmadan keyingi arterial gipertenziya, kommunikativ normotenziv gidrosefaliya, travmadan keyingi epilepsiya kechki shakllari, yengilroq nogironlik guruhini belgilashda psixorganik sindrom (klassifikatsiyaning I bo'limiga muvofiq). Umuman olganda, bilvosita sindromlar (81,3%), gemiparez, afaziya, vestibulyar sindrom, surunkali subdural gematoma, gipertenziv sindromli gidrosefaliya (bemorlarning jami 18,8%) bilan ifodalanadigan to'g'ridan-to'g'ri sindromlardan ustun ekanligi hisobga olindi. To'g'ridan-to'g'ri oqibatlarining tabiati va og'irligining BMJ og'irligiga bog'liqligi nogironlikning og'irligida ham o'z aksini topdi.

21-jadval

BMJ oqibatlarining patogenezi hisobga olgan holda tekshirilganlarning nogironlik guruhlarini bo'yicha taqsimlanishi (%).

№	Nogironlik guruhi	BMJ patogenezi xususiyatlari	
		To'g'ridan-to'g'ri	Bilvosita
1	I	3,0	4,3
2	II	61,4	34,8
3	III	35,6	60,9

Farqlarning ishonchliligi: II nogironlik guruhida $p_{1-2} < 0,05$; III guruh nogironligida $p_{1-2} < 0,05$.

Belgilangan nogironlik guruhini hisobga olgan holda ma'lumotlarni tahlil qilganda, miya likvor suyuqligining ta'siri uchinchi guruh nogironi deb tan olingan odamlarda (36,4%) ko'proq sezildi. Qon tomir kasalliklari (arterial gipertenziya, miya tomirlarining erta aterosklerozi) faqat miyaning o'rtacha kontuziyasiga uchragan va birinchi yoki ikkinchi guruh nogironlari deb tan olingan odamlarda topilgan.

Og'ir nogironligi bo'lgan bemorlarda (1 va 2-guruhlar) to'qimalarning morfologik o'zgarishlari ustunlik qildi (92,0%). Uchinchi guruh nogironi deb tan olingan bemorlar morfologik o'zgarishlar tuzilishida (22-jadval) miya likvor suyuqligi ta'sirining ko'proq mavjudligini aniqladilar (36,4%), to'qimalarning o'zgarishi (63,6%) bilan yetakchi o'rinni saqlab qoldi.

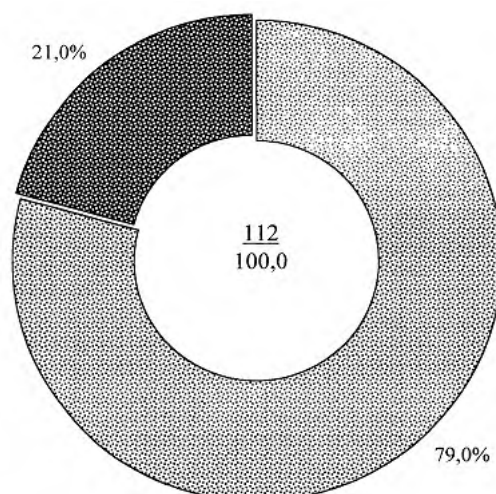
Og'ir nogironlik guruhiga ega bo'lgan shaxslarda kasallikning kechish xususiyatlari ularning birlamchi bemorlarda tarqalish xususiyatini takrorladi, bunda progressiv bo'lmagan oqibatlar (79,0%) progressiv oqibatlardan (21,0%) ustunlik qiladi (9-rasm).

22-jadval

Tekshiruvdan o'tganlarni nogironlik guruhlarini bo'yicha taqsimlash, BMJ oqibatlaridagi ustun morfologik o'zgarishlarni hisobga olgan holda.

№	Nogironlik guruhi	BMJ oqibatlarining klinik shakllari		
		Likvor	Qon tomir	To'qima
1	I va II	6,0	2,0	92,0
2	III	36,4	0,0	63,6
3	Jami	18,1	1,2	80,7

Farqlarning ahamiyati: $p < 0,00$.



9-rasm. BMJ oqibatlarining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda, birinchi va ikkinchi nogironlik guruhlarini bilan dastlab tekshirilganlarni taqsimlash.

Shu bilan birga, uchinchi guruh nogironi deb tan olingan bemorlarda bu nisbatning o'zgarishini ta'kidlash kerak, bunda miya travmatik kasalligining rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan sindromlar 34% hollarda va progressiv bo'lmaganlar - 66% hollarda yuzaga kelgan. Shunday qilib, uchinchi guruh nogironlari deb e'tirof etilgan shaxslarda progressiv kurs ehtimoli biroz yuqoriroq va bu yerda biz klinik ko'rinishlarning og'irligi va nogironlik guruhining og'irligining ortishi dinamikasini kutishimiz mumkin (23-jadval).

23-jadval

Tekshiruvdan o'tganlarni taqsimlash, BMJ oqibatlarining o'ziga xos xususiyatlarini va nogironlik guruhini (%) hisobga olgan holda.

№	Nogironlik guruhi	BMJ kechishining xususiyatlari			
		rivojlanadi		rivojlanmaydi	
1	I va II	49	79,0	13	21,0
2	III	33	66,0	17	34,0
3	Jami	82	73,2	30	26,0

(oqim xususiyatlaridagi farqlar sezilarli: $p < 0,05$)

Nogironlik guruhini hisobga olgan holda o'tkir davrda BMJning turli darajadagi og'irligi bo'lgan bemorlarning taqsimlanishi miyaning og'ir kontuziyasi bo'lgan va nogiron deb tan olinganlar orasida ikkinchi guruh nogironlari (68,6%) aniq ustunligini ko'rsatadi, yengil BMJ bilan kasallanganlar orasida uchinchi guruh (83,3% gacha) (24-jadval). O'rtacha darajadagi miya kontuziyasiga uchraganlar deyarli teng miqdorda (43,4% va 47,2%) ikkinchi va uchinchi guruh nogironlari deb tan olingan.

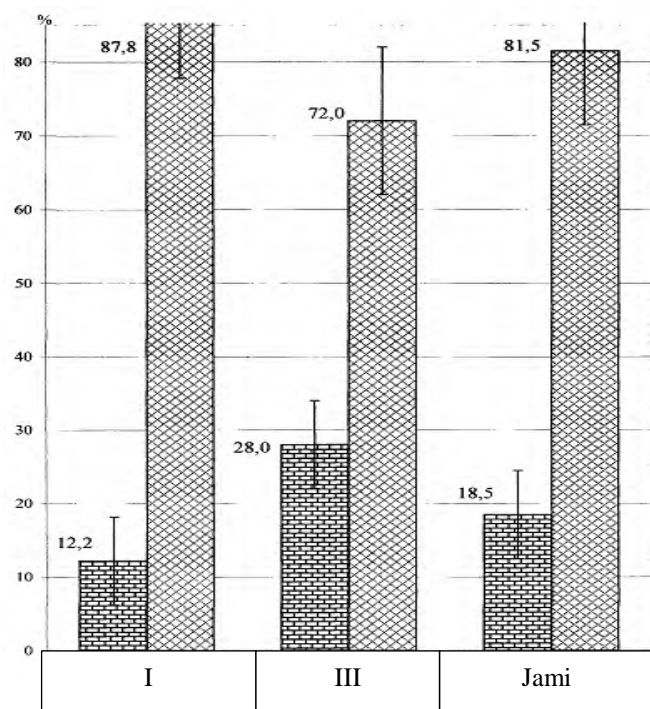
To'g'ridan-to'g'ri oqibatlarining mavjud ustunligi birinchi va ikkinchi guruh nogironlari deb e'tirof etilgan shaxslarda (87,8% - to'g'ridan-to'g'ri; 12,2% - bilvosita) ancha sezilarli bo'ldi (10-rasm).

24-jadval

Birlamchi bemorlarni shikastlanishning og'irligiga qarab nogironlik guruhlari bo'yicha taqsimlash (%).

№	Nogironlik guruhi	1	2	3	jami
1	Birinchi	3,1	3,8	0,0	2,7
2	Ikkinchi	68,8	43,4	17,2	49,3
3	Uchinchi	21,9	47,2	79,3	42,5
4	Guruh belgilanmagan	6,2	5,7	3,4	5,5

Jadval ustunlaridagi qiymatlar: 1) miyaning og'ir kontuziyasi ($p_{1,2,3} < 0,05$; $r_{2,3-4} < 0,05$); 2) o'rtacha og'irlikdagi miya kontuziyasi, ($p_{1-2} > 0,05$; $p_{3-4} < 0,05$); 3) yengil BMJ (yengil miya kontuziyasi va chayqalishi), ($p_{2,3-4} < 0,05$).



10-rasm. So'ralganlarni nogironlik guruhlari bo'yicha taqsimlash, BMJ oqibatlari rivojlanishining patogenetik xususiyatlarini hisobga olgan holda.

Uchinchi guruh nogironligi bo'lgan jabrlanuvchilarda bilvosita oqibatlar ikki baravar tez-tez uchraydi - 28,0% va to'g'ridan-to'g'ri oqibatlarining paydo bo'lish chastotasi 72,0% ni tashkil etdi. Shunday qilib, kuzatilgan o'zgarishlar tasnifning birinchi qismida keltirilgan BMJ oqibatlarining yuzaga kelishining patogenetik geterogenligi prinsipiga mos keladi.

Eng keng tarqalgan miya lokal sindromi (birlamchi bemorlarning 91,8% va bemorlarning umumiy sonining 87,7%) turli nogironlik guruhlari bo'lgan odamlarda paydo bo'lish chastotasi bo'yicha o'z ustunligini saqlab qoldi. Astenik sindrom ham o'z o'rnini saqlab qoldi: 77,4% hollarda uchinchi guruh bo'lgan bemorlarda uchraydi; ikkinchi guruh tashkil etilganda 84,7%; uchinchi guruh - 50,0%. Shu bilan birga, VDS uchinchi guruh nogironligi bo'lgan bemorlarda biroz ko'proq tarqalgan: birlamchi guruhda 53,2% va barcha tekshirilganlarning 50,0%. Nogironlikning ikkinchi va uchinchi guruhlarini aniqlashda vegetativ distoniya sindromi tashxisida mos ravishda 42,0% va 53,0% hollarda, 75,0% gacha nogiron deb tan olinmagan shaxslarda mavjud. Jarohatdan keyingi epilepsiya sindromi birlamchi bemorlarda har xil chastotani ko'rsatdi. Ushbu sindrom ikkinchi guruh nogironligini aniqlashda

12,5%, birinchi guruhdagi bemorlarda 25% va uchinchi guruh nogironligi bo'lgan bemorlarda 22,6% gacha bo'lgan. Vestibulyar buzilishlar ikkinchi guruh nogironi deb tan olingan bemorlarda ko'proq uchraydi: birlamchi bemorlarda 26,4% va barcha tekshirilganlarning 10,5%. Uchinchi guruh nogironligi va vestibulopatiya sindromi bo'lgan bemorlar mos ravishda birlamchi bemorlarning 14,5% va barcha bemorlarning 7,7% da uchraydi. Psixorganik sindromga kelsak, uning mavjudligi nogironlik darajasining oshishiga olib keldi: uchinchi guruhdagi bemorlarda 21% dan va birinchi guruh nogironligi bo'lgan bemorlarda 46,7% gacha.

Nogironlik guruhini hisobga olgan holda BMJ oqibati bo'lgan bemorlarda paydo bo'lish chastotasiga ko'ra sindromlarning kombinatsiyasi 25-jadvalda ko'rsatilgan tartibda joylashtirilgan.

25-jadval

Nogironlik guruhini hisobga olgan holda BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarda turli sindromlarning kombinatsiyasi chastotasi (%).

№	Sindromlar kombinatsiyasi	Nogironlik guruhlari			Jami	№ daraja bo'yicha
		birinchi	ikkinchi	uchinchi		
1	Vegetativ distoniya va qon tomir	-	3,0	4,4	3,4	14
2	Vegetativ distoniya va likvorodinamik	-	22,2	29,8	24,6	5
3	Vegetativ distoniya va miya-lokal	-	37,3	45,2	39,9	3
4	Vegetativ distoniya va epileptik	-	8,1	7,7	7,8	10
5	Vegetativ distoniya va vestibulyar	-	5,4	4,0	4,7	12

6	Vegetativ distoniya vaastenik	-	29,5	40,7	33,5	4
7	Vegetativ distoniya va psixoorganik	-	13,2	11,7	12,2	9
8	Qon tomir va likvorodinamik	-	4D	3,6	3,7	13
9	Likvorodinamik va miya-lokal	-	42,7	54,0	45,9	1
10	Posttravmatik epilepsiya va likvorodinamik	-	15,9	10,9	13,4	7
11	Vestibulyar va likvorodinamik	-	4,3	3,2	3,7	13
12	Astenik va likvorodinamik	-	36,8	53,6	42,3	2
13	Psixoorganik va likvorodinamik	-	19,5	10,9	15,4	6
14	Posttravmatik epilepsiya va psixoorganik	13,3	17,0	8,5	13,6	8
15	Qon tomir va miya-lokal	26,7	6,5	4,0	6,0	11

Sindromning (yoki kombinatsiyaning) ma'lumotlar tarkibini hisoblashda ma'lumotlarni tahlil qilish nogironlik guruhini yaratishda yetakchi klinik ko'rinishlarning ahamiyatini aks ettiradi. Nogironlik guruhini aniqlashda asosiy sindromlarning namoyon bo'lish chastotasi va ularning axborot mazmunida dissotsiatsiya mavjud (25-jadval). Ushbu hodisa miya-lokal, qon tomir va epileptik sindromlar bilan kuzatilgan.

Miya-lokal sindrom eng keng tarqalgan va past ma'lumotga ega edi, ayniqsa nogironlikning ikkinchi guruhini tashkil etishda. Qon tomir sindromi, aksincha, tekshirilayotgan har 100 kishiga 8,5 dan 26,7 gacha bo'lgan va beshinchi o'rinni egallagan holda, birinchi guruhni tashkil etishda axborot mazmuni bo'yicha birinchi

o'rinda turadi. Shunga o'xshash manzara, ikkinchi nogironlik guruhini belgilashda ma'lumotlar mazmuni bo'yicha mos ravishda birinchi va ikkinchi o'rinlarni egallagan, paydo bo'lish chastotasi bo'yicha to'rtinchi o'rinni egallagan psixoorganik va epileptik sindromlarga nisbatan ham namoyon bo'ladi. .

Nogironlikning birinchi guruhini aniqlash uchun sindromlarning kombinatsiyasini tahlil qilishda qon tomir va serebrofokal, shuningdek, epileptik va psixoorganik sindromlar informasion edi. Ikkinchi guruh nogironligini aniqlashda astenik sindrom va likvorodinamik buzilishlarning kombinatsiyasi informativlik bo'yicha birinchi o'rinni egalladi (26-jadval).

26-jadval

BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarda nogironlik guruhining og'irlashuvida turli sindromlarning kombinatsiyasining informativligi (%).

№	Sindromlar kombinatsiyasi	Ma'lumot beruvchi	№ daraja bo'yicha	Ma'lumot beruvchi	№ daraja bo'yicha
		III-II		II-I	
1	Vegetativ distoniya va qon tomir	11,64	8	-	-
2	Vegetativ distoniya va likvorodinamik	48,58	5	-	-
3	Vegetativ distoniya va miya-lokal	32,95	7	-	-
4	Vegetativ distoniya va vestibulyar	0,439	13	-	-
5	Vegetativ distoniya va vestibulyar	9,123	9	-	-
6	Vegetativ distoniya va astenik	78,27	3	-	-
7	Vegetativ distoniya va psixoorganik	3,929	11	-	-

8	Qontomir va likvorodinamik	1,412	12	-	-
9	Likvorodinamik va miya-lokal	57,61	4	-	-
10	Posttravmatik epilepsiya va likvorodinamik	40,99	6	-	-
11	Vestibulyar va likvorodinamik	7,057	10	-	-
12	Astenik va likvorodinamik	137,2	1	-	-
13	Psixorganik va likvorodinamik	108,6	2	-	-
14	Posttravmatik epilepsiya va psixorganik	1,298	14	0,196	2
15	Qon tomir va miya-lokal	0,252	15	6,195	1

Rivojlanish chastotasi bo'yicha birinchi o'rinni egallagan (barcha tekshirilganlar orasida 45,9%) likvorodinamik kasalliklarning serebrolokal sindrom bilan kombinatsiyasi mos ravishda ikkinchi nogironlik guruhini belgilash uchun to'rtinchi darajali ma'lumotga ega edi.

Vegetativ distoniya va serebrolokal sindromning kombinatsiyasi bo'lsa, nogironlikning ikkinchi guruhini belgilashda darajaning o'zgarishi qayd etilgan. Sindromlar kombinatsiyasining ushbu varianti BMJ oqibatlari bilan ikkinchi guruh nogironlarining klinik ko'rinishida astenik va likvorodinamik sindromlarning kombinatsiyasi bilan chastota bo'yicha ikkinchi o'rinni egallaydi. Birinchi guruh nogironligi bo'lgan bemorlar orasida qon tomir va serebro-lokal sindromlar (28,7%), shuningdek, epileptik va psixorganik (13,3%) kombinatsiyasi yetakchi o'rinni egallaydi.

Sindromlar va ularning kombinatsiyalarining informatsion ahamiyati BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishi tarkibida ularning taqsimlanishida sezilarli o'zgarishlarga olib keladi va travmatik kasallikning ayrim ko'rinishlarining nogironlikning og'irligiga ta'sirini aks ettiradi.

Agar BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida mavjud bo'lgan yetakchi sindrom (yoki sindromlar kombinatsiyasi) doimiy nogironlik (toifalar bo'yicha) va ijtimoiy yetishmovchilikning shakllanishiga olib kelgan bo'lsa, bemorni nogiron kishi deb tan olish uchun asos mavjud edi. Nogironlik guruhini aniqlash mezonlari quyidagilardan iborat edi: 1) BMJning klinik ko'rinishlarining xususiyatlari (klassifikatsiya bo'limlari bo'yicha); 2) nogironlikning tabiati va darajasini baholash; 3) ijtimoiy yetishmovchilikni baholash; 4) BMJ bilan jabrlanuvchining reabilitatsiya salohiyatini baholash. Faqatgina keng qamrovli ekspertizadan so'ng jabrlanuvchining BMJ bilan reabilitatsiya prognozi, uning ijtimoiy va mehnatga moslashish imkoniyati va ijtimoiy himoya choralariga ehtiyoj borligi haqida hukm chiqarish mumkin.

Nogironlikning birinchi guruhini aniqlashda qo'llaniladigan klinik mezonlar serebrolokal sindromning og'ir namoyon bo'lishi (gemiplegiya, ataksiya); toifalar bo'yicha hayotning doimiy cheklanishiga olib keladigan psixo-organik sindrom (demans): mustaqil harakat qilishning mumkin emasligi, o'z-o'ziga xizmat qilish, muloqot qilish, o'z xatti-harakatlarini nazorat qila olmaslik va ijtimoiy yetishmovchilik. Noqulay prognostik moment serebrolokal sindrom va qon tomir kasalliklari, shuningdek epileptik va psixorganik sindromlarning kombinatsiyasi bo'lib, ular miya travmatik kasalligining kechishiga og'irlashtiruvchi ta'sir ko'rsatdi. Mana bir misol:

Kuzatish 1.

Bemor B. (36 yosh).

BMJni o'tkazgan. Samarqand (Xavasi) shahar markaziy tuman kasalxonasida o'tkir davrda statsionar davolanish, bosh suyagining dekompressiv trepanatsiyasi, chap tomondagi pariyetal va oksipital suyaklarning depressiv maydalangan sinishini davolangan. Keyin u BMJ tashxisi bilan Aleksandr kasalxonasining neyroxirurgiya bo'limida davolandi. Miyaning og'ir kontuziyasi, miyaning chap yarim sharining ustun jarohati, subaraxnoid qon ketishi. Chap fronto-parietal va temporal mintaqada bosh suyagining dekompressiv trepanatsiyasidan keyingi holat, chap tomonda

parietal va oksipital suyaklarning depressiv sinishi. Apatiko-abulik sindromi. Aralash kelib chiqadigan anemiya tashxislari qo'yilgan.

TIEBda imtihon paytida. Ong aniq. Bemor bilan aloqa qilish aniq aralash (sensor-motor afaziya) tufayli sezilarli darajada qiyin, murojaat qilingan nutqni tushunish juda cheklangan; o'qish, yozish, hisoblash yo'q. Nevrologik holatda: palpebral yoriqlar $S < D$, giposmiya, og'iz avtomatizmi belgilari yuzaga kelgan. Spastik turga ko'ra o'ng oyoq-qo'llarda mushak tonusi kuchaygan. O'ng qo'lda faol harakatlar yo'q, o'ng oyoqda ular keskin cheklangan. O'ng oyoq-qo'llarda kuch kamaygan: qo'lda - plegiya; oyog'ida - 1 - 2 ballgacha. Anizorefeksiya ($D > S$), o'ngda patologik oyoq va qo'l reflekslari. U o'z-o'zidan yotoqdan turmaydi va harakat qilmaydi. Boshqaning yordam bilan o'tiradi.

Klinik ko'rinish taqdim etiladi: aniq spastik o'ng tomonlama gemiparez; yalpi aralash, asosan hissiy afaziya.

KT: kraniotomiya sohasidagi mahalliy shish, miya moddasining trepanatsiya nuqsoniga prolapsasi aniqlanadi. Suyak nuqsoni: 10,0/7,0 sm.

Bosh suyagining rentgenogrammasi: chap pariyetal, oksipital suyaklarning maydalangan tushkun sinishi.

EEG: miyaning BEAdagi diffuz o'zgarishlar sekin to'lqinlarning ustunligi va chapda epileptik faollik bilan aniqlangan.

Neyro-oftalmolog: patologiya yo'q.

Logoped Nutq terapevti: Bemorning dialogik nutqi tushunish qiyinligi, so'z ma'nosining begonalashishi tufayli nihoyatda cheklangan. Og'zaki ko'rsatmalarni qo'pol buzilishlar bilan bajaradi. Nom berishga urinish og'zaki parafaziyalar bilan birga keladi. Ajratilgan holatda o'qish. Tarjima mavjud emas. Funksiya sifatida hech qanday yozuv mavjud emas. Xulosa: aralash afaziya (asosan hissiy).

Tashxis: miyaning chap yarim sharining ustun jarohati bilan og'ir miya kontuziyasi, subaraxnoid qon ketishi, chap tomonda pariyetal va oksipital suyaklarning depressiv sinishi. 10/7 sm suyak nuqsoni bilan chap fronto-pariyetal va temporal mintaqada bosh suyagining dekompressiv trepanatsiyasi. O'ng tomonlama spastik gemiparez, yalpi aralash (asosan sensorli) afaziya.

Ekspert qarorini asoslash: mavjud og'ir miya lokal sindromi toifalarda doimiy va aniq nogironlikka olib keladi: harakat qilish, muloqot qilish va uchinchi darajali o'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati va nogironlik, iqtisodiy va maishiy qaramlik ko'rinishidagi ijtimoiy yetishmovchilik. Bu bemorni ikki yil davomida birinchi guruh nogironi deb tan olish uchun asos beradi. Nogironlikning sababi "umumiy kasallik". Bemorga uyda doimiy yordam ko'rsatishga, harakatchanlikni oshirishga (nogironlar aravachasi bilan ta'minlash) qaratilgan ijtimoiy himoya choralari kerak, tibbiy va ijtimoiy bo'limlar uchun individual reabilitatsiya dasturini amalga oshirish kerak.

2001 yilda takroriy tekshiruv vaqtida nevrologik holatdagi ba'zi ijobiy dinamika qayd etildi: o'ng qo'lda kuchning ortishi proksimal 3 ballgacha va distal bo'limlarda 2 ballgacha. Nutq terapiyasi tekshiruvi vaziyatli nutqni tushunishni, alohida iboralarni o'qish qobiliyatini va eshitish bilan qisqa iboralarni yozish qobiliyatini aniqladi. Avtomatlashtirilgan nutq, murakkab hisoblash harakatlari hali ham qiyin.

Shunday qilib, qayta tekshiruv vaqtida toifalarda nogironlik bor edi: ikkinchi darajali muloqot qilish, harakat qilish va uchinchi darajali o'z-o'zini parvarish qilish qobiliyati, shuning uchun bemor yana birinchi guruh nogironi deb tan olindi.

Ikkinchi guruh nogironligi uchun mezonlar og'ir motorli buzilishlar (gemiparez), og'ir vestibulyar sindrom, aql va xotiraning sezilarli pasayishi, tez-tez og'ir tutilishlar bilan kechadigan travmadan keyingi epilepsiya sindromi va tez-tez davolab bo'lmaydigan inqirozli avtonom distoniya sindromi edi. Toifadagi nogironlik: uchinchi (yoki ikkinchi) darajali mehnat faoliyati, mustaqil harakat qilish, o'z-o'ziga xizmat qilish, muloqot qilish, ikkinchi darajali o'z xatti-harakatlarini nazorat qilish va natijada ijtimoiy yetishmovchilik. Klinik ko'rinishda likvorodinamik buzilishlar (almashtiruvchi gidrosefaliya, gipertenziv sindrom) psixooorganik yoki astenik sindrom (astenonevrotik, astenoipoxondrik) bilan birgalikda BMJ oqibatlarining mavjudligi bemorni ikkinchi guruh nogironi deb tan olish foydasiga guvohlik beruvchi noqulay belgilar bo'lib chiqdi. Mana bir misol: Kuzatish 2.

Bemor Z., 40 yosh. U yengil YBMJ bilan og'rikan, bir yil o'tgach, u asosan tunda ongni yo'qotgan va u konvulsiyalar bilan birga rivojlangan. Tutilishlar kuniga 2-3 martagacha tezlashgan. U kasalxonada davolanib, tekshirildi. Davolash buyurildi: Finlepsin 1t. - kuniga 3 marta, benzonal 1t. - kuniga 3 marta. Davolashning samaradorligi - epileptik tutilish chastotasini oyiga 4 - 5 ga kamaytirish. Ikkinchi guruh nogironi deb tan olingan.

Tekshiruvda: ongi tiniq, to'liq yo'naltirilgan. Hissiy jihatdan barqaror. Nevrologik holatda: chap burun-lab burmasi tekislangan. Muskul kuchi yetarli (5 ball), chuqur D=S refleksleri chaqqon, patologik reflekslar: 2 tomondan Babinskiy va Rossolimo-Venderovich simptomi. Muvofiqlashtiruvchi testlarni to'g'ri bajaradi. U Romberg pozitsiyasida barqaror.

Psixiatrning maslahati: kayfiyatning foni biroz pasayadi, shaxsiyat organik turga qarab o'zgaradi, hozirgi voqealar uchun xotiraning o'rtacha pasayishi.

ExoES: M-exo joy almashishsiz, III qorincha kengligi 5 mm.

EEG: miyaning BEAdagi sezilarli diffuz o'zgarishlar, qoldiq organik kelib chiqishi, jismoniy mashqlar paytida subkortikal va ildiz tuzilmalarini o'z ichiga olgan o'ng temporal chakkaning mediobazal tuzilmalarida epileptik faollikka qaratilgan irritativ tip. Konvulsiv tayyorgarlikning kuchayishi. 13.10.1999 yildagi EEG bilan solishtirganda salbiy tendentsiya mavjud.

Tashxis: tez-tez umumiy konvulsiv tutilishlar bilan kechadigan travmadan keyingi epilepsiya; ikki tomonlama piramidal yetishmovchilik, o'rtacha aniq psixoorganik sindrom.

Ekspert qarorini asoslash: mavjud posttravmatik epilepsiya, o'rtacha psixoorganik sindrom bilan birgalikda tutilishlarning sezilarli chastotasini hisobga olgan holda, quyidagi toifalarda nogironlikka olib keladi: uchinchi darajali mehnat faoliyati, ikkinchi darajali o'z xatti-harakatlarini nazorat qilish qobiliyati, ikkinchi darajali o'rganish qobiliyati, birinchi darajali o'z-o'zini parvarish qilish qobiliyati va iqtisodiy qaramlik ko'rinishidagi ijtimoiy yetishmovchilik, jamiyatga integratsiyalashuvdagi qiyinchilik, mehnatga moslashish va yangi kasbni egallashning mumkin emasligi. Bu bemorni 1 yil muddatga ikkinchi guruh nogironi

deb tan olishga asos bo'ladi. Nogironlik sababi "umumiy kasallik". Ushbu kuzatishda nogironlikning sababi psixorganik sindrom bilan birgalikda travmadan keyingi epilepsiyadir. Rehabilitatsiya salohiyatining past darajasi tibbiy (antiepileptik preparatlarni tanlash (AED), davolash samaradorligini nazorat qilish) va ijtimoiy bo'limlar (iqtisodiy qaramlikni kamaytirish, AED bilan ta'minlash) uchun individual rehabilitatsiya dasturini amalga oshirishga qaratilgan ijtimoiy himoya choralariga bo'lgan ehtiyojni belgilaydi.

Bemorni uchinchi guruh nogironi deb tan olish mezoni odatda klinik ko'rinishda o'rtacha vestibulopatiya, inqirozlarning o'rtacha chastotasi bilan vegetativ distoniya, o'rtacha darajada doimiy gipertenziya mavjudligi sababli birinchi darajali hayot faoliyatining cheklanishi edi, kamdan-kam uchraydigan yoki o'rtacha chastotali tutqanoqli sindrom, post-travmatik epilepsiya, qisman motorli afaziya, toifalar bo'yicha intellektual va mnestik funksiyalarning biroz pasayishi: ishlash qobiliyatini cheklash, ularning xatti-harakatlarini, aloqalarini nazorat qilish, shuningdek talabalar yoki yangi kasbni o'rganayotganlar uchun birinchi (yoki ikkinchi) daraja o'rganish qobiliyatini cheklash. Mana bir misol:

3.5. BMJni o'tkazgan bemorlar va nogironlarni reabilitatsiya qilish.

BMJni o'tkazgan bemorlar va nogironlarni reabilitatsiya qilish asab tizimi kasalliklarida reabilitatsiya muammosining muhim qismidir. Adabiyotlarga ko'ra, asosiy e'tibor asosan BMJning o'tkir va oraliq davrida tibbiy reabilitatsiya masalalariga qaratiladi. Shu bilan birga, motor funksiyalari buzilgan bemorlarni reabilitatsiya qilish yo'llari va imkoniyatlari eng ko'p o'rganilgan (Belova A.N., Kravets L.Ya., 1999). Umuman olganda, BMJ oqibati bo'lgan bemorlarni kasbiy va ijtimoiy reabilitatsiya qilish usullari ilgari Yu.D.Arbatskaya (1981), Ye. M. Boyeva va boshqalar (1991) tomonidan ko'rib chiqilgan.

Bizning kuzatishlarimizga ko'ra, nogironlik (toifalar bo'yicha) BMJ bilan og'rigan bemorlarni harakatchanlik, shaxsiy mustaqillik (iqtisodiy, maishiy) va jamiyatga integratsiyalashuv qiyinlashuvi shaklida ijtimoiy yetishmovchilikka olib keldi. Mavjud ijtimoiy yetishmovchilik BMJ oqibatlari bo'lgan bemorga nisbatan ijtimoiy himoya choralarini qo'llash zarurligini aniqladi. Ikkinchisiga bosh jarohati olgan va nogiron deb topilgan bemorning ijtimoiy yetishmovchiligini qoplash va hayot sifatini yaxshilashga qaratilgan chora-tadbirlar kompleksi kiritilgan. BMJ oqibatlari bilan bemorni reabilitatsiya qilishda maksimal muvaffaqiyatni ta'minlaydigan juda muhim omil reabilitatsiya tadbirlarini tashkil etishdir. Bunga TIEBda individual reabilitatsiya dasturidan (IPR) foydalanish yordam beradi (Korobov M.V. va boshq., 2002).

Disfunksiyaning tabiati va ijtimoiy yetishmovchilik turiga qarab, bemorlar tibbiy, kasbiy yoki ijtimoiy reabilitatsiyaga muhtoj edi.

Reabilitatsiyani amalga oshirishdagi muhim to'siq bemorning mehnat faoliyatini tiklashga va umuman tiklanishga (eng yuqori darajada tiklanish) past motivatsiyasi edi. Bunday holat bosh miya jarohati bilan og'rigan bemorlarni tekshirish vaqtida tez-tez uchrab turdi, bu klinik ko'rinishda astenik (73,5%) va psixooorganik (31,7%) sindromlarning mavjudligi bilan bog'liq edi.

Buzilgan funksiyalarni barqaror qisman qoplash bosqichida bo'lgan BMJ oqibatlari bilan bemorning buzilgan funksiyalarini va ijtimoiy moslashuvini tiklash imkoniyatini aniqlash uchun biz reabilitatsiya potentsialini baholadik. Shu bilan

birga, tibbiy ko'rsatkichlar, ijtimoiy va iqtisodiy sharoitlar, kasbiy tayyorgarlik, bemorning shaxsiyatining psixologik xususiyatlarini o'z ichiga olgan omillar majmuasi hisobga olingan. Kompleks baholash natijasida reabilitatsiya salohiyati yuqori, o'rta yoki past deb aniqlandi. Har qanday nogironlik guruhini tuzishda BMJ tufayli nogironlarning reabilitatsiya salohiyati darajasi baholandi.

Birinchi guruh nogironi deb topilgan bemorlar (2,3%) quyidagi toifalar bo'yicha nogironliklarga ega: uchinchi darajali mehnat qobiliyati, uchinchi darajali o'z-o'zini parvarish qilish, ikkinchi yoki uchinchi darajali harakat, ikkinchi yoki uchinchi darajali harakatni nazorat qilish. uchinchi daraja. Ular jamiyatga integratsiyalashuvning qiyinligi (mehnatga moslashishning mumkin emasligi), mustaqil yashash va harakatchanlik shaklida ijtimoiy yetishmovchilikni boshdan kechirdilar. Bunday holda, bemorlar deyarli butunlay tashqi yordamga va iqtisodiy jihatdan bog'liq bo'lib, reabilitatsiya choralari, birinchi navbatda, kundalik hayotda shaxsiy qaramlikni minimallashtirish va bemorni zarur yordam vositalari bilan ta'minlashga qaratilgan edi. Odatda, birinchi guruh nogironlari deb e'tirof etilgan bemorlar reabilitatsiya salohiyati past (5 kishi) deb tasniflanadi. Biroq, 10 kishida patologik jarayonni barqarorlashtirish va tananing funktsional zaxiralarini safarbar qilish imkoniyatini istisno qilish mumkin emas edi, bu hayot cheklovlarini yengillashtiradi va xo'jaligini reabilitatsiya qilish darajasiga erishishga imkon beradi. Ularning reabilitatsiya salohiyati o'rtacha darajada baholandi.

Ikkinchi guruh nogironi deb e'tirof etilgan bemorlarda BMJ oqibatlari asosan markaziy asab tizimining aniq disfunktsiyasi bilan kechdi va nogironlik toifalariga olib keldi: uchinchi darajali ishlash va o'qish qobiliyati, harakat, o'z-o'zini parvarish qilish, nazorat qilish, ikkinchi darajali odamning xatti-harakati, ikkinchi darajali muloqot. Noqulay klinik prognoz, o'z mutaxassisligi bo'yicha ishlashga qaytish va yangisini olish imkonsizligi, bu holda reabilitatsiya potensialining past darajasini aniqladi, bu jabrlanganlarning shaxsiy qaramligini (uyda) bartaraf etish doirasida kognitiv funktsiyalarni va jamiyatga integratsiyalashuvning qulay ijtimoiy muhitini saqlab qolishda (muloqot doirasini kengaytirish, harakatchanlikni oshirish) reabilitatsiya choralari cheklaydi. Shu bilan birga, bemorlarning 55 foizida

reabilitatsiya salohiyati yuqoriroq baholandi va takroriy tekshiruv paytida nogironlik guruhi uchinchi guruhga o'zgarishi istisno qilinmadi. Bunga quyidagilar yordam berdi: travmatik miya kasalligi kursining progressiv bo'lmagan tabiati, kompensatsiya qobiliyatlarini rivojlantirish qobiliyati (jismoniy va psixo-emotsional stressga moslashish), yuqori darajadagi ta'lim va yaxshi kasbiy tayyorgarlik, unga psixologik munosabat, ishlashni davom ettirish yoki yangi kasbni o'rganish, qulay ijtimoiy muhit (oilada, ishda). Bu holatda reabilitatsiyaning maqsadi iqtisodiy qaramlik darajasini pasaytirish va jamiyatga maksimal darajada integratsiyalashuv (yangi kasbni o'rganish, uyda yoki maxsus yaratilgan sharoitlarda ishlash) edi.

Uchinchi guruh nogironligi tashkil etilganda, BMJ (odamlarning 26%) bilan og'rigan ba'zi bemorlarda reabilitatsiya potentsiali, buzilgan funktsiyalarning o'rtacha og'irligiga va birinchi darajali nogironlikka (toifalar bo'yicha) qaramay, past edi. Bu, birinchi navbatda, BMJ oqibatlarining tuzilishidagi astenik (astenoipoxondrik) va psixopatologik ko'rinishlarga (52%), mehnatga motivatsiyaning yo'qligi va jamiyatga integratsiyalashuviga bog'liq edi.

Uchinchi guruh nogironlari deb e'tirof etilganlar orasida reabilitatsiya potentsialining o'rtacha darajasi markaziy asab tizimining doimiy o'rtacha darajadagi buzilishlari (bemorlarning 31%) bilan aniqlandi, birinchi navbatda ishlash, sayohat qilish, muloqot qilish qobiliyati toifalarida hayot faoliyatini cheklash, ikkinchi yoki uchinchi darajada o'qish, birinchi darajada ularning xatti-harakatlarini nazorat qilish. Bunday cheklovlar ish vaqtining davomiyligi, bajarilgan ishning og'irligi va intensivligi bo'yicha cheklovlar bilan mehnat faoliyatini amalga oshirish imkoniyatini nazarda tutgan.

Uchinchi guruh nogironi deb tan olingan ba'zi bemorlar (bemorning 2,1%) va nogiron deb tan olinmagan birlamchi bemorlar (8 kishi) yuqori reabilitatsiya salohiyatiga ega edi. Bu yengil va o'rtacha og'irlikdagi BMJ bilan og'rigan, o'tkir va tiklanish davrlarida davolanishdan yaxshi ta'sir ko'rsatadigan, ammo nogironlik toifalarida: ishlash, sayohat qilish, birinchi darajali o'rganish (yoki o'rganish nogironligi bo'lmagan) toifalari bo'lgan odamlarga tegishli. Bunday holda, ijtimoiy himoya choralari boshqa (yengilroq) sharoitlarda ishlashga moslashish davrida yoki

yangi kasbga ega bo'lish davrida (ish joyida, ijtimoiy himoya tizimida, ish joyida, bandlik markazida) iqtisodiy qaramlikni kamaytirishga qaratilgan. Yuqori reabilitatsiya potentsiali bemorni qayta tekshiruvdan so'ng to'liq mehnatga layoqatli deb tan olish imkoniyatini nazarda tutadi.

Shunday qilib, uchinchi guruh nogironlari deb e'tirof etilgan bemorlarni reabilitatsiya qilishda asosiy vazifa ratsional ish bilan ta'minlash va markaziy asab tizimining barqaror kompensatsiyalangan holatini ta'minlash edi (kasalxonalar yoki reabilitatsiya markazlarining reabilitatsiya bo'limlarida kurs davolash, sanatoriyda davolanish).

TIEBda tekshirilgan bemorlarni reabilitatsiya qilish reabilitatsiya salohiyatini hisobga olgan holda tuzilgan individual dastur asosida amalga oshirildi. Mavjud kuzatuvlarni sarhisob qilsak, BMJ tufayli nogiron deb tan olingan barcha bemorlar tibbiy reabilitatsiyaga muhtoj, ularning katta qismi esa ijtimoiy va professional reabilitatsiyaga muhtoj edi.

IPRning tibbiy bo'limiga reabilitatsiya davolash bo'yicha tavsiyalar kiritilgan: 1) shifoxona yoki markazning nevrologiya bo'limida yoki boshqa ixtisoslashtirilgan bo'limlarida; 2) neyroxirurgiya bo'limida rekonstruktiv operatsiyalar (suyak nuqsonini plastikleash va boshqalar); 3) sanatoriyda; 4) poliklinikaning reabilitatsiya bo'limida; 5) uyda.

Kasbiy reabilitatsiya muayyan mehnat tavsiyalari, kontrendikatsiyalangan turlari va ish sharoitlari, bemorning kasbiy mahorati, uning yoshi va yangi mutaxassislikni o'rganish imkoniyatini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

Ijtimoiy reabilitatsiya ijtimoiy-xo'jalik, ijtimoiy va atrof-muhitga moslashishga yordam beradigan tadbirlarni o'z ichiga oladi. Ijtimoiy yo'naltirilgan chora-tadbirlar kompleksi ikkita asosiy yo'nalishga ega edi: 1) BMJ (harakat, o'z-o'ziga xizmat, aloqa) tufayli buzilgan yoki to'sqinlik qiladigan kundalik ko'nikmalarni tiklash, rivojlantirish va shakllantirish; 2) yashash sharoitlarini nogironning ehtiyojlariga moslashtirish (yashash, o'quv va ish joylarini moslashtirish, yordamchi qurilmalarni o'rnatish, xususan masofadan boshqarish uchun). Texnik yordamga harakat qilish vositalari (tayoqchalar, tayoq, nogironlar

aravachasi, protez-ortopediya buyumlari), muloqot qilish, o'rganish imkoniyatini oshiradigan vositalar (eshitish protezlari) va boshqalar kiradi. Ijtimoiy-psixologik yordam ko'rsatish katta ahamiyatga ega edi: psixologik. maslahat berish; xulq-atvor motivlarini, munosabatni psixokorreksiya qilish; oilaviy-maishiy munosabatlar va qulay muhit yaratish.

BMJ oqibatlari bo'lgan bemorlarning ijtimoiy va mehnatga moslashuvining muvaffaqiyati ko'p jihatdan o'z vaqtida oqilona bandlikka bog'liq bo'lib, bu reabilitatsiya potentsialining pasayishiga va ijara munosabatlarining shakllanishiga yo'l qo'ymaslik imkonini berdi.

YAKUNIY QISM

Asab tizimining shikastlanishi bilan og'rigan bemorlarda nogironlikning shakllanishida yetakchi o'rin BMJ va uning oqibatlari hisoblanadi. BMJning ulkan tibbiy-ijtimoiy ahamiyati quyidagilar bilan bog'liq: ijtimoiy, mehnat va harbiy jihatdan eng faol bo'lgan odamlarning ustun mag'lubiyati; vaqtincha mehnatga qobiliyatsizlik, jabrlanganlarning nogironligining yuqori darajasi va og'irligi tufayli ish vaqtini yo'qotish natijasida iqtisodiy zarar. Amaliy tiklanish yoki barqaror kompensatsiya faqat yopiq BMJni o'tkazganlarning taxminan 30 foizida kuzatiladi. Qolganlarida travmatik kasallikning ikki asosiy varianti mavjud: relapsli (nisbiy, ba'zan uzoq muddatli, barqarorlashuv bilan) va asosan progredient, odatda kuchayishi va to'liq bo'lmagan remissiyalar. Oxirgi variant ko'pincha erta boshlangan va tez rivojlanayotgan serebrovaskulyar patologiyaga bog'liq.

BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishlari hozir aniq va ma'lum darajada o'rganilmoqda. BMJ patogenetik mexanizmlarini o'rganish muvaffaqiyatli davom etmoqda. O'tkir davrda BMJ bilan og'rigan bemorlarni tashxislash va davolashda yagona yondashuvni ishlab chiqish va uning oqibatlari invaziv bo'lmagan diagnostika usullarini (KT, MRT, Doppler ultratovush va boshqalar) tarqalishi bilan yordam beradi. Bularning barchasi BMJ oqibatlarini zamonaviy davrlashtirish va tasniflashda allaqachon o'z aksini topgan va travmatik miya kasalligining yaxlit kontseptsiyasining shakllanishiga ta'sir ko'rsatdi. Biroq, adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki, aniqlashtirish va yanada rivojlantirishni talab qiladigan masalalar mavjud. Xususan, hozirgi vaqtda BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida turli sindromlarning namoyon bo'lishi yetarli darajada o'rganilmagan. Jarohat vaqtida va undan keyin yaqin kelajakda yuzaga kelgan yoki keyinchalik shakllangan morfologik o'zgarishlar tufayli nevrologik yetishmovchilik bo'lgan ma'lum bir sindromning dinamikasining xususiyatlari juda muhimdir. O'tkazilgan BMJning og'irligi va uning turi (ochiq, yopiq) ma'lum oqibatlarining shakllanishidagi roli va ularning bemorning hayoti va ijtimoiy yetishmovchiligi holatiga ta'sirini aniqlashtirish kerak.

Tasniflashning birinchi bo'limi asosida BMJ oqibatlarining paydo bo'lishining (rivojlanishining) patogenetik xususiyatlarini tahlil qilish jarohatdan so'ng darhol klinik namoyon bo'ladigan (ko'pincha oraliqda) asosan bevosita oqibatlarni aniqlashga imkon berdi, ular bir necha oylar, ba'zida BMJning o'tkir davridan keyin yillar o'tadi. To'g'ridan-to'g'ri oqibatlarining sezilarli ustunligi qayd etildi: gemiparez, afaziya, vestibulyar sindrom, surunkali subdural gematoma, bilvosita vegetativ distoniya sindromi ko'rinishidagi gipertenziv sindromli gidrosefaliya, travmadan keyingi arterial gipertenziya, post-travmatik gidrosefaliyaning kechikish shakllari, travmatik epilepsiya, psixorganik sindrom, mos ravishda 81,3% va 18,8% ni tashkil etdi. Ushbu ma'lumotlar jinsi, yoshi yoki nogironlikning og'irligidan qat'i nazar, deyarli barcha bemorlarga teng darajada qo'llaniladi. Shu bilan birga, 5 yil va undan ortiq davom etgan o'tkir epizodli bemorlarda BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida bilvosita sindromlar mavjudligi 3 baravar ko'paygan - 38,5% gacha, tekshirilgan guruhga nisbatan 1 yilgacha (13,0%).

Birlamchi va qayta tekshirilgan bemorlarda, asosan, to'g'ridan-to'g'ri oqibatlar orasida astenik sindrom birinchi o'rinda turadi (umuman, tekshirilganlarning 73 foizida). Shunisi e'tiborga loyiqki, u birlamchi bemorlarda biroz ko'proq uchraydi. Ularning yarmida (51,4%) bu sindrom 1 yoshdan katta jarohatlar bilan qayd etilgan. Ko'pincha OMS gipertenziya va bosh suyagi nuqsonlari bilan gidrosefaliya, kamroq tez-tez subdural gematoma va gemiparez kuzatiladi.

Ba'zi to'g'ridan-to'g'ri oqibatlarining chastotasidagi farqlar afaziya bilan (kamroq takroriy tekshiruv bilan) va ayniqsa vestibulopatiya sindromida (takroriy bemorlarda 3 baravar kamroq) sodir bo'ldi. Bu ushbu sindromlarda kompensatsiya qilish imkoniyatini aks ettiradi.

Umuman bilvosita oqibatlar orasida (birlamchi va takroriy bemorlarda) vegetativ distoniya sindromi aniq ustunlik qildi (43,5%). Qon tomir sindromlari kamroq tarqalgan: arterial gipertenziya - 4,8%, miya aterosklerozi - 3,3% hollarda. Ko'pincha psixorganik sindrom (31,7%) va post-travmatik epilepsiyaning kech shakllari (28,4%) qayd etilgan.

Qayta tekshirilgan guruhda vegetativ distoni bilan og'rigan bemorlarning bir oz kamroq soni qayd etilgan, bunda arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlar soni ko'paygan. Bu erda (takroriy bemorlarda) miya aterosklerozi (4,2%) bo'lgan bemorlar paydo bo'ldi. Epilepsiya va psixorganik sindrom deyarli ikki barobar tez-tez tashxis qo'yilgan. Ushbu ma'lumotlar patogenezing o'ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqqan holda BMJ ning bilvosita oqibatlari rivojlanishining prognozlangan dinamikasini aniq aks ettiradi. Bu ko'pincha travmadan keyingi morfologik o'zgarishlarning kuchayishiga emas, balki miya neyrodinamikasining rivojlanayotgan yoki progressiv buzilishlariga, miyaning integral faolligiga, markaziy asab tizimining funksional holatiga, ya'ni patologiyadan kelib chiqqan limbik-retikulyar kompleksning shakllanishi buzilishlarga asoslanadi.

Olingan ma'lumotlar quyidagilarni aniqlaydi: 1) BMJning o'tkir davridan keyin, ayniqsa, yengil BMJ bilan og'rigan bemorlarda vaqt o'tishi bilan bevosita va bilvosita oqibatlarning asta-sekin regressiyasi; 2) to'g'ridan-to'g'ri oqibatlarning tabiati va og'irligining nogironlikning og'irligida namoyon bo'ladigan BMJ og'irligiga bog'liqligi. Shunday qilib, kuzatilgan o'zgarishlar tasnifning birinchi bo'limida ko'rsatilgan BMJ oqibatlarining yuzaga kelishining patogenetik geterogenligi printsipiga mos keladi.

Tasniflashning ikkinchi bo'limi bo'yicha ma'lumotlarni tahlil qilish (mavjud morfologik o'zgarishlarga qarab) birlamchi va takroriy bemorlarda to'qimalarning morfologik o'zgarishlari aniq ustun ekanligini ko'rsatdi (mos ravishda 82,3% va 70%). To'qimalarning oqibatlari orasida miya atrofiyasi (16% va 12%) va bosh suyagi nuqsonlari ko'proq uchraydi; miya likvor suyuqligi orasida - gidrosefaliya (79% va 94%); qon tomirlar orasida surunkali gematomalar qayd etilgan.

Og'ir va og'ir bo'lmagan BMJ bilan og'rigan bemorlarda OMS va to'qimalarning ta'siri BMJ oqibatlarining bir qator klinik shakllarida turli xil ahamiyatga ega. To'qimalarning oqibatlarining ustunligi (97,7%) og'ir miya kontuziyasi, shuningdek ochiq BMJ bilan kasallangan odamlarda qayd etilgan. O'rtacha miya kontuziyasi bo'lgan bemorlarda miya omurilik suyuqligining klinik ko'rinishida ko'proq ta'sir ko'rsatdi, ammo ular hali ham to'qimalardan (27,0%)

pastroq edi. Engil TBI bilan og'riqan bemorlarda suyuqlik va to'qimalarning oqibatlarini bir xil chastotada sodir bo'lgan - 50%. Qon tomirlarining buzilishi (arterial gipertenziya, miya tomirlarining erta aterosklerozi) faqat miyaning o'rtacha kontuziyasiga uchragan odamlarda topilgan.

Tasniflashning uchinchi bo'limiga ko'ra klinik ko'rinishlarni ko'rib chiqish birlamchi va qayta tekshirilgan bemorlarda paydo bo'lish chastotasi bo'yicha yetakchi sindromlarning asosan o'xshash taqsimlanishini ko'rsatdi. Bu eng keng tarqalgan sindromlarga taalluqlidir: miya-lokal (91,8%) va astenik (86,7%). Har bir guruhda sindromlar paydo bo'lish chastotasi bo'yicha birinchi va ikkinchi o'rinlarni egalladi. Dastlab tekshirilgan bemorlar guruhida vegetativ distoniya sindromi (47,3%) uchinchi o'rinni egalladi. Qayta tekshirilgan bemorlarda u biroz kamroq (42,4%) bo'lgan. Shu bilan birga, takroriy bemorlarda vegetativ distoniya sindromi to'rtinchi o'rinni egalladi, bu chastotada likvrodinamik (58,0%).

Umuman olganda, eng ko'p tashxis qo'yilgan: miya-lokal (87,8%) va astenik (73,5%) sindromlar. Ulardan keyin barcha bemorlarda paydo bo'lish chastotasi kuzatildi: likvorodinamik sindrom (54,6%) va vegetativ distoniya sindromi (43,5%). Takroriy bemorlarda vegetativ distoniya sindromi (42,4%) ustidan likvorodinamik sindromning (58,0%) ustunligiga nisbatan sezilarli farq ($p < 0,05$) aniqlandi. Qon tomirlari, vestibulyar va parkinsonizm sindromlari kamroq aniqlandi va bemorlarning umumiy sonida ular mos ravishda 8,1% ni tashkil etdi; 9,0%; 2,2%.

Yoshlarda vegetativ distoniya sindromi ko'proq uchraydi ($p < 0,05$). Bundan tashqari, engil kontuziya va miya chayqalishi (66,7%) bo'lgan bemorlarda sezilarli darajada ustunlik qildi.

Umuman olganda, serebrolokal sindrom 563 bemorda (87,8%) tashxis qo'yilgan. Aksariyat hollarda yengil organik alomatlar qayd etilgan va gemiparez va afaziya ko'rinishidagi lokal miya jarohatining klinik ko'rinishi kamroq tarqalgan (mos ravishda 9,6% va 8,9% hollarda). Sindrom ko'pincha og'ir va o'rtacha miya kontuziyasi (75,3%) oqibatlarini bilan jabrlanganlarda tashxis qo'yilgan. Bizning tadqiqotimizda vosita va nutq buzilishlarining kombinatsiyasi bo'lgan bemorlar 17,8% ni tashkil etdi.

Liqvorodinamik buzilishlar 350 bemorda qayd etilgan, bu 54,6% ni tashkil etdi. Ko'pincha (31,5% hollarda) ular gipertenziv sindrom bilan namoyon bo'ldi. Bemorlarning 11,2% da o'rnini bosuvchi normotenziv gidrosefaliya miya atrofiyasi fonida sodir bo'lgan.

Shikastdan keyingi epilepsiya 182 bemorda (28,4%), barcha tekshirilganlarni hisobga olgan holda sodir bo'ldi. Post-travmatik epilepsiya bilan og'rigan bemorlarning 84,0 foizida tutqanoqlar serebrolokal sindrom fonida rivojlangan. Ko'pincha birlamchi va ikkilamchi umumiy soqchilik (jumladan, Jekson), kamroq psixomotor tutilishlar mavjud edi. Birlamchi bemorlar orasida epilepsiya sindromi miya chayqalishi (25%) va takroriy BMJ (36,4%) bo'lganlarda ko'proq uchraydi. Sezilarli ($p < 0,05$) yoshlar ustunlik qiladi (40 yoshgacha - 56% hollarda). Kelajakda, bemorlarning yoshi ortishi bilan sindromning chastotasi pasayish tendentsiyasiga ega (50 yosh va undan katta bemorlarda 16% gacha).

Shuni ta'kidlash kerakki, epileptik sindromning chastotasini oshirish tendentsiyasi mavjud bo'lib, shikastlanishning davimiyligiga qarab, bu 6 oydan ortiq bo'lmagan davomiylik bilan 6,3% , 33,3% gacha bo'lgan 5 yil yoki undan ko'proq.

Raqam bo'yicha asosiy guruh - 63,7%, bir xil turdagi epileptik tutqanoqli, tez-tez uchraydigan (oyiga ikki martagacha) bo'lgan bemorlardan iborat. Bemorlarning ushbu guruhida MAT disfunktsiyasining og'irligi, nogironlik darajasi va prognozi BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida mavjud bo'lgan boshqa sindromlar (birinchi variant) bilan aniqlandi (birinchi variant). Bemorlarning ikkinchi guruhida (59,6%) klinik ko'rinishda yetakchi rol epileptik tutilishlarga tegishli (ikkinchi variant). Bundan tashqari, epileptik tutqanoqli bemorlar tekshirganda, epilepsiya rivojlanishiga irsiy moyilligi yuqori bo'lgan ikkita bemor (1,1%) aniqlangan, ammo jarohatdan oldin tutilishlarsiz bo'lgan. Bunday hollarda, BMJ qo'zg'atuvchi omil bo'lib xizmat qilgan (uchinchi variant).

Jarohatdan keyingi epilepsiyaning birlamchi kuzatilgan sindromida 17,1% hollarda aniqlangan va takroriy holatlarda bo'lgani kabi, paydo bo'lish chastotasi bo'yicha oltinchi o'rinni egallagan. Bunday holda, o'z guruhidagi o'xshash reyting

pozitsiyalariga qaramasdan, intensiv ko'rsatkichlarga ko'ra, bu sindrom qayta tekshirilgan bemorlarda deyarli ikki barobar ko'p bo'lgan ($p < 0,05$).

Tekshirilayotganlarning 73,5 foizida astenik sindrom kuzatilgan. Ko'pincha tashxisda ko'p jihatdan astenikka o'xshash astenonevrotik sindrom mavjud bo'lib, u kayfiyatning sezilarli beqarorligi, qo'zg'aluvchanlikning kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Dastlabki tekshiruvdan o'tganlar orasida, holatlarning yarmida (51,4%) jarohati 1 yilgacha bo'lgan bemorlarda qayd etilgan. BMJ ning uzoqroq davom etishi bilan astenik sindrom kamroq tez-tez aniqlandi - 5 yil yoki undan ko'proq vaqtdan keyin 16% gacha, jarohat davomiyligiga qarab farqlarning ishonchliligini saqlab qoladi.

Psixorganik sindrom umuman bemorlarning 31,7 foizida kuzatilgan va aqliy jarayonlarning doimiy buzilishlari bilan tavsiflangan: xotira, e'tibor, fikrlash, hissiy-irodaviy sohaning buzilishi. Psixorganik sindromning paydo bo'lish chastotasi jarohatning davomiyligiga sezilarli ta'sir ko'rsatdi: 30,3% - 5 yil yoki undan ko'proq davomiylik bilan; 10,3% - davomiylik bo'yicha 5 yildan kam ($p < 0,05$).

Biz asosiy sindromlarning taqsimlanishi va dinamikada ularning kombinatsiyasi bo'yicha birlamchi va qayta tekshirilgan bemorlar o'rtasidagi farqlarni aniqladik, bu BMJ oqibatlarini rivojlanishining patogenetik xususiyatlarining ta'sirini aks ettiradi. Umumiy ma'lumotlarga ko'ra (birlamchi va takroriy bemorlarda) serebrolokal (87,8%), astenik (73,5%), likvorodinamik (54,6%) va vegetativ-distoniik (43,5%) sindromlar ustunlik qiladi. Birlamchi va takroriy bemorlarda eng muhim va sezilarli ($p < 0,05$) farqlar quyidagi sindromlarga taalluqlidir: vestibulopatiya (takroriy bemorlarda 3 marta kamroq), epileptik va psixorganik sindromlar (takroriy bemorlarda 2 marta tez-tez uchraydi), likvorodinamik (ko'pincha takroriy bemorlarda). Liqvorodinamik sindrom holatida qayta-qayta tekshirilganlar va dastlab tekshirilganlar o'rtasidagi farqlar uning BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishida ortib borayotgan rolini ko'rsatadi, birinchi navbatda, miya atrofiyasi fonida normotenziv gidrosefaliya rivojlanishi bilan bog'liq.

Vestibulyar sindrom birlamchi bemorlarda BMJ oqibatlarida orasida beshinchi o'rinni egalladi va 19,2% ni tashkil etdi. Qayta tekshirilganda u bir qator yetakchi sindromlarda faqat sakkizinchi o'rinda (6,1%) edi ($p < 0,05$). Vestibulyar sindrom o'zining patogenetik xususiyatlarida BMJning bevosita oqibatlariga taalluqli ekanligini hisobga olsak, aniqlangan ko'rsatkichlar qayta tekshirilgan bemorlarning ayrimlarida ushbu sindromning dinamikada regressiyasini aks ettiradi.

Dastlab kuzatilgan bemorlarda paydo bo'lish chastotasi bo'yicha oltinchi o'rinda psixorganik sindrom (17,1%). Bu ko'rsatkich qayta tekshirilgandan (36,0%) sezilarli darajada past ($p < 0,05$). Takrorlangan bemorlar orasida psixorganik sindrom beshinchi o'rinni egalladi va chastota bo'yicha post-travmatik epilepsiya sindromini ortda qoldirdi, bu guruhda 31,7% ni tashkil etdi.

Biz birlamchi va takroriy bemorlarda asosiy sindromlarning yuzaga keladigan kombinatsiyalarini tahlil qildik. Miya-lokal sindromning kombinatsiyasi ko'pincha qayd etilgan: a) birlamchi va takroriy astenik 76,0% va 62,0% bilan; b) birlamchi bemorlarda vegetativ distoniya sindromi bilan (45,9%); v) takroriy bemorlarda likvorodinamik sindrom bilan (48,7%).

Birlamchi va qayta tekshirilgan bemorlarda kursning xususiyatlariga ko'ra (klassifikatsiyaning to'rtinchi bo'limi) nevrologik simptomlarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, har ikkala guruhda ham progressiv bo'lmagan kurs (57%) bo'lgan bemorlar biroz ustunlik qilgan. Ular orasida miya lokal sindromi (87%) va bosh suyagi nuqsonlari (35%) bo'lgan bemorlar ancha tez-tez uchraydi. Progressiv sindromlar asosan vegetativ distoniya, gidrosefaliya, epilepsiya, psixorganik va qon tomir sindromlar bilan ifodalangan. Bu ma'lumotlar, xususan, shikastlanish davomiyligi oshgani sayin qon tomir patologiyasi va epilepsiya bilan og'riqan bemorlar sonining muntazam o'sishini aks ettiradi.

Turli xil jarohatlar davom etgan jabrlanuvchilar orasida travmatik kasallikning rivojlanishi BMJ epizodidan 5 yoki undan ko'proq yil o'tgach tekshirilgan odamlarda (47,8%), 1 yilgacha (20,9%) kuzatilganlarga nisbatan ikki baravar tez-tez sodir bo'ldi. Buning sababi ham BMJning o'tkir va oraliq davrida terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlarining yetarli darajada bo'lmasligi (yoki yo'qligi)

va BMJning bilvosita oqibatlarini paydo bo'lishi mumkin. Shikastli kasallikning ma'lum bir sindromida progressiv kurs ehtimolini baholashda, qo'shni miya tomirlari, yoshga bog'liq, toksik va boshqa omillar ta'sirida kech dekompensatsiyalanish ehtimolini hisobga olish kerak.

So'ralganlarning umumiy sonidan birinchi guruh nogironligi 2,3% hollarda, ikkinchi - 57,7%, uchinchi - 38,7% hollarda aniqlangan. Birinchi marta nogiron deb tan olingan bemorlar orasida birinchi guruh bemorlarning 2,7 foizida, ikkinchisi 49,3 foizida, uchinchisi 42,5 foizida topilgan. Dastlabki tekshiruv vaqtida ma'lum bir nogironlik guruhini belgilash va shikastlanishning og'irligi o'rtasida ma'lum bir munosabatni qayd etish mumkin edi. Miyaning og'ir kontuziyasi bo'lgan bemorlar 68,8% hollarda ikkinchi guruh nogironlari deb tan olingan, yengil BMJ (yengil miya kontuziyasi va miya chayqalishi) bo'lganlar ko'pincha uchinchi nogironlik guruhiga (77,8%) tayinlangan. Ikkinchi va uchinchi nogironlik guruhlari o'rtacha miya kontuziyasi bo'lgan bemorlarda taxminan bir xil chastotada (43,4% va 47,2%) aniqlangan. Birlamchi bemorlardan 8 kishi (5,5%) nogiron deb tan olinmagan.

Buzilgan funktsiyalarning tabiatiga va ijtimoiy yetishmovchilikning turiga qarab, bemorlar tibbiy, kasbiy yoki ijtimoiy rehabilitatsiyaga muhtoj edi. Buzilgan funktsiyalarni tiklash imkoniyati biz tomonidan rehabilitatsiya salohiyatini aniqlash orqali baholandi: yuqori, o'rta (yoki qoniqarli) va past.

Bemorlarni rehabilitatsiya qilish rehabilitatsiya salohiyatini hisobga olgan holda tuzilgan individual dasturga asoslanadi. Mavjud kuzatuvlarni umumlashtirish shuni ko'rsatdiki, BMJ tufayli nogiron deb tan olingan barcha bemorlar tibbiy rehabilitatsiyaga muhtoj, ularning katta qismi esa professional va ijtimoiy rehabilitatsiyaga muhtoj.

Rehabilitatsiyadagi muhim to'siq bemorning mehnat faoliyatini tiklash va umuman tiklanish uchun past motivatsiyasi edi (mumkin bo'lgan maksimal tiklanish). Bunday holat ko'pincha klinik ko'rinishda astenik sindrom (73,5% hollarda) va psixo-patologik kasalliklar mavjudligi, xususan, hissiy-irodaviy buzilishlar (bemorlarning 32% da) bo'lgan bemorlarni tekshirish paytida duch kelgan.

Shunday qilib, tadqiqot natijalari klinik va ekspertiza amaliyotida BMJ oqibatlarining ko'rib chiqilgan tasnifidan foydalanishning maqsadga muvofiqligini ko'rsatadi. Uning qo'llanilishi BMJning kech davridagi bemorlarni konservativ va jarrohlik davolashni optimallashtirishga yordam beradi, tibbiy, ijtimoiy va harbiy tibbiy ekspertiza masalalarini oqilona hal qilishga yordam beradi.

XULOSA

1. BMJ oqibatlari orasida eng ko'p uchraydigan miya-lokal va astenik sindromlardir.
2. BMJ oqibatlarining klinik ko'rinishi o'tkir epizod 5 yil va undan ko'p bo'lgan bemorlarda 1 yoshgacha bo'lgan bemorlarga nisbatan 3 barobar ortadi.
3. Birinchi yoki ikkinchi guruh nogironligi bo'lgan bemorlarda BMJning progressiv bo'lmagan oqibatlari ustunlik qiladi (79%), uchinchi guruhda progressiv kurs sezilarli darajada tez-tez kuzatiladi (34%).
4. BMJ oqibati bo'lgan bemorlarda reabilitatsiya prognozi klinik ko'rinishlarning patogenetik xususiyatlariga, kasallikning kechishiga, maqsadli davolash imkoniyatlariga, nogironlik xarakteriga va ijtimoiy yetishmovchilikning mavjudligiga bog'liq.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Bemorlarni NIEBga yuborish uchun ko'rsatmalar toifalarda nogironlikka olib keladigan BMJ oqibatlarining doimiy klinik ko'rinishidir: mustaqil harakat qilish qobiliyati, oriyentatsiya, muloqot, o'rganish, ish, o'z-o'zini parvarish qilish va o'z xatti-harakatlarini nazorat qilish.
2. BMJ oqibati bo'lgan bemorni nogiron deb tan olish mezoni nogironlik va nogironlikning mavjudligi, jismoniy (maishiy) va iqtisodiy qaramlik, jamiyatga integratsiyalashuvdagi qiyinchiliklar shaklida ijtimoiy yetishmovchilik.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Agayeva K.F. Bosh jarohati oqibatlarining aholi orasida to'planishi va tarqalishi jarayoni. // *Jurn nevrol va psixiatr.* - 2001 yil - T. 101 - No 5 -S.46-48.
2. Ananenko V.V. Travmatik intrakranial gematomalarning uzoq muddatli oqibatlarining nevrologik jihatlari // *Dissertatsiyaning referati. diss. ... tibbiyot fanlari nomzodi.* - Vladivostok. - 2001. - 23 b.
3. Ananyev B.G. Inson bilim ob'ekti sifatida. - Sankt-Peterburg. Litr - 2002 - 288 b.
4. Belov V.P., Xachaturyan A.M. Miya jarohatidan keyin psixopatik holatlar. // *Jurn nevrol va psixiatr.* - 1999 yil - T.99 - No 10 -S.9-12.
5. Belova A.N., Kravets L.Ya. Travmatik miya shikastlanishi. // *Harakat buzilishi bo'lgan bemorlarni rehabilitatsiya qilish bo'yicha ko'rsatmalar. II jild / Ed. A.N. Belova, O.N. Shchepetova.* - M.: Antidor - 1999. - S. 176 - 202.
6. Gelman V.Ya. Tibbiy informatika: seminar. - Sankt-Peterburg: Pyotr. -2001.-480 b.
7. Guseva N.K. Rossiya Federatsiyasida kasal va nogironlarni ijtimoiy himoya qilish asoslari. - Nijniy Novgorod. - 1999. - 508 b.
8. Yemelyanov A.Yu. Travmatik ensefalopatiya. // *Annotatsiya. diss. ... tibbiyot fanlari doktori.* - Sankt-Peterburg. - 2000. - 42 b.
9. Zaytsev V.M., Lifyandskiy V.G., Samus A.A. Tibbiy statistika asoslari. - Sankt-Peterburg. - 1999. - 208 b.
10. Tibbiy-ijtimoiy ekspertiza bo'yicha qonunchilik va me'yoriy hujjatlar. / Ed. M.V. Korobova - Sankt-Peterburg. - 1999 - 404 b.
11. Ilin Ye. P. Motivatsiya va motivlar. - Sankt-Peterburg: Pyotr - 2002. - 512 p.
12. Kovalenko A.P. Yengil yopiq kranioserebral shikastlanish oqibatlari bo'lgan bemorlarda avtonom buzilishlar. // *Annotatsiya. diss. ... tibbiyot fanlari nomzodi.* - Sankt-Peterburg. - 2001. - 32 b.
13. Korobov M.V. Rehabilitatsiyani shakllantirish va rivojlantirishning dolzarb masalalari. / *SPbIUVEK ilmiy maqolalari to'plami - 7-son - Sankt-Peterburg - 2001-p.9-20./*

14. Korobov M.V., Dvorkin E.A., Dedeneva J.G., Shelomanova T.N. Shaxsiy reabilitatsiya dasturini ishlab chiqishni tashkil etish va metodologiyasi. // O'quv va uslubiy qo'llanma, SPIUVEK. - Sankt-Peterburg - 1999. -84 b.
15. Kosichkin M.M., Grishina L.P., Povarova L.P. Rossiya Federatsiyasida kranioserebral travma tufayli nogironlik (ijtimoiy va gigiyenik jihatlar) // Tibbiy-ijtimoiy ekspertiza va reabilitatsiya. -2000.-№1-S26-29.
16. Krilov V.E., Lebedev V.V. Travmatik miya shikastlanishi. // Doktor. - 2000 yil - 11-son - S. 13-18.
17. Lixterman L.B., Potapov A.A., Kravchuk A.A. Travmatik miya shikastlanishining oqibatlari. // Tibbiyot gazetasi. - 18.06.2003 yil - 43-son - S. 12
18. Magalov Sh.I., Pashaeva T.S. Yengil yopiq kranioserebral shikastlanishlarning oqibatlari: terminologiya va tasniflash masalalari. // Nevrologik jurnal. - M. - 6.2002 - T.7 - S. 16 - 19.
19. Makarov A.Yu., Pomnikov V.G., Proxorov A.A. Asab tizimining kasalliklari. // Tibbiy-ijtimoiy ekspertiza va reabilitatsiya bo'yicha qo'llanma. / Ed. M.V. Korobova, V.G. Pomnikova - Sankt-Peterburg. -2003 yil. -S.301 - 504.
20. Makarov A.Yu. Asab tizimining patologiyasi bo'lgan bemorlarda nogironlikni aniqlashda nogironlik toifalarini qo'llashning asosiy yondashuvlari. // Nogironlarning tibbiy-ijtimoiy ekspertizasi va reabilitatsiyasi. SPbIUVEK ilmiy ishlar to'plami - soni. 6. -SPb-1999-S.98-101.
21. Makarov A.Yu. Bosh miya shikastlanishining oqibatlari va ularning tasnifi. // Nevrologik jurnal. M., 2001, V.6, No 2, S.38-41.
22. Makarov A.Yu., Sadikov E.A., Kiselyov V.N. Post-travmatik epilepsiya: diagnostika va klinik variantlar.// Jurn nevrol va psixiatr. -2001 yil -T. 101 -№b--S7-11/
23. Martinov Yu.S., Surskaya E.V., Malkova E.V., Shuvaxina I.A. Shikastli subdural gematomalar uchun operatsiya qilingan bemorlarning katamnezi // Jurn nevrol va psixiatr. - 2000. - V. 100 - No 2 - S.23 - 26.
24. Mixaylenko A.A. Nevrologiya bo'yicha klinik seminar. - Sankt-Peterburg. - 2001 yil -480 b.

25. Myakotnix B.C., Talankina N.Z., Borovkova T.A. Yopiq kranioserebral shikastlanishning kech davrining klinik, patofiziologik va morfologik jihatlari. // Journ nevrologiya va psixiatri. - 2002. - T.102-№4.-S.61-65.
26. Odinak M.M., Kornilov N.V., Gritsanov A.I. va boshqalar Tinchlik va urush davridagi kontuziya-kontuziya jarohatlarining nevropatologiyasi. -SPb.-2000.-432 b.
27. Polishchuk N.E., Pedachenko A.G., Polishchuk L.L. Shoshilinch neyroxirurgiya va nevrologiya klinikasida spirtli ichimliklarni zaharlanishi. - Kiev. 2000, 208 b.
28. Pomnikov V.G., Makarov A.Yu. Yopiq kranioserebral shikastlanishga uchragan serebrovaskulyar patologiyasi bo'lgan bemorlarni klinikasi, rehabilitatsiyasi va tibbiy-ijtimoiy tekshiruvini tashkil etish xususiyatlari. // Umumiy ma'lumot. - M. - CBNTI - 2000 - Nashr. 19 - 28 b.
29. Pomnikov V.G., Makarov A.Yu., Makkaveyskiy P.A. Bosh miya shikastlanishi oqibatlarining tasnifi va uni tibbiy-ijtimoiy ekspertizada qo'llash. // Umumiy ma'lumot. - M. - TsBNTI - 1999 yil - 13-21-son.
30. Amaliy tibbiy statistika. / Ed. V.M.Zaytsev, V.G.Liflyandskiy - Sankt-Peterburg, II nomidagi Sankt-Peterburg Davlat Tibbiyot Akademiyasi. Mechnikov - 2000 299 b.
31. Shukri A. A., Bersnev V. P., Ryabuxa N. P. Bosh miya jaroxati epidemiologiyasi. Neyroxirurgiya – 2006- Nashr. 50-52b.
32. Bublik L.A., Klimovitskiy V.G. Bosh miya jaroxati va umurtqa pog'onasi lat yeyish asoratlari bo'yicha kliniko-epidemiologik izlanishlar. Ukraina neyroxirurgiya jurnali 2001y. № 1. 18-23b.
33. Mirzabayev M.D., Xazratkulov R.B., Bosh miya peshona sohasida jaroxati bo'lgan bemorlarda bosh miya qon aylanishining buzilishi. Qozog'iston nevrologiya va neyroxirurgiya kafedrasida. 2010y-№ 3. 38-40b.
34. Ponomareva E.N., Smichok V.B. Bosh miya jaroxati o'tkazgan bemorlarni davolash. Belarus, Minsk 2014y.-№ 7. 4-16b.
- Adabiyotlar qo'shish 100 tagacha

35. Borisenko O.A., Kucherenko L.V., Litvinenko Ya.S. Travmatik miya shikastlanishining kech davrida ATO ishtirokchilarida psixovegetativ sindromni davolashda endonazal elektroforez orqali Mexiprimdan foydalanish.// -2018 - №4-46-50b.
36. K.B. Raimqulova Miya travmatik shikastlanishining patogenezi va ularning dekompensatsiyalanish oqibatlari va mexanizmlariga ta'siri// 2014 – № 3 – 52-55b
37. Odinak M. M., Vorobyov S. V., Fokin V. A., Emelin Andrey Yurievich, Lobzin V. Yu. va boshqalar. Shikastlanishdan keyingi kognitiv buzilishlarni differentsial tashxislashda magnit-rezonans morfometriyasi// - 2014 – №2 – 70-74b
38. Volinkin Aleksandr Aleksandrovich, Vlasov Pavel Nikolaevich, Petruxin Vasiliy Alekseevich, Axvlediani Ketino Nodarievna Homilador ayollarda travmatik miya shikastlanishi natijasida avtonom regulyatsiyaning o'zgarishi// - 2017 -№7- 28-30b
39. Serguei V. Astafiev, Kristina L. Zinn, Gordon L. Shulman, Mauritsio Korbetta Surunkali engil travmatik miya shikastlanishi belgilarining fiziologik o'zaro bog'liqligini o'rganish// - 2016 - №9 – 37-40b
40. Kristian Ledig, Rolf A. Xekkeman, Aleksandr Hammers, Xuan Karlos Lopez, Virjiniya F.J. Newcombe Miyaning mustahkam segmentatsiyasi: travmatik miya shikastlanishiga qo'llash// - 2014 – №4 – 47-50b
41. Xelen Ling, Jon Xardi, Henrik Zetterberg Sportda miya shikastlanishining nevrologik oqibatlari// – 2015 - №6 – 77-78b
42. Chao Lin, Hongquan u, Zheng Li, Yinglong Liu, Honglu Chao Travmatik miya shikastlanishida yoshning prognostik ahamiyati// - 2015 - №8 – 11-14b
43. Stefania Mondello, Andras buki, Pal Barzo, Jeff Randall, Gail Provuncher CSF va Plazma amiloid-og'ir travmatik miya shikastlanishidan keyin nevrologik holat

va o'lim bilan bog'liq bo'lgan vaqtinchalik profillar va munosabatlar// - 2014 - №2 – 14-17b

44. Sergei V. Astafiev, Kristina L. Zinn, Gordon L. Shulman, Mauritsio Korbetta
Surunkali yengil travmatik miya shikastlanishi belgilarining fiziologik korrelyatsiyasini o'rganish// - 2016 - №8- 46-50b

45. Loretta Piccenna, Grem Qaychi, Terens J O'Brayen
Travmadan keyingi epilepsiya (PTE) ni boshqarish: so'nggi 5 yil ichida dalillarni ko'rib chiqish va kelajakdagi yo'nalishlar// - 2017 - №7 – 29-30b

46. Annikov Yuriy Gennadyevich, Krom I. L., Yerugina M. V. Yeruginlarga.B.
Miya shikastlanishi bilan og'riqan bemorlarning hayot sifatini baholashga - zamonaviy yondashuv// - 2018 - №5 – 48-50b

47. Uilson J.T.L., Pettigrew L.E.L., Teasdeyl G.M. Glasgow natijalari shkalasiga nisbatan bosh jarohatining hissiy va kognitiv oqibatlarini// J. Neurol. Neyroxirurg. Psix. - 2017 - V.69 - B. 204 – 208.

48. Vilier V., Button J., Rempel R. Travmatik miya shikastlanishi bo'lgan shaxslarning rezident va uy sharoitida o'tkir rehabilitatsiyasi: vaziyatni nazorat qilish tadqiqoti// Arh. fizika. Med. Rehabilitatsiya. - 2014 yil - V.80 - № 4 - P. 399 - 406.

49. Votts R., Perlesz A. Psixososyal natija xavfi ko'rsatkichi: travmatik miya shikastlanishidan keyingi psixososyal natijani bashorat qilish// Miya shikastlanishi - 2019 yil -V.13-№8-P. 113-24.

50. Teasdeyl T.V., Engberg A.V. Miya shikastlanishi bilan bog'liq nogironlik pensiyalari: aholini o'rganish//Miya shikastlanishi 2020 yil, V. 14, № 7, P.363-374.

51. Ragnarson K.T., Moses L.G., va boshqalar. Miya travmatik shikastlanishi bo'lgan shaxslarni reabilitatsiya qilish. Konsensus konferentsiyasi. JAMA - 2015 - V. 282 - № 5 (9) - B. 974 -987.
52. Mehta K.M., Ott A., Kalmijn S. va boshqalar. Bosh travmasi va demans va Altsgeymer kasalligi xavfi.//Nevrologiya - 2019 - V.54 - P. 1951 - 1955.
53. Laurer H.L., Mcintosh T.K. Miya travmasining eksperimental modellari.// Nevrologiyadagi hozirgi fikr. - 2015 - V. 11 - B. 717 - 720.
54. Keller M., Hiltbrunner V., Dill C, Kesselring J. Yengil travmatik miya shikastlanishidan keyin qaytariladigan neyrosikologik nuqsonlar.// J. Neurol. Neyroxirurg. Psix. - 2018 - V.69-P. 764-767.
55. Iordaniya B.D. Miya shikastlanishidan keyin kognitiv reabilitatsiya.// JAMA - 2020 - V. 284 - № 29 (6) - P. 3127 - 3128.
56. Huang M.E., Cifu D.X., Keyser-Marcus L. Statsionar reabilitatsiyadan keyin miya shishishi bo'lgan bemorlarda funktsional natijalar: travmatik miya shikastlanishi bilan taqqoslash.// 2016, V.80, № 7, S. 329-337
57. Hawley C.A., Teylor R., Hellawell D.J., Pentland B. Bosh jarohatini reabilitatsiya qilishda funktsional baholash o'lchovidan (FIM + FAM) foydalanish: psixometrik tahlil.// J. Neurol. Neyroxirurg. Psix. 2017, V.67, S. 749-754
58. Gajar J. Travmatik miya shikastlanishi.//Lancet - 2020- Jil 356 - № 8 -P. 923-29.
59. Gentlemen D. Shikastlangan miya shikastlanishidan keyin natijalarni yaxshilash - taraqqiyot va qiyinchiliklar.// - 2018 yil - V.55 - № 10 - P. 910 - 26.
60. Fontaine A., Azouvi P., Remy P. va boshqalar. Jiddiy travmatik miya shikastlanishidan keyingi neyropsikologik nuqsonlarning funktsional anatomiyasi.// Nevrologiya -2016 -V.53 -P.

61. Delia S. Miya shikastlanishidan keyin dissosiativ buzilish.// Miya shikastlanishi -2014-V.13-№4-P.219-228.
62. Dekan S., Colantonio A., Ratcliff G., Chase S. Mijozlarning travmatik miya shikastlanishidan keyin ko'p yillar o'tgan muammolar bo'yicha istiqbollari.// Psixologik hisobotlar. -2020 yil - V.86 - № 2 - B. 653 - 58.
63. Cusick SR., Gerhart K.A., Mellick D.C. Travmatik miya shikastlanishi tadqiqotida ishtirokchi-proksi reabilitatsiyasi.// J. Bosh travmasini tiklash. - 2015 - V.15 - № 1 -P. 739-49.
64. 43. Chua K.S., Kong K.X. Miya shikastlanishidan keyingi reabilitatsiya natijasi - Singapur tajribasi.// Miya shikastlanishi - 2017 yil - V.22 - № 3 - B. 189 - 97.
65. Cheshut R.M. Shikast miya shikastlanishi uchun reabilitatsiya.// Dalillar hisoboti. 2018 yil-№2-P.23-26.
66. Barns M.P. Miya shikastlanishidan keyingi reabilitatsiya.// British Med. Buqa. - 2018 yil - V.55 - № 4 - B. 927 - 43.
67. Asikainen I., Nubo T., Muller K. va boshqalar. O'rtacha yoki og'ir miya shikastlanishi bilan og'rigan yosh bemorlar guruhida tezkor ishlash va uzoq muddatli funktsional va kasbiy natijalar. // Yevropa J. Nevrologiya. - 2015 - V.6 - № 2 -P. 179-85.
68. Asikainen I., Kaste M., Sarna S. Shikastlangan miya jarohati reabilitatsiya qilingan bemorlarda erta va kech posttravmatik tutilishlar: kech soqchilikni keltirib chiqaradigan miya shikastlanishi omillari va tutilishlarning uzoq muddatli oqibatlarga ta'siri.// Epilepsiya - 2018 -V.40 - № 5 - P. 584 - 589.
69. Shtulman D.R., Levin O.S. Yengil travmatik miya shikastlanishi // Nevrologik jurnal. - 2016. - V. 4 - No 1. - S. 4 - 10.

70. Sherman M.A., Shutov A.A. Yengil jangovar kranioserebral shikastlanish oqibatlari bo'lgan odamlarda psixo-vegetativ kasalliklarning dinamikasi. // *Jurn nevrologiya va psixiatrii*. - 2014 yil - T. 103 - No 1 - S.17 - 20.
71. Sherman M.A. Yengil jangovar travmatik miya shikastlanishida o'ziga xos bo'lmagan miya tizimlarining holati. // *Jurn nevrologiya va psixiatrii*. - 2017 yil -T.101- No8-S.45-49.
72. shapar V.B., Timchenko A.V., Shvydchenko V.N. Amaliy psixologiya. - Rostov-na-Donu - 2002. - 688 p.
73. Xlunovskiy A.N., Starchenko A.A. Shikastlangan miya, kasallik tushunchasi. - Sankt-Peterburg. - 2020. - 256 b.
74. Talankina N.Z. Zamonaviy yengil jangovar travmatik miya shikastlanishini boshdan kechirgan odamlarda travmatik miya kasalliklarining rivojlanishi va kechish xususiyatlari. // *Annotatsiya. diss. ... tibbiyot fanlari nomzodi*. - Perm - 2021 yil -22 p.
75. Skvortsova V.I., Staxovskaya A.V. Dalillarga asoslangan tibbiyotning zamonaviy usullari. // *Jurnal. nevrologiya va psixiatrii*. - 2018 yil - T. 101 - No 8 - S.32-34
76. Sodiqov E.A. Shikastlanishdan keyingi epilepsiya (klinika, diagnostika, tibbiy-ijtimoiy ekspertiza). // *Annotatsiya. diss. ... tibbiyot fanlari nomzodi*. - Sankt-Peterburg. - 2015. - 23 b.
77. Amaliy tibbiy statistika. / Ed. V.M.Zaytsev, V.G.Liflyandskiy - Sankt-Peterburg, II nomidagi Sankt-Peterburg Davlat Tibbiyot Akademiyasi. Mechnikov - 2020 299 b.
78. Pomnikov V.G., Makarov A.Yu., Makkaveiskiy P.A. Bosh miya shikastlanishi oqibatlarining tasnifi va uni tibbiy-ijtimoiy ekspertizada qo'llash. // *Umumiy ma'lumot*. - M. - TsBNTI - 2019 yil - 13-21-son.

79. Pomnikov V.G., Makarov A.Yu. Yopiq kranioserebral shikastlanishga uchragan serebrovaskulyar patologiyasi bo'lgan bemorlarni klinikasi, reabilitatsiyasi va tibbiy-ijtimoiy tekshiruvini tashkil etish xususiyatlari. // Umumiy ma'lumot. - M. - TsBNTI - 2015 - Nashr. 19 - 28 s
80. Polishchuk N.E., Pedachenko A.G., Polishchuk L.L. Shoshilinch neyroxirurgiya va nevrologiya klinikasida spirtli ichimliklarni zaharlanishi. - Kiev. 2021, 208 b.
81. . Odinak M.M., Kornilov N.V., Gritsanov A.I. va boshqalar Tinchlik va urush davridagi kontuziya-kontuziya jarohatlarining nevropatologiyasi. -SPb.-2016.-432 b.
82. Myakotnyx B.C., Talankina N.Z., Borovkova T.A. Yopiq kranioserebral shikastlanishning kech davrining klinik, patofiziologik va morfologik jihatlari. // Journ nevrologiya va psixiatri. - 2017. - T.102-№4.-S.61-65.
83. Martynov Yu.S., Surskaya E.V., Malkova E.V., Shuvaxina I.A. Shikastli subdural gematomalar uchun operatsiya qilingan bemorlarning katamnezi // Journ nevrologiya va psixiatri. - 2020. - V. 100 - No 2 - S.23 - 26.
84. Makarov A.Yu., Sadykov E.A., Kiselev V.N. Post-travmatik epilepsiya: diagnostika va klinik variantlar.// Journ nevrologiya va psixiatri. -2021 yil -T. 101 -№b--S7-11/
85. Korobov M.V., Dvorkin E.A., Dedeneva J.G., Shelomanova T.N. Shaxsiy reabilitatsiya dasturini ishlab chiqishni tashkil etish va metodologiyasi. // O'quv va uslubiy qo'llanma, SPIUVEK. - Sankt-Peterburg - 2018. -84 b.
86. Kosichkin M.M., Grishina L.P., Povarova L.P. Rossiya Federatsiyasida kranioserebral travma tufayli nogironlik (ijtimoiy va gigiyenik jihatlar) // Tibbiy-ijtimoiy ekspertiza va reabilitatsiya. -2014.-№1-S26-29.

87. Krilov V.E., Lebedev V.V. Travmatik miya shikastlanishi. // Doktor. - 2019 yil - 11-son - S. 13-18.
88. Lixterman L.B., Potapov A.A., Kravchuk A.A. Travmatik miya shikastlanishining oqibatlari. // Tibbiyot gazetasi. - 18.06.2015 yil - 43-son - S. 12
89. 18. Magalov Sh.I., Pashaeva T.S. Yengil yopiq kranioserebral shikastlanishlarning oqibatlari: terminologiya va tasniflash masalalari. // Nevrologik jurnal. - M. - 6.2018 - T.7 - S. 16 - 19.
90. Makarov A.Yu. Bosh miya shikastlanishining oqibatlari va ularning tasnifi. // Nevrologik jurnal. M., 2021, V.6, No 2, S.38-41.
91. Agaeva K.F. Bosh jarohati oqibatlarining aholi orasida to'planishi va tarqalishi jarayoni. // Journ nevrologiya va psixiatri. - 2015 yil - T. 101 - No 5 -S.46-48.
92. Ananenko V.V. Travmatik intrakranial gematomalarning uzoq muddatli oqibatlarining nevrologik jihatlari // Dissertatsiyaning referati. diss. ... tibbiyot fanlari nomzodi. - Vladivostok. - 2015. - 23 b.
93. Belov V.P., Xachaturyan A.M. Shikastlangan miya shikastlanishidan keyin psixopatik holatlar. // Journ nevrologiya va psixiatri. - 2016 yil - T.99 - No 10 -S.9-12.
94. Belova A.N., Kravets L.Ya. Travmatik miya shikastlanishi. // Harakat buzilishi bo'lgan bemorlarni reabilitatsiya qilish bo'yicha ko'rsatmalar. II jild / Ed. A.N. Belova, O.N. Shchepetova. - M.: Antidor - 2015. - S. 176 - 202.
95. Guseva N.K. Rossiya Federatsiyasida kasal va nogironlarni ijtimoiy himoya qilish asoslari. - Nijniy Novgorod. - 2019. - 508 b.
96. Guseva N.K. Rossiyada kasal va nogironlarni ijtimoiy himoya qilish asoslari. - Nijniy Novgorod. - 2018. - 508 b.
97. Emelyanov A.Yu. Travmatik ensefalopatiya. // Annotatsiya. diss. ... tibbiyot fanlari doktori. - Sankt-Peterburg. - 2020. - 42 b.

98. Zaitsev V.M., Lifyandskiy V.G., Samus A.A. Tibbiy statistika asoslari. - Sankt-Peterburg. - 2014. - 208 b.
99. Tibbiy-ijtimoiy ekspertiza bo'yicha qonunchilik va me'yoriy hujjatlar. / Ed. M.V. Korobova - Sankt-Peterburg. - 2018 - 404 b.
100. Tibbiy-ijtimoiy ekspertiza bo'yicha qonunchilik va me'yoriy hujjatlar. / Ed. M.V. Korobova - Sankt-Peterburg. - 2014 - 404 b.