

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
ТИББИЙ – ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ
ТРАВМАТОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ ВА ХДЖКАФЕДРАСИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўқув ишлари бўйича проректор

проф. _____ О.Р.Тешаев

«_____» _____ 2013й.

КЕЙС – ТЕХНОЛОГИЯ

«Бош мия қон-томир касалликлари» ўқув мавзуси бўйича

(тиббий-педагогика факультети ўқитувчи ва 5-курс талабалари учун)

Тузувчилар

Алиходжаева Г.А -

т.ф.д., Тошкент Тиббиёт Академиси тиббий педагогика факультети травматология-ортопедия, ХДЖ ва нейрохирургия кафедраси профессори.

Ашрапов Ж.Р. -

ТТА тиббий - педагогика факультети, травматология - ортопедия, нейрохирургия ва ХДЖ кафедраси ассистенти.

Казаков Ш.Ж. -

ТТА тиббий - педагогика факультети, травматология - ортопедия, нейрохирургия ва ХДЖ кафедраси ассистенти.

Такризчилар:

Норов А.У.

т.ф.н. Республика Нейрохирургия Илмий Маркази бош шифокори.

Эшонкулов Г.С.

т.ф.н., Тошкент Тиббиёт Академиси тиббий педагогика факультети травматология-ортопедия, ХДЖ ва нейрохирургия кафедраси доценти.

Кейс

Бош мия қон-томир касалликларида умумий амалиёт ва касалликларнинг тарқалиши қанақалигини кўрсатади.

Ўқув технологияси тасдиқланган:

Кафедра йиғинида

протокол № ____ «__» _____дан

Педагогик аннотация

Ўқув предмети: «Нейрохирургия».

Мавзу: «Бош мия қон-томир касалликлари

Мазкур кейс мақсади

- Бош мия қон томир касалликлари тўғрисида умумий тушунчани шакллантириш;
- Бош мия қон томир касалликларини таснифлаш;
- Бош мия қон томир касалликлари тўғрисида клиник билимларни шакллантириш
- Бош мия қон томир касалликлари тўғрисида диагностика билимларни шакллантириш
- Бош мия қон томир касалликларини топиқ диагностика қилиш ҳақида билимларни шакллантириш;
- Бош мия қон томир касалликларини даволаш усуллари ҳақида билимларни шакллантириш.

Режалаштирилаётган ўқув натижалари – кейс билан ишлаш жараёнида талабалар қуйидаги кўникмаларга эга бўлади:

- Жараёни тўғри, асосланган, объектив баҳолаш ва таҳлил қилиш шунингдек бош мия қон томир касалликлари бўлган беморларни умумий аҳолини баҳолаш.
- Ташхислашни тўғри алгоритмини танлаш.
- Мантиқий фикрлашни ривожлантириш.
- Бош мия қон томир касалликлари бўлган беморларга тўғри ташхис қўйиш ва бирламчи (шошилиш) ёрдам кўрсатиш.
- Беморни олиб бориш, ҳолатнинг шошилишчилигига қараб қарор қабул қилишни мустақил ҳал этиш, ҳам тактик, ҳам даволашда.
- Ихтисослашган постстационар реабилитацияни олиб бориш.

Мазкур кейс муваффақиятли ҳал этиш учун талабаларнинг дастлабки билимини аниқлаш учун саволлар:

- Бош мия қон томир касалликларини этиопатогенези;
- Бош мия қон томир касалликлари бўлган беморларга бирламчи ёрдам кўрсатиш тактикаси ва унда қўлланиладиган дори воситалари;
- Таққослама ташхислаш;
- Текшириш режасини, диагностика методларни тузиш ва асослаш;
- Кутилиши мумкин бўлган эрта ва кечки асоратлар;

Мазкур кейс клиника шароитида реал вазиятни ўзиди намоён этади.

Кейс маълумотларининг манбалари

1. Касаллик тарихи
2. Иргер П.М. Нейрохирургия: дарслик – М., 1982 й
3. Ромоданов А.П., Мосийчук Н.М., Рудяк К.Э. – Нейрохирургия : дарслик – Киев – 1992 й
4. Худайбердиев Х.Х. - Асаб касалликлар жарроҳлиги, 1999 й,
5. Гусев Коновалов А.Н. “Неврология и нейрохирургия” Дарслик М, 2000 й
6. Ромоданов А.П. “Қон томир нейрожарроҳлиги” – Киев , -1989
7. Коновалов А.Н., “Артериал аневризмаларни хирургик даволаш”, М. 1993.
8. Верещагина Г.А. – Компьютер-томографик диагностика.

Типологик белгилари бўйича кейс характеристикаси

Бош мия қон-томир касалликлари ҳақида клиник билимларни шакллантириш.

Мазкур кейс кабинет, сюжет категориясига таълуқли. У ҳажмли, структурали

Бу кейс – савол.

Дидактик мақсадига кўра кейс тренингли, клиника қабул бўлимининг реал шароитида фикрлашни рағбатлантиришга қаратилган. Кейс қуйидаги йўналишларда қўлланилиши мумкин: Нейрохирургия. Шошилиш ҳолатлар,Травматологияда.

I. КЕЙС

«Бош миё қон-томир касалликлари»

Кириш

Бош миё қон томирлари касалликлари ўлимга олиб келиш жихатидан учинчи ўринда туради.Украинада бош миё қон томир касалликлари миокард инфарктига нисбатан 10 маротаба кўпроқўлимга олиб келади (Ромоданов А.П.,1990г.).Дунё аҳолисининг 1% да учрайди (Н.Krauenbill, 1973). 30 дан 60 гача бўлган даврда энг кўп кўзатилади.Тўсатдан ўлиб қолган беморларнинг 9% ида аниқланган (W.F.McCormick,1971).Каротид системада 75-79%, в вертебро-базилляр системада 3-25% (А.Н.Қоновалов,1973) учрайди.

Бош миёнинг қон билан таъминланишининг ўзига хос хусусиятлари:

Бош миёнинг қон билан таъминланишининг ўзига хослиги, унда кўплаб анастомозлар системасининг борлигидир. Бунда олдинги, ўрта ва орқа миё артериялари, олдинги ва орқа бирлаштирувчи артериялардан ҳосил бўлувчи артериал ҳалқа (Веллизиев ҳалқаси) муҳим ўрин тутди. Айланиб ўтувчи артериялар эса миё ўзагини муҳим қон билан таъминлаб турувчи Захарченко ҳалқасини ҳосил қилади. Кўз артерияси ва ташқи уйқу артерияси тармоқлари орасидаги анастомозлар ҳам бош миёнинг қон билан таъминланишида муҳим ўрин тутди. Кўплаб артериал анастомозлар бўлиши экстракраниал артериал томирлар стенози ва тўлиқоқклюзиясида ҳам бош миёни турғун қон билан таъминлаб беради.

Бош миёнинг қон билан таъминланишини ўзига хос хусусиятларидан яна бири, бу ауторегуляция механизми натижасида юзага келувчи автоном бош миё қон айланишидир. Бунинг физиологик негизи артериал қон босимнинг ортиши ёки тушиб кетишига нисбатан бош миё қон томирларининг дилатацион ёки констрикцион реакциясидир. Нормал ҳолатда артериал қон босими 60 дан 180 мм-с.у.ст.гача бўлган ҳолларда бош миё қон айланиши нисбатан турғун бўлади. Турли патологик ҳолатларда (артериал гипертензия, ўткир бош миё қон айланишини бузилиши, бош миё шикастланиши, бош миё ўсмалари) ауторегуляция механизми унча фойдали бўлмайди ва артериал қон босимини тез ўзгаришига нисбатан миё қон айланишини ўзгариши суст кечади.

НОЗОЛОГИК ФОРМАЛАРИ

- Бош миё артериал аневризмалари
- Артерио-веноз мальформациялар
- Каротидно-каверноз туташма
- Ишемик инсультлар
- Инсульт - гематомалар

Ўткир бош миё қон айланишининг бузилиши.

Ўткир бош миё қон айланишининг бузилиши (ЎБМКАБ) бу ўчоқли белгилар, умумий миё белгилари, менингеал белгилар ёки бу белгиларнинг биргаликда кечиши билан ифодаланувчи, қон томир ўзгаришлари таъсирида юзага келувчи миёнинг зарарланишидир. Бемордаги неврологик нуқсонларнинг қанча вақт сақланиб қолишига қараб ўтиб кетувчи миё қон айланишининг бузилиши ва инсультлар тафовут этилади. Тез-тез эмоционал зўриқиш, кам ҳаракатлик, чекиш, тана оғирлигини юқори бўлиши, қандли диабет, артериал гипертензия, дислипотеинемия, юрак қон-томир системаси касалликларига ирсий мойиллик бор беморлар ЎБМКАБ эҳтимоллиги юқори бўлган беморлар ҳисобланади.

ЎБМКАБ ишемик тури бош миёнинг кислородга ва энергетик субстратларга бўлган эҳтиёжини, миёга келаётган қонни таъминлай олмаслиги ва миёдаги қон айланишини бирдан ёмонлашиши натижасида юзага келади. ЎБМКАБ геморрагик тури асосида эса миё

қон томирлари девори бутунлиги бузилиши натижасида мия тўқимасига, мия қоринчаларига, мия пардалари остига қонқуйилишиётади.

Мия инсультлари.

Бутун дунёда инсультлар натижасида вафот этган беморлар умумий ўлимкўрсаткичлари орасида 2-3- ўринни эгаллайди. Бундани ташқари инсультлар чуқур ноғиронликка сабаб бўлади, шунингдек инсульт ўтказган беморларнинг 10%га яқини доимий қаровчига ва ёрдамга мухтож бўлади.

Патоморфологик хусусиятларига кўра инсультларнинг бир неча тури, миёга келатганқонни бирдан чекланиб қолиши натижасида юзага келувчи ***ишемик тури*** (мия инфаркти) ва мия тўқимасига, мия пардалари остига, мия қоринчаларга қонқуйилиши билан кечувчи ***геморрагик тури***, ҳамда ишемия ўчоқлари ва геморрагия ўчоқлари биргаликда кўзатиловчи ***аралаш тури*** тафовут қилинади. Бундан ташқари инсультдан сўнгйўқотилган фаолиятларни 21 кун давомида қайта тикланиши билан кечувчи кичик инсульт ва неврологик нуқсонларни узоқ муддат сақланибқолиши билан бирга кечувчи инсультлар фарқланади. Шунингдек инсультларнинг куйидаги турлари ҳамфарқланади йўқотилган фаолиятларни тўлиқ тикланиши билан кечувчи ***яхши регрессиент*** тури, неврологик нуқсони аста-секин тикланувчи, инсультдан сўнгги қолдиқ белгилар билан бирга кечувчи ***регрессиент тури***, умумий соматик касалликлар таъсирида ёки бош мия қон айланишининг қайта бузилиши натижасида юзага келувчи ***қайталанувчи*** тури ва касалнинг нобут бўлиши билан тугалланувчи доимий касалликнинг оғирлашиб бориши билан кечувчи, ривожланувчи ***ёкипрогрессиент*** тури.

Геморрагик инсульт.

Этиология. Геморрагик инсультларнинг асосий сабабчилари, бу гипертония касаллиги, симптоматик гипертензия ва бош мия қон томирларининг туғма ривожланиш нуқсонлари, асосан, мия қон томирлари аневризмаларидир. Шунингдек геморрагик инсультлар қоннинг ивиш тизими ўзгаришлари (гемофилия, тромбоцитларни меъридан ортиқ истемол қилиш) натижасида ҳам юзага келиши мумкин.

Патогнез. Аксарият ҳолларда геморрагик инсультлар томирлар ёрилиши натижасида юзага келади, артериал қон босимининг ортиши гематомалар пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бундан ташқари гематомалар пайдо бўлишига васкулитлардаги қон томир девори деструкцияси, бош мия қон томирларининг туғмануқсонлари, аневризмалари ва ўзгарган қон томир деворидаги емирилишлар олиб келиши мумкин. Қон томир девори ўтказувчанлигининг ортиб кетиши кўпҳоллардақонқуйилишларига сабаб бўлади. Вазомотор ўзгаришлар натижасида, яъни қон айланишини секинлашувига олиб келувчи узоқ муддатли қон томир спазмини кейинчалик томирлар дилатацияси билан алмашилиши натижасида диапедез қон кетиш юзага келади. Бунда қон томир девори ўтказувчанлиги ортиб кетиб, қон плазмаси ва шаклли элементларини мия тўқимасига чиқиши кўзатилади. Майда периваскуляр қонқуйилишўчоқлари бир-бирига қуйилиб йирик геморрагик ўчоқларни ҳосил қилади.

Патоморфология. Геморрагик инсультларда гематомалар ва геморрагик тўйинишқўринишидаги қонқуйилишлар кузатилиши мумкин. Асосан артериал қон томирлардан қонқуйилиши мумкин, лекин баъзи ҳолларда вена қон томирларидан қонқуйилиши ҳам мумкин. Бош мия қон томирлари туғма аневризмалари ва бош мия қон томирлари мальформацияси натижасидаги гематомалар алоҳида гуруҳни ҳосил қилади. Геморрагик инсультлар аксарият ҳолларда қон томир ўтказувчанлигини ортиб кетиши, плазматик тўйиниш, некроз натижасида микроаневризмалар ҳосил бўлиши ва ёрилиши, мия қон томир деворининг ўзгаришига олиб келувчи, артериал қон босимини ортиши билан кечувчи касалликлар натижасида юзага келади. Гипертония касаллигида асосан, ўрта мия артериясининг асосий устунидан деярли тўғрибурчак остида чиқувчи пўстлоқ ости ўзаклари ва таламус соҳаларини қон билан таъминловчи қон томир тармоқлари зараланади. Шу сабабли гематомалар аксарият ҳолларда бош мия оқ моддаси соҳасида, пўстлоқ ости ўзакларида ҳосил бўлади. Кўпҳолларда медиал-таламус соҳасига

қонқуйилиш, латерал-ички капсула соҳасига қонқуйилишини фарқлашимиз керак бўлади. Баъзи ҳолларда эса ички капсула, ёки уни икки тарафдан камраб олувчи аралаш гематомаларни фарқлашимиз мумкин. Баъзи ҳолларда гематомалар мия узаги соҳасида жойлашиши мумкин, одатда, бу гематомалар кўприк ва мияча соҳасида жойлашган бўлади. Геморрогик тўйинишкўринишидаги қонқуйилишлари, асосан, майда қон томирлардан диапедез қонқуйилиш катijasида юзага келади. Бундай ҳолларда глиомезодермгал чандиклакиш ёки кисталар ҳосил бўлиши, қонқуйилишларнинг якуний боскичи бўлиб хиссoblанади.

Клиник кўриниши. Одатда геморрагик инсультлар толикиш, натижасида, жисмоний зўриқишдан сўнг, ёкиҳаяжонланиш натижасида тўсатдан юзага келади. Баъзи ҳолларда инсультдан олдин юзага қоннинг "оқиб" келиши, кучли бош оғриғи, барча жисмларни қизил рангда кўриниши каби белгилар кузатилиши мумкин. Геморрогик инсультлар ўткир бошланади (апоплексия). Унга ҳарактерли белгилардан, тўсатдан кучли бош оғриши, қайтқилиш, нафасни тезлашиши, брадикардия ёки тахикардия, гемиплегия ёки гемипарез, хушнинг ўзгарши (хушнинг хиралашиши, сопор ёки кома) кузатилиши мумкин. Баъзан инсультнинг бошланғич давридаёк бемор коматоз ҳолатда бўлиши мумкин, бундай ҳолларда касаллик жуда оғир кечади. Беморларнинг нафас олиши тезлашган, аускультатив дағал нафас, териси совуқ, томир уриши таранглашган, артериал қон босими одатда юқори, нигоҳ кўпҳолларда зарарланган тарафга қараган бўлади, баъзан қонқуйилиши бор тарафда кўзқорачиқлари катталашган бўлади, кўз олмаларининг узоклашиши, "тўлқинсимон" ҳаракатланиши, гематомага қарама қарши тарафда юқориқовоқ атонияси, бурун лаб бурмасининг силлиқланиши, лунжнинг нафас олиш вақтида "елкансимон" кўриниши кузатилиши мумкин. Кўпинча гемиплегия белгилари кўзатилади яққол ривожланган мушаклар гипотонияси, тери ва пай рефлексларининг пасайиши, оёқнинг ташқарига бурилиб туриши ва бошқалар кузатилиши мумкин. Кўпинча менингеал белгилар кўзатилади.

Мия ярим шарларидаги йирик қонқуйилишларда, иккиламчи мия узагининг зарарланиш белгилари кўзатилади. Улар вегетатив ўзгаришлар, кучайиб боровчи нафас олишдаги, юрак қон-томир фаолиятидаги ўзгаришлар, хушнинг ўзгаришлари, горметония кўринишидаги (оёқ-қўллар тонусининг бирдан ошиши билан кечувчи даврий тоник спазмлар) ва децеребрацион таранглашиш кўринишидаги мушаклар тонусини ортиши кўринишида кечиши мумкин.

Мия ўзагига қонқуйилишида хаётий зарур аъзолар фаолиятининг ўзгариши, "альтернирующий синдром" кўринишида кечувчи парезлар, XII жуфт бош мия нервларининг ўзаксоҳасидан зарарланиш белгилари кузатилиши мумкин. Кўпҳолларда страбизм (ғилайлик), анизокория, мидриаз, кўз олмалари "тўлқинсимон" ҳаракати, нистагм, ютинишнинг бузилиши, мияча белгилари, икки тарафлама пирамид рефлекслар кузатилиши мумкин. Мия кўпригига қуйилишида миоз, қонқуйилишўчоғи жойлашган тарафга нигоҳ парези кўзатилади (нигоҳ оёқ кулларда парез ва параличлар бор тарафга қаратилган бўлади). Эрта мушаклар тонусининг ортиши (горметония, децеребрацион таранглик), юқорига нигоҳ парези ва кўзқорачиқлари ёруғликка реакциясининг йўқолиши (симптом Парино) мия ўзагининг орал қисмларига қонқуйилишида кўзатилади. Мия ўзагининг пастки қисмларига қонқуйилиши эрта мушаклар гипотонияси ёки атонияси, бульбар синдром ривожланиши билан ифодаланади. Миячага қонқуйилиши кучли бош айланиши, миоз, нистагм, Гертвиг-Мажанди симптоми (вертикал йўналишдаги узоклаштирувчи ғилайлик), такрорий қайтқилиш буйин ва энса соҳасидаги кучли оғрик, мушаклар гипертонияси ёки атонияси, бош суяги ичи босимини ортиб бориши, оёқларда парезлар кўзатилмаслиги, атаксия кузатилиши билан ифодаланади.

Паренхиматоз-вентрикуляр қонқуйилишида тез орада яққол ривожланган хушнинг йўқолиши ривожланиб бориши, хаётий зарур аъзолар фаолиятини ёмонлаши, икки тарафлама пирамид, ҳамоя рефлексларининг мусбат бўлиши, горметония, вегетатив

белгиларни чуқурлашиб бориши (жунжикишсимон титраш, совук тер коплаши, гипертермия) кўзатилади.

Кечилиши. Бош мия шиши, қуйилган қоннинг мия қоринчаларига ёрилиши, мия ўзагининг қисилиши ва силжиши геморрогик insultларнинг бирмунча оғир асоратларидан хисобланади. Кўпинча бош мия катта ярим шарларидаги катта хажмли гематомаларни мия қоринчаларига ёрилиш билан асоратланиши натижасида бирдан коматоз ҳолат, ўчоқли белгилар юзага келади ва тез орада, баъзан, бир неча соатлардан сўнг бемор нобут бўлишикузатилади. Шунингдек миячага, мия ўзагига қонқуйилиши ва унинг IV-қоринчага ёрилиши билан асоратланишида ҳам беморларни тез орада нобут бўлишикузатилади. Мияга қонқуйилишида ўлим кўрсаткичи анча юқори бўлиб, у ўртача 60-90% ни: ташкил этади.

Мия ярим шарларининг чегараланган латерал гематомаларида одатда хушнинг йўқотилиши унча чуқур бўлмайди. Беморнинг умумий аҳволи аста-секин яхшиланиб боради ва тикланади: хуши тиниклашади, вегетатив ўзгаришлар камайиб боради, иккиламчи мия ўзаги белгилари йўқолади, ўчоқли белгилар аста-секин камайиб боради. Эрта мушаклар гапертонияси ва гипотонияси давридан сўнг (кўпроқ касалликнинг 3-хафтасидан бошлаб), Вернике-Манна ҳолати (билакни букилиши, қўл бармоқларини, қўл кафтини букилиши ва пронацияси, сон ва болдирни ёзилиши) Билан ифодаланувчи спастик турдаги кечки гемиплегик гипертония шаклланади.

Субарахноидал қонқуйилиш. Субарохноидал қонқуйилиши аксарият ҳолларда бош мия қон томирлари аневризмалари ёрилиши натижасида, айрим ҳолларда эса, гипертония касаллиги, мия қон томирлари атеросклерози ёки турли қон томир касалликлари натижасида юзага келади. Айрим беморларда қонқуйилиши ривожлангунга қадар, кўз косаси ва пёшона соҳасидаги оғриқларни, кўзни ҳаракатлантирувчи нерв парези белгилари билан бирга кечувчи мигрен хуружлари кўзатилади. Баъзи ҳолларда субарахноидал қонқуйилишларидан олдин кўз олдида "юлдузчалар пайло бўлиши", бошда шовқин кузатилиши мумкин. Одатда субарохноидал қонқуйилишлари ўткир равишда бошланади. Бирдан кучли бош оғриғи пайдо бўлади ("энсага қаттиқ ургандек", "бошга иссиқ суюқлик тарқаш"), бу оғриқлар аввал маҳаллий (энса, пёшона ёки чакка соҳасида) кўринишига эга бўлиб, аста-секин бутун бошга тарқалади. Айрим ҳолларда буйинда, кўраклар орасида оғриқлар кузатилиши мумкин. Бош оғриш билан бир қаторда кўнгил айниб қайтқилиш, қисқа муддатли ёки узок муддатли хушнинг йўқолиши, психомотор кўзғалишлар кузатилади. Айрим ҳолларда тутканок хуружи ҳам кузатилиши мумкин. Тез орада менингеал белгилар (буйин мушакларининг таранглашиши, Керниге, Брудзинский белгилари), ёруғликка қарай олмаслик ривожланади. Қонқуйилишининг эрта босқичларида, одатда, ўчоқли белгилар аниқланмайди, бироқ, базал артериал аневризмалар ёрилганда кўрув нерви, кўрув нерви кесишмаси ва кўзни ҳаракатлантирувчи нервлар зарарланиши кўринишидаги бош мия нервлари зарарланиш белгилари кузатилади. Тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилади. Нафас ва юрак қон-томир ўзгаришлари кузатилиши мумкин.

Субарахноидал қонқуйилишларига шубҳа туғилган вақтда, ташхисни тасдиқлаш мақсадида, орадан бир неча соат ўтказиб люмбал пункция қилиш мумкин. Цереброспинал суюқлик (3-10 мл) мандрен остидан аста-секин чиқарилади. Бошмиа ичи қонқуйилишларида, жумладан, субарохноидал қонқуйилишларида ҳам, цереброспинал суюқлик қон аралаш, босим билан ажралиб чиқади. Пункция натижасида шикастланган қон томирдан кетаётган қонни инкор қилиш мақсадида йўналиш биров ўзгартирилиб, бир неча пробиркага суюқлик олинади. Олинган суюқлик албатта центрифуга қилиниши керак, шунда, бош ичи қонқуйилишларида қонни шаклли элементларидан ҳосил бўлган чўкма устида ксантохром суюқлик аниқланади. Унда 3-5-суткадан бошлаб нейтрофил плеоцитоз, 5-6-суткадан бошлаб моноклеарлар ва лимфоцитлар миқдори ортиб боради. Бош мия қон томирлари аневризмаси натижасидаги қонқуйилишлари қайталаниши мумкин.

Лаборатор ва инструментал текшириш натижалари. Геморрагик insultларда офтальмоскопик текшириш ёрдамида тур пардага қонқуйилиши, кўз тубида гипертоник ангиопатия белгилари аниқланиши мумкин. Цереброспинал суюқлик текширилганда қонқуйилиши аниқланади. Ангиография ёрдамида эса интрацеребрал қон томирларнинг силжиши ёки бош миyanинг қон томирсиз соҳаси ёки қон томир аневризмаси аниқланади. Компьютер ва магнит резонанс томографик текшириш эса бош суяги ичидаги, зичлиги юқори бўлган геморрагик ўчоқни кўриш имконини беради. Уларнинг ёрдамида геморрагик ўчоқ ўлчамлари, жойлашган ўрни ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлишимиз мумкин.

Геморрагик insultларда хирургик даво усуллари: Геморрагик insultлар учун хос бўлган пўстлоқ ости марказларида, ички капсула соҳасида жойлашган медиал гематомаларни олиб ташлаш ҳар доим ҳам беморнинг умумий аҳволини яхшиланишига, шунингдек, касаллик прогнозини яхшиланишига олиб келавермайди. Геморрагик insult ўтказган ўртаёшдаги беморларда, умумий аҳволи нисбатан стабиллашгандан сўнг кўзатиловчи ўчоқли ва умумий белгиларини кучайиб бориши операция йули билан даволашга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Бош миya ярим шарлари оқ моддасида, ички капсулага нисбатан латерал жойлашган гематомалар операция йули билан даволашга тўғридан-тўғри кўрсатма бўлиб ҳисобланади ва уларни олиб ташлаш одатда дислокация белгиларини тез орада тикланишига, беморнинг умумий аҳволини тез яхшиланишига олиб келади.

Миya ичи гематомаларини олиб ташлашдаги асосий усул бу **краниотомия** ҳисобланади. Миya чакка бўлаги оролчаси соҳасига тарқалган латерал жойлашган гематомалар учун миyanинг латерал эгати (сильвиев эгати) орқали бориш энг қулай йўл ҳисобланади ва бунинг учун пешона-чакка соҳаси трепанацияси қилинади. Кўрув думбоғи соҳасида жойлашган гематомаларни қадоқсимон танани кесиш йўли билан олиш мумкин. Гематомаларни атипик жойлашишида хирургик йўл гематомани миyanинг қайси соҳасида жойлашганлигига қараб аниқланади.

Миyanинг чуқур қисмларида жойлашган гематомаларни олиб ташлашда стереотоксик аспирация усули қулланилиши мумкин. Гематомаларни жойлашган ўрни КТ текшириш ёрдамида аниқланади. Бу усулнинг қулайлик томонлари миya жуда кам даражада шикастланади.

Миyага қонқуйилиши ҳаёт учун хавфли бўлган миya ўзагини қисилишига олиб келади, шунинг учун бундай ҳолларда зудлик билан операция қилиш керак бўлади. Бунинг учун гематома жойлашган соҳада миya орқа чуқурчаси резекцион трепанацияси қилинади, миya қаттиқ пардаси кесилади, миyа тўқимаси очилиб, тўпланган қон аспирация йули билан олиб ташланади ва жароҳат яхшилаб ювилади.

Бош миya қон томир нуқсонлари.

Миya қон томир патологиясининг бу гуруҳига миya қон томирлари туғман нуқсонлари, артериал, айрим ҳолларда артериовеноз аневризмалар, шунингдек, артериовеноз қўшилмалар киради. Бундай аномал қон томир деворининг ёрилиши бош суяги ичи гематомаларини ривожланишига олиб келади.

Артериал аневризмалар.

Бош миya артериялари аневризмалари бу артерия деворининг маҳаллий бўртиб чиқиши бўлиб, кўпинча улар қопча кўринишига эга бўлади, шу сабабли уларни қопсимон аневризмалар номи билан аталади. Аневризмаларни учта қисми, бўйни, танаси ва туби тафовут этилади. Одатда артериал аневризмалар ички уйқу артериясининг миya қисмида, хусусан, ички уйқу артериясидан ортки бириктирувчи артерия ёки кўз артерияси ажралиш қисмида; олдинги миya артериясида, унинг олдинги бириктирувчи артерия ажралиш қисмида; ўрта миya артериясининг бифуркацияси қисмида, базилляр артерияда, унинг ортки миya артериясига ажралиш қисмида жойлашади. 20% ҳолларда бир неча аневризмалар кўзатилади. Кўп ҳолларда аневризмалар ўлчамлари ўртача 1 смни ташкил этади. Айрим ҳолларда улар катта ўлчамга (диаметри 3-4 см ва ундан катта) ётади. Диаметри 2,5 см дан

катта бўлган аневризмалар гигант аневризмалар деб аталади. Артериал аневризма этиологияси

А. Артериал аневризма юзага келишида бир неча сабаблар мавжуд:

1. Кўпчилик олимлар тўғридеб хисоблаб, бу назарияга кўра аневризма юзага келишида мия артерияси мушак қаватининг дефекти, эмбрионал қон томирларнинг тўлиқйўқолиб кетмаслиги аневризма ҳосил бўлишига олиб келади. Аневризма ривожланишига олиб келувчи мия артериал системаси туғма етишловчилик нуқсони кўпинча бошқа ривожланиш нуқсоқлари
- Вилизиев ҳалқаси аномалияси, каротид – базилляр анастомоз, аорта коарктацияси, юрак ангиоматози, ички органлар аневризмалари, буйрак артериал фибромускуляр гиперплазияси, гиполитиутризм, буйрак поликистози билан кўшилиб келади.
2. Баъзи олимлар кўпинча атеросклеротик аневризмалар юзага келади деб хисоблайдилар. Чунки аневризм юзага келишида артерия даворидаги дегенератив ўзгаришлар муҳим роль уйнайди. (бу атеросклероз билан боғлиқ)
3. Шунингдек микотик аневризмалар ҳаманиқланган. Бунда эмбол ҳосил бўлган жойда кучсиз верулентликка эга бўлган микроблар аниқланган.
4. Травматик аневризмалар – травма вақтида мия артерияларида қон босмини кескин ошиши билан боғлиқ. Бунда кучли зарб томир даворини шикастлайди ва кейинчалик аневризма ривожланади.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ

А. Артериал аневризма артерия бўшлиғини чегараланган ёки диффуз кенгайиши ёки артерия деворининг бўртиб чиқишидир. Кўпчилик аневризмалар яқка деворли қопчани эслатиб унда буйин танаси ва туби фарқланади.

Б. Атеросклеротик аневризмалар кўпинча мия ичидаги йирик қон томир ички уйқу ва базилляр артерияда учраб урчиқсимон шаклга эга бўлади. Баъзан артериал аневризмалар йирик сферик шаклга эга бўлади.

В. Аневризма девори микроскопик кўрилганида мушак қавати йўқлиги ва ички эластик мембрана ривожланмаганлиги, интима ўсиши ҳисобига ва оҳакланиш ҳисобига қалинлашиб девор уч қаватли кўринади. Аневризма девори чандикдан, бириктируви тўқимадан иборат ҳар хил бириктирувчи тўқимали пластинкадан ташкил топган. Аневризма девори туби соҳаси жуда юпқа бўлиб хаттоки дефект ҳам бўлиши мумкин. Аневризма ёрилиши кўпинча тубида ёки танасининг ён томонида бўлади.

Г. Паренхиматоз ва субарахноидал қонқуйилиш билан артериал аневризма ёрилганда кўпинча мия қон томири спазм билан боғлиқ бўлса ишемик инфаркт аниқланади.

АРТЕРИАЛ АНЕВРИЗМАЛАРНИНГ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

А. Артериал аневризмаларни 3-та клиник шакли ажратилади: апоплексик, паралитик (ўсмасимол) ва симптомсиз:

1. Апоплексик шакли тўсатдан ривожланувчи яширин субарахноидал қонқуйишлар билан ифодаланади.
2. Паралитик типдаги аневризмалар одатда катта ўлгамларгага ётади яхши сифатли базал ўсмаларни эсланади. Лекин кўпхолларда йирик аневризма мияни ва бош мия нервларини сиқиб қуйибогирбош ичи қон қуйилишларига олиб келади.
3. Симптомсиз аневризмалар кўпхолларда тосодифан секцияда, церебрал ангиографияда, ягир ёки компьютер томографияларда аниқланади.

Патогенез. Аневризмалар бош мия қон томирлари деворининг туғма яхши ривожланмаганлиги натижасида ҳосил бўлади. Ривожланиш даврида аневризма деворида дистрофик ўзгаришлар кўзатилади. У аста-секин юпкалашиб боради, аневризма улчамлари катталашиб боради. Бу ўзгаришлар натижасида аневризма девори ёрилиши, ҳаёт учун хавфли бўлган интракраниал қонқуйилиши кузатилиши мумкин.

Клиник кўриниши. Артериал аневризмалар клиник кечишида учта давр фарқланади: 1. Геморрагиягача бўлган давр. 2. Геморрагия даври. 3. Постгеморрагик давр.

1. **Геморрагиягача бўлган даврда** аневризмалар жойлашган жойига кўра турлича ўчоқли белгиларни бериши, аневризма ўлчамлари катталашиши билан ўчоқли белгиларни кучайиб бориши билан намоён бўлади. Аксарият ҳолларда геморрагиягача бўлган даврда касалликнинг ҳеч қандай белгиси кузатилмаслиги, фақатгина вақти-вақти билан суст бош оғриш безовта қилиб туриши мумкин. Касалликнинг бу даврида аниқлаш бирмунча қийинчиликлар туғдиради. Гигант аневризмалар клиникаси геморрагиягача бўлган даврда бош мия ўсмалари кўринишида бўлиши мумкин.

2. **Геморрагия даврида** спонтан субарохноидал қонқуйилиш кузатилади. Артериал аневризмаларни ёрилиш кўрсаткичи 10000:1 ни ташкил этади. Аксарият аневризмалар бош миянинг асосида, цистерналар соҳасида жойлашади ва уларнинг ёрилиши натижасида субарохноидал қонқуйилиши юзага келади. Агар аневризмалар мия тўқимасида жойлашган бўлса, уларни ёрилиши мия ичи гематомаларига, уларнинг мияни чуқур қисмларига, мия коринчалари ичига тарқалишига сабаб бўлиши мумкин. Артериал аневризмалардан қонқуйилишнинг ўзига хослиги, бу жараёни такрорланишидир. Қон томирлар спазми, субарохноидал бўшлиқда қон лахтаси ҳосил бўлиши натижасида қон томирдан қон кетиш тўхтайдди, бироқ бир неча кун ўтгач қайтадан қон кетиш кузатилади. Одатда такрорий қонқуйилиш касалликнинг 2-4 ҳафтасида кузатилади. Артериал аневризмалар ёрилишида қўп кузатиладиган асоратлардан бири базилляр артериянинг турғун спазмидир. У артерия деворининг қон шаклли элементларининг парчаланиши маҳсулотлари билан таъсирланиши натижасида юзага келади. Турғун артериал спазм аневризма ёрилгандан сўнг бир неча кун ўтгач юзага келади ва 2-3 ҳафта давомида сақланиб қолади. Мия қон томирлари спазми натижасида миянинг оғир ишемик ўзгаришлари (мия инфаркти) кузатилиши мумкин. Артериал аневризмалар ёрилишининг прогнози яхши эмас. Бирламчи қонқуйилишдан 30% беморлар вафот этади, иккиламчи қонқуйилишдан ундан ҳам кўпроқ беморлар вафот этади. Умуман артериал аневризмалар ёрилишидан 60% беморлар вафот этади, омон қолганларнинг кўплари ногирон бўлиб қолади.

Артериал аневризмаларнинг ёрилиши асосан меҳнатга лаёқатли ёшдагиларда ҳеч қандай белгиларсиз тўсатданёки жисмоний ва эмоционал зўриқиш натижасида юзага келиши мумкин. Бирдан кучли бош оғриш, кўнгил айниб қайтқилиш, ҳушнинг йўқолиши, оғир ҳолларда узоқ муддатли коматоз ҳолатлар юзага келади. Текшириб кўрилганда мия пардаларининг кучли таъсирланиш белгилари аниқланади. Кўп ҳолларда миянинг ўчоқли белгилари ҳам кузатилиши мумкин.

Бош мия нервларининг зарарланиш белгилари артериал аневризмалар ёрилишига хос белгилардан ҳисобланади. Аксарият ҳолларда кўзни ҳаракатлантирувчи нерв зарарланиши кузатилади. Бу симптом ички уйқу артериясининг орқа девори аневризмаси, ички уйқу артериясидан орқа бириктирувчи артерия чиқиш қисмида жойлашган аневризмага хос патогномик белги ҳисобланади. Бу соҳада жойлашган аневризма шундоқкина кўзни ҳаракатлантирувчи нерв яқинида ётади. Кўзни ҳаракатлантирувчи нерв зарарланишини фронт-орбитал соҳадаги кучли маҳаллий оғрик билан бирга кечиши ички уйқу артериясидан қон кетишининг тарқоқ симптомокомплексидан хабар бериши мумкин. Ички уйқу артериясининг кўз артерияси ажралиш қисми ва олдинги бириктирувчи артерия ажралиш қисми аневризмалари ёрилишида кўрув нерв ва кўрув нерви кесишмаси зарарланиши кузатилади. Қолган бош мия нервларининг зарарланиши кам кузатилади. Массив қонқуйилишда тез орада нафас ва юрак қон-томир тизими фаолиятини издан чиқиши кузатилади. Ички уйқу артериясининг коваксимон синусдан ўтиш қисмида кўпинча гигант аневризмалар кузатилади. Бундай ҳолларда кўпинча супраорбитал соҳада кучайиб боровчи оғриқлар, юздаги сезувчанликнинг пасайиши, кўзни ҳаракатлантирувчи нерв зарарланиши (III-IV-VI-жуфт бош мия нервлари қисилиш белгилари), коваксимон синусдан ўтувчи бош мия нервларининг зарарланиш белгилари кузатилади. Шунингдек

гигант аневризмалар уйку артерияси бифуркацияси соҳасида ва вертебробазилляр тизимда ҳамкузатилиши мумкин.

3. **Постгеморрагик даврда** беморлар аста-сёкин тузала бошлайдилар аневризмаларни жойлашган жойига қараб турлича неврологик қолдиқ белгилар кузатилишиёки ҳеч қандай неврологик дефицит кузатилмаслиги ҳам мумкин.

Диагностикаси.

Бош мия қон томирлари аневризмалари диагностикаси аневризма ёрулгингача бўлган даврда бирмунча қийин бўлиб, аксарият беморларда вақти-вақти билан бош оғриб туришидан бошқа ҳеч нарса безовта қилмаслиги мумкин. Бош мия қон томирлари аневризмаси диагностикасида КТ, МРТ, траскраниал доплерография, нейрофизиологик, нейроофтальмологик, отоневрологик текширишлар муҳим ўрин тутди.

Аневризманинг ёрилиш даврида диагностика нисбатан осон бўлиб, юқорида келтирилган клиник неврологик белгиларни борлиги, люмбал пункцияда қон борлиги аневризмалар ёрилишидан далолат беради.

Аневризмалар диагностикасида якуний ташхис ёкитўла тўқис диагностика церебрал ангиография текшириши натижасида амалга оширилади.

А. Церебрал ангиография

1. Мия томирлари аневризмлари диагностикасида ҳал қилувчи рол ўйнайди. Аневризманинг аниқ жойи, шакли, ва ўлчамихақида маълумот беради.

2. Ангиография 2-хил усулда бажарилиши мумкин: Каротид ва вертебрал пункцион ангиографияси ёки Сельденгир бўйича сон ёки елка артериясидан катетер юбориш орқали.

3. Аневризма ёрилишининг ўткир даврида субарахноидал қонқуйилишда ҳам ангиография қилиш мумкин.

4. Ангиографияга қарши кўрсатмабўладиган ҳолатлар касалниҳволи жуда ҳамоғирбўлганда, операция қилишни имконияти бўлмаганда ва ҳарқандай қўшимча аралашув бемор аҳволини оғирлаштирадиган ҳолатларда.

Б. Компьютер томография (КТ).

1. Бунда вена ичига контраст юбориб КТ қилинганда аневризма бўлсаконтраст моддани тўпланиши кузатилади.

2. Ангиоспазм натижасидаги миянинг ишемик зараланган қисмлари кўрилади.

3. Субарахноидал қонқуйилишлар ва гемтомалар аниқланади.

АРТЕРИАЛ АНЕВРИЗМАЛАР ДАВОСИ

А. Давоси кўпинча хирургик усулда бўлади.

Операциялар 2-хил бўлади:

а) аневризманинг ўзига тўғридан-тўғрибориб уни беркитиладиган интракраниал операциялар;

б) баллон катетер ёрдамидаги эндоваскуляр операциялар.

Аневризма ёрилган беморларининг ярми кўпинча дастлабки 2 ҳафта ичида ҳалокбўлади. Қайта қонқуйилишида 4-10 марта кўпҳолатларда ўлим содир бўлиши мумкин. Шунинг учун дастлабки ҳафтада беморнингҳаҳоли кўтарса операция қилиш керак. Аневризмани доим ёрилишҳавфи борлиги сабабли операция қилиш мақсадга мувофиқ.

Б. Операцияни яхши чиқиши учун анестезиологлар билан бирга бир қанча муҳим муаммоларни ҳалқилиш лозим. Булар:

а) Бош ичи босимини камайтириш ва мия ҳажмини кичрайтириш.

б) аневризмани ёрилишини олдини олиш учун артериал қон босимни камайтириш.

в) мияни ишемияга сезгирлигини камайтириш.

1. Бош ичи босимини камайтириш диуритеклар ёрдамида ва люмбал ликвор дренажи ёрдамида бажарилади.

2. Бошқариладиган артериал гипотония вена ичига арфонад, пентамин ва нитроглицерин юбориш орқали бажарилади.

В. Артерия аневризмаларини жойланишига қараб, уларга оператив йўллар турлича бўлади. Олдинги бирлаштирувчи артерия аневризмаларида пешона соҳаси трепанация қилинади; ички уйқу ва ўрта мия артерияларида пешона чакка соҳаси, базиляр артерия аневризмаларида мияча чодирини кесиб, энса соҳаси трепанация қилинади.

1. Операциясни интракраниал кисмини операцион оптика (микроскоп ёки лупа) ёрдамида ва микрохирургия асбоблари ёрдамида бажарилади.

2. Операциядан мақсад аневризмани ўзини (буйинчасини) топиб ва уни қон айланишидан ажратишдан иборат бу аневризмани боғлаш ёки клипса қуйиш билан амалга оширилади. Агар бунини иложи бўлмаса аневризма клей композицияси шимдирилган хирургик дока парчаси билан ўраб қўйилади.

Г. Кўп сонли артериал аневризмаларни хирургик даволаш асосий принципи, уларни ҳаммасини бир вақтида беркитишдан иборат. Биринчи навбатда кописмон аневризма, кейин бошқалари беркитилади. Адекват хирургик бориш йўллари қўланилганда ҳамма аневризмаларни беркитиш имкони бўлади.

Д. Хозирги вақтда артериал аневризмаларни хирургик даволашда Сербиненко таклиф қилган эндоваскуляр операциялар кенг қўлланилади. Бу операциялар ангиографик приставкаси ва электрон оптик қайта тасвирлагичи бўлган рентгенологик қурилмалар остида олиб борилади.

Операциянинг мақсади аневризма бўшлиғига эмбол ёки баллон-катетер юборилади ва қон айланиш тизимидан ажратилади.

АРТЕРИОВЕНОЗ МАЛЬФОРМАЦИЯЛАР

Артериовеноз мальформациялар (АВМ) қон-томир системасининг туғма ривожланиш патологияси бўлиб, бунда артериал ва веноз циркуляцияси ўртасида капилларлар бўлмайди, улар ўрнига патологик қон-томир турибўлади. Артериовеноз мальформациялар эмбрион ривожланишининг 7-ва 8-хафтасида пайдо бўлади.

ЧАСТОТАСИ.

Охирги кўзатишларга кўра, Б.А.Самотокин (1967) бўйича АВМ ҳамма бош ичи аневризмаларининг 28% ташкил қилади. АВМ частотаси АҚШ аҳолиси ўртасида 0,1% ташкил қилади (S.J.Gaskill, A.E.Merlin, 1993).

АВМнинг биринчи клиник кўринишлари бемор ҳаётининг 2 ва 3-ун йиллигида юзага келади. АВМ эркакларда аёлларга қараганда 2 марта кўп учрайди (2:1).

ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ

Интракраниал АВМ 90% супратенториал жойлашади. Кўпинча тепа ва пешона соҳасида жойлашади. Кўпчилик ҳолларда улар ўрта мия артерияси билан боғлиқ бўлади. Асосан марказий эгат соҳаси зарарланади.

ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ

АВМ ҳар хил диаметрдаги патологик қон-томирлар туридан иборат. Тузилиши бўйича улар артериялардан ҳам, веналардан ҳам фарқ қилади. Аневризматик каптокчада капилларлар бўлмайди. Каверноз АВМ мия тўқимасидан чегараланган бўлади, рацемоз АВМда патологик қон-томирлар ўртасида мия тўқимаси бўлади.

Мия ўсмаларидан фарқ қилиб АВМларда кескин кенгайган афферент артериялар ва бир неча олиб кетувчи веналари бўлади.

ПАТОГЕНЕЗИ

Артериовеноз мальформациялар патогенезида мияда қон айланишининг бузилиши асосий ўринда туради, бунга артериовеноз шунтларда капилляр томирлар йўқлиги сабаб бўлади. Асосий қон айланиши мия тўқимасини четлаб, аневризма коптокчадан ўтиб кетади. Аста-секин аневризма коптокчадаги қон-томирлар кенгайиб боради, бунда коптокчага қон келиши кўпаяди. Узоқ вақтдан бери мавжуд бўлган артериовеноз мальформацияларда қон олиб келувчи коллатераллар сони ошади. Мия қаттиқ пардаси синусларида босимни ошириши веноз қон оқими кийинлаштиради. Бу нарса мия ишемиясига сабаб бўлиб, аввал маҳаллий кейин тарқалган атрофия жараёнига олиб келади. Коптокча кенгайиб боради ва мия тўқимасини эза бошлайди. АВМ қон томирлари деворидаги дегенератив ўзгаришлар,

қон-томир деворини юпқалашиб бориши, уларни ёрилиб кетишига олиб келади ва мия ичи гематомалари пайдо бўлади. Миядаги атрофик жараёнлар пайдо бўлишига қайта қонқуйилишлар ҳам сабаб бўлади. Бу айтиб ўтилган омиллар АВМларни клиник синдромларини: эпилептик тутқаноқлар, бош ичи геморрагиялари, неврологик етишмовчиликлар ва психик бузилишларга сабаб бўлади.

КЛИНИКАСИ

А. АВМ биринчи марта бемор ҳаётининг 2- ва 3-ўн йиллигида тўсатдан бош ичига қонқуйилиши, бош оғриғи, эпилептик тутқаноқлар ва бошқа ўчоқли белгилар кўринишида пайдо бўлади.

Кам ҳолларда бошда шовқин ва экзофтальм пайдо бўлади.

Б. АВМ мия тўқимасида жойлашганлиги сабабли кўпинча мия ичи гематомалари, кейин субарахноидал қонқуйилиши содир бўлади.

В. АВМдаги қон қуйилишлар, артериал аневризмаларга қараганда енгилроқ кечади.

Бу қуйидаги омиллар билан боғлиқ:

а) АВМ қон томирларидаги қон босими, артериал қон томирлариникига қараганда паст бўлиши.

б) АВМда қонқуйилиш мия тўқимасига бўлади, артериал аневризмалар ёрилганда субарахноидал бушлиққа қонқуйилади.

в) АВМ қон томирлари ёрилганда мия йириққон томирлари спазми бўлмайди.

г) АВМ мия ствол қисмларидан узоқроқда бўлади.

Г. Ёрилиб кетган АВМ типик клиник кечиши қуйидагича бўлади: соғлом ҳолатда ёки даврий бош оғриғидан кейин тўсатдан бош ичига қонқуйилиши мумкин. Аневризма локализациясига қараб ўчоқли белгилар пайдо бўлади. Кўпинча гемипарез ёки гемипарезия пайдо бўлади сезгини бузилиши, пайдо бўлади. Постгемаррогик даврда ўчоқли симптомлар камайиб боради. Кейинчалик қонқуйилишлар бир неча ой ёки бир неча йил интервали билан пайдо бўлади.

Д. Эпилептик тутқаноқлар АВМ клиник кечишида етакчи ўрин тутуши мумкин. У 30-70% ҳолатда кўзатилади, асосан бемор ҳаётининг 3-4 ун йиллигида пайдо бўлади. Эпилептик тутқаноқлар АВМ чакка ёки тепа соҳасида жойлашганда пайдо бўлади.

Ауранини хусусияти мальформация локализацияга боғлиқ. Аура кўпинча сенситив хусусиятли бўлади, кам ҳолларда мотор, кўрув, эшитув ҳарактерда бўлади.

ДИАГНОСТИКАСИ

А. Клиник диагностика:

Касалликни клиник диагностикасида қайталалувчи спонтан қонқуйилишлар, эпилептик тутқаноқлар, даврий бош оғриш, бошдаги шовқин муҳим аҳамиятга эга.

Б. Ангиография.

АВМ диагностикасида серияли церебрал ангиография асосий урин тутати. У АВМни аниқ локализациясини, улчамини, қон билан таъминланиш хусусиятини, сонини, қон олиб келувчи артерия диаметрини, коллатераллар ҳолатини курсатади.

АВМда икки томолама каротид ангиография ва вертебрал ангиография қилиш зарур. АВМни типик ангиографик кўриниши қуйидагича: бир неча кенгайган эгри-бугри артериялар коптокчага келади, коптокча ҳар-хил шаклили диффуз соядан иборат; баъзи жойларда кенгайган веноз томирларда контраст тўпланиши туфайли соя интенсивлиги ортади, капиллярлар йўқлиги сабабли артерия қони тўғридан – тўғривенага ўтиб кетади, ўзгармаган мия қон томирлари интенсивлиги кам бўлади, чунки қонни кўп қисми мальформациядан оқиб ўтади.

Хирургик даволаш усулини танлашда АВМнинг ангиографик ҳарактеристикаси муҳим аҳамиятга эга. Шу нуқтаи назардан 2-та асосий гуруҳ мавжуд:

1. Ҳар хил шаклли чегараланган АВМ, ўлчами 100 см³дан кам бўлади.

а) Ҳар хил диаметрли патологик қон томирлар коптокчасидан иборат ҳажми 0,5дан-100 см³ бўлади.

б) Артерия ва вена орасидаги тўғридан-тўғри шунтловчи АВМ.

в) ўлчами 0,5гача бўладиган “микроаневризмалар”.

2. Бош миёни яримшарларини катта қисмини эгаллаган тармоқланган АВМ (ўлчами 100 дан 500 см³). Кўпинча АВМ нормал артериялар ва веналар билан қон билан таъминланади. Кўпинча АВМ ички уйқу артериясидан қон билан таъминланади, кам ҳолларда вертебро-базилляр системадан қон олади. АВМдан қоноқиб кетиши нормал вена қон томирлари ва патологик ўзгарган қон томирлардан иборат. Кўпинча бу веналар юза жойлашган бўлади. Бу веналар ғалати жойлашган ва қонни олиб кетиш ҳамғалати бўлади. Ангиографияда артериал фазада бу веналар қон билан тўлади, веноз фазада қон булмайди.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Факат хирургик йул билан даволашда яхши натижага эришиш мумкин деб ҳисобланади. Хирургик даволашни асосий вазифаси аневризмани ёрилиб кетиши ва бош ичига қон кетишини олдини олиш, ҳамда артериовеноз шунтнинг аспирацион таъсири натижасида бузилган миёдаги қон айланишини меъёрлаштиришдан иборат.

АВМларни замонавий жарроҳлик усуллари билан даволашда қуйидаги даволаш усуллари қўлланилади.

1. Интракраниал: тотал олиб ташлаш, субтотал олиб ташлаш, афферент артерияларни клипслаш, очик эмболизация қилиш.

2. Экстакраниал: эндоваскуляр операциялар (баллонли катетер техникасини қўллаб аневризма бўшлиғига тез қотувчи елим композицияли эмболизация қилиш, эндоваскуляр эмболизация).

3. Комбинациялашган: эмболизация ва тотал олиб ташлаш, эмболизация афферент артерияни клипслаш билан бирга.

АВМда оператив амалиётни бажариш учун кўрсатма ва қарши кўрсатмани аниқлашга таъсир кўрсатувчи факторлар:

а) Беморнинг ёши ва умумий ҳолати

б) Касалликни клиник кечиши ва оқибати

в) АВМ ўлчами

г) Уни жойлашиш ўрни

д) Қон билан таъминланиши ва дренажланиши

е) Миёдаги қон айланиш ҳолати ва компенсатор механизмлар

АВМда операцияга қарши кўрсатмани белгилашга таъсир этувчи клиник белгиларга қуйидагилар киради: бош ичи қонқуйилишлари, эпилепсия, нерв системасини зарарланишлари ва клиник бузилишлар. Пўстлоқ ости тугунлари ва миёа устуни, ўрта чизикдаги ва орқа бош чуқурчасидаги баъзи бир аневризмалар, бош миёанинг бир неча булагидagi АВМлар радикал даволашга мутлоқ ва нисбий қарши кўрсатмалар ҳисобланади.

КАРОТИД-КАВЕРНОЗ ТУТШМА (СОУСТЬЕ) (ККС)

Каротид-каверноз соустье бу: ички уйқу артериясининг каверноз синус ичида ёрилиши ва бунинг натижасида артериал қонни каверноз синусга қуйилишидир. Бунинг натижасида каверноз синус ва орбита веналарида хаддан зиёд димланиш кузатилади. Уйқу артериясининг каверноз синус ичида ёрилиши асосан травма натижасида, баъзан эса спонтан атеросклерозларда, мазкур соҳада жойлашган аневризмалар ёрилиши натижасида ҳам юзага келиши мумкин. ККС ҳосил бўлишида бир вақтнинг ўзида уйқу артерияси девори ва каверноз синус девори бутунлиги ҳам бузилиб улар орасида туташма ҳосил бўлади.

Клиникасида: каверноз синус ва кўз веналари димланиши натижасида пульсацияланувчи экзофтальм, пешона, ковоклар, кўз олмаси веналарини кенгайиши ва шишқўзатилади.

Аускултацияда орбита устида юрак уриши билан синхрон тарзда шовқин эшитилади ва буйиндан умумий уйқу артериясини босилганда шовқин йўқолади.

Аксарият ҳолларда 3-4-6 жуфт бош мия нервлари зарарланиши (юқорикўзёриғи синдроми) кўзатилади. Кўз олмасида ковоқларни тўлиқ беркилмаслиги натижасида яраланиш кузатилади.

Одатда кўз олмасидаги пульсация яққол сезиларли бўлиб, пальпация қилиб ҳаманиқласа ҳам бўлади, бемор ҳамкўз олмасидаги пульсацияни сезиб туради.

Кўз олмасидаги дағал қон айланишининг бузилиши кўрликка олиб келади. Оғирҳолатлар ўлимга олиб келувчи назал қон кетиш кузатилиши мумкин.

Диагностика: Ташхис клиник ва ангиографик текшириш хулосаси натижасида қуйилади.

Давоси:

Хирургик – уйку артерияси ва каверноз синус орасидаги ташламани бартараф этишга асосланган. Бунинг учун бир неча оддий ва мураккаб усуллар мавжуд

1. Буйинда умумий ва ички уйку артериясини боғлаш. Кўпҳолатларда бундай даволаш усули ўлимга сабаб бўлиши мумкин.

2. Кала суяги ичида каверноз синусдан чиқиш кисмида уйку артериясини клипслаш. Бироқ уйку артериясини каверноз синусдан юқорида ва пастда клипслаш касалликни бартараф қилмаслиги мумкин, чунки кўз артерияси орқали ретроград коноқиши кузатилиши мумкин.

3. Артериал қон томир орқали мушак эмболини қўллаш илк бор 1931 йилда Брукс томонидан таклиф қилинган бўлиб, бунинг учун уйку артериясига мушак толалари юборилади ва уқоноқими билан бориб зарарланган томир деворини беркитади. Бу операция натижалари турлича чунки киритилган мушак толаси мия қонтомирлари тромбозига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

4. Сербиненко усулида баллон катетер ёрдамида туташмани бартараф этиш. Бу усул деярли асоратсиз бўлиб, натижаси яққол намоён бўлади. Айрим ҳолларда баллон катетер ўрнидан силжиб кетиши мумкин ва қайта туташмани бартараф этиш керак бўлади.

Кейснинг мақсади бўлиб ушбу кейснинг фойдаланувчиларида бош мия қонтомирлари билан келган беморларда вазиятнинг анализини ривожлантиришдир. Олиб бориш тактикаси, диагностика, шошилиш ёрдам кўрсата олиш, тўғритранспортировка ва госпиталга ётқизиш, даволаш режасига дифференцирланган ёндашуви кўникмаларини билиш.

Ушбу кейсни ишлаб чиқиш талабага қуйидаги ўқув натижаларига эришишга ёрдам беради:

1. Бош мия қон-томир аномалиялари билан келган беморларнинг ҳолатини баҳолаш қобилиятларини ривожлантириш.
2. Диагноз қўйиш учун тўғриалгоритмни танлаш қобилиятини ривожлантириш.
3. Тўғридиагноз қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатиш кўникмаларини ўрганиб чиқиш.
4. Ушбу вазиятда мустақил равишда тўғрива адекват бўлган қарорни қабул қила олиш кўникмаларини ривожлантириш.
5. Ҳар бир вазиятга дифференцирланган ҳолда ёндашиш ва тўғриҳамда асосланган қарор чиқаришни ўрганиш.

Вазият: Бемор Ш. 13 ёш. Шикоятлари кучли бош оғриғига, тухтовсиз қайтқилишга, ўнг қўл оёқда ҳаракат сустлашишига, бош айланишига. Анамнездан: касаллик 1 кун олдин бошланган, ўнгача беморни бош оғриш, бош айланиши безовта қилиб келган. Касаллигини ҳеч нарса билан боғламайди, 1 кун олдин тўсатдан беморни аҳволи оғирлашган ҳушини йўқотган. Умумий аҳволи оғир, териси қуруқ, тери ости ёғ клетчаткаси суст ривожланган. А/Б – 170/90 мм сим. уст. Тенг пульс-64 та.

Неврологик статусда: ҳуши сопороз, саволларга жаоб беролмайди, умумий мия

белгилари, гипертензион белгилар кўзатилмоқда. Чап кўзида қорачиқ кенгайган,ўнг тарафлама гемипарез.менингеал белгилар мусбат.

Вазифа: Бемор ҳолатининг анализи асосида бирламчи диагноз қуйиш, керакли текшириш усулларини ўтказиш, кейинги олиб бориш ва даволаш режасини ишлаб чиқиш.

II. Талабалар учун методик кўрсатмалар.

2.1. Муаммо:

Бош мия қон томир касалликлари билан келган беморларни текшириш ва даволашнинг ўзига хослиги.

2.2. Бундан келиб чиққан муаммо:

1. Бош мия қон томир касалликларига ҳарактерли шикоятларни аниқлаш.
2. Тўғрианамнез йиғиш.
3. Обьектив ва клиник текширув усулларини қўллаш.
4. Ҳарактерликлик белгиларни аниқлаш.
5. Клиника шароитида муаммони ҳалқилишни муайян қарорига келиш.

2.3. Ишлаш алгоритм.

1. Бемор шикоятлари.

2. Анамнез анализи.

3. Курик анализи.

1. Керакли ташхис методини танлаш:

Қуйидагиларга асосланиб:

- **субьектив текширув усуллари:** сўров ва бемор (онаси сўзидан) шикоятларини аниқлаш, касалликни бошланиши ва кечиши, келиб чиқиш сабаблари(**анамнез йиғиш**).

- **обьектив текширув усуллари :** инструменталь текширув усулларини ўтказиш – рентген текширув усуллари, компьютер томография ёки магнит-резонанс томография ўтказиш. Шунга эътибор бериш керакки охириги 2 та текширув усули кўпчилик касалхоналарда йўқ шунинг учун олинган маълумотларни тўғрирахлил қилиш зарур ва ишонарли даллилар бўлгандагина КТ ёки МРТ жўнатиш керак.

- **қўшимча текширув усуллари :** лаборатор, электрофизиологик ва рентгенографик, диагностика пункция ва ликвородинамик синамалар.

5. Муаммони ҳалқилишда муайян қарорга келиш.

- зарурий даволаш

- шошилишч ёрдам кўрсатиш.

Амалий вазиятни мустақил анализ қилиш ва ишлаб чиқиш учун инструкция.

Вазият анализи варақаси.

Иш этаплари	Рекомендация ва маслаҳатлар
1. Кейс билан танишиш	Аввалига кейс билан танишинг. Ўқиш вақтида вазиятни бирданига анализ қилишга уринманг.
2.Қуйилган ҳолат билан танишиш.	Маълумотни яна бир марта кўриб чиқинг, Сизга муҳим кўринган абзацларини ажратинг. Вазиятни баҳолашга ҳаракатқилинг, муҳимқисмларини

	ажратиб кўринг.
3.Муаммоларни ҳал этиш ва ишлаб чиқиш	Муаммо: бош мия қон-томир касалликлари бўлган беморларни олиб бориш тактикасини танлаш ва зарурий тиббий ёрдам кўрсатиш кераклигини аниқлаш.
4. Вазиятли анализ	<i>Вазиятли анализда қуйидаги саволларга жавоб беринг :</i> 1.шу касалликка хос шикоятлар; -қандай анамнез йиғилади; -қандай объектив ва клиник текширув усуллари қўлланилади ; -бош мия қон томир касалликлари бўлган беморларга характерли клиник белгилар;
5. Муаммоларни ҳалқилиш танлаш ва уларни асослаш	Мазкур вазиятдаги муаммоларни ҳалқилишнинг усуллари санаб беринг.
6.Вазиятли муаммоларни ҳал қилиш ва ишлаб чиқиш	Диагностик ва тактик режадаги хатоларни кўрсатинг. Ташхис қўйинг, клиник касалхона шароитида муаммоларни ҳал этинг.

III. Кейсдаўқитувчининг қарорлари .

1.Касаллик қандай вариантларда кечиши мумкин?

- Дислокацион синдром хавфи, бош мия стволининг эзилиши.
- Вақтида кўрсатилмаган ёрдам хушнинг бузилиши ва витал функцияларнинг бузилишига олиб келади.
- Дислокацион синдромда шошилиш ёрдамнинг вақтида кўрсатилмаганлиги летал ҳолатга олиб келиши мумкин.
- Шошилиш хирургик ишловлардан бири декомпресив трепанация.
- Даволашдан кейин кузатиладиган асоратлар,
- Инфекцион асоратлар.

2. Кайси диагностик методларни қўллаш муҳим, клиник касалхона шароитида ишлаб чиқиш ва уларни асослаш

1. Анамнез.
2. Тери ва шиллиққаватларни кўриш.
3. Гемодинамик кўрсаткичлар: А/Б, пульс, температура.
4. Неврологик текширув.
5. Отоневрологик текширув.
6. Рентгенологик текширув.КТ.МРТ ангиография
- 7.Клиник-лаборатор текширув (умумий қон ва сийдик тахлили, коагулограмма, қон биохимик текшируви).

IV. Амалий машғулотда кейс технология ўқув методи

4.1. Ўқув технология методи

Мавзу	Бош мия қон томир касалликлари.
Соатлар сони – 2 соат	Ўқиётганлар сони : 8 киши
Ўқувмашғулот формаси	Амалий машғулотларда билимларни кенгайтириш ва

	чуқурлаштириш ва бош мия қон томир касалликлари бор беморларда тўғритактика олиб боришни билиш
Амалий машғулоти режаси	1. Ўқувмашғулотирига киритиш 2. Билимларни актуаллаштириш 3. Мини гуруҳларда кейс билини ишлаш 4. Натижаларни презентация қилиш 5. Амалий кўникмаларни бажариш 6. Мухокамалаш, баҳолаш ва энг яхши стратегияни танлаш 7. Хулоса. Талабалар ва гуруҳ фаолиятини баҳолаш, амалий машғулотирида мақсадга эришганлик даражаси.
Ўқувмашғулотиримақсади	Бош мия қон томир касалликлари ва унинг асоратларини даволаш тактикаси ва у ҳақидаги билимларни чуқурлаштириш. Вазиятли анализни баҳолаш, даволаш тактикаси , диагносикаси ва клиник касалхона шароитида шошилинич ёрдам кўрсата олиш уларнинг тўғрилиги ва асосланганлиги
Ўқитувчи вазифаси:	Ўқув фаолияти натижалари:
♦ Бош мияқон томир касалликлари бор беморларнинг умумий аҳоли вазиятли анализни баҳолаш мустаҳкамлаш ва чуқурлаштириш ♦ Диагноз тўғриқуйишда алгоритм ишлаб чиқишни билиш ♦ Шошилинич ёрдам кўрсатишда кўникмаларини ишлаб чиқиш. ♦ Клиник касалхона шароитида тактика ва даволашда мустақил қарорқабул қилиш	♦ Бош мия касалликлари бор беморларнинг умумий аҳоли вазиятни баҳолаш ва таҳлил қилиш ♦ Таҳхис қуйишда ҳаракат алгоритминини танлаш ♦ Клиник касалхона шароитида даволаш ва тактика танлашда мустақил қарор қабул қилиш кўникмаларини ошириш. ♦ Шошлинич ҳолатларда ҳаракат алгоритминини ишлаб чиқиш
Ўқув методлари	Кейс-поғона , дискуссия, амалий услуб
Ўқув воиталари	Кейс, методик кўрсатмалари
Ўқув шароитлари	Техник жихозланган аудитория, гуруҳларда ишлаш учун жихозлар
Ўқув формалари	Индивидуал, фронтал гуруҳларда ишлаш
Мониторинг ва баҳолаш	Кузатув , блиц саволлар, презентация, баҳолаш

4.2. Ўқувмашғулотирида технологик карталар кейс шароитида.

Ишларнинг этаплари ва мундарижаси	Фаолият	
	Ўқитувчи	Талабалар
Тайёрлаш этапи	Касбий билимлар ривожланишида кейснинг стадиялари ва унинг таъсирини аниқлаш. Кейс материалларини бериш ва вазиятли анализ алгоритмлари билан танишиш Мустақил ишларни олиб бориш ва унинг анализлар натижаларини вазиятли масала варақасига киритиш.	Эшитиш. Кейснинг таркибини мустақил ўрганиш ва вазиятли анализ варақасини индивидуал тўлдириш.
I этап.	1.1. машғулотири номини этиш режаси унинг	Эшитув. Мос

Ўқувмашғулотиға киришиш (10-15 мин)	мақсади ва режалаштирилган ўқув фаолиятини аниқлаш. 1.2. ўқув жараёнида иш билин танишиш ва натижаларни баҳолаш.	маълумотларни ёзиб бориш
II этап. Асосий (60 мин)	2.1. Муаммоларни ҳалқилиш ва вазиятларни баҳолаш. Мавзу бўйича блиц саволларни ўтказиш талабаларнинг билимларини активлаштириш мақсадида: ♦ Бош мия қон томир касалликлари вариантларини санаб ўтиш ♦ Вақтидақўйилмаган диагноз ва тактиканинг нотўғрилиб бориши қандай асоратлар бериши мумкин? 2.2. Талабаларни гуруҳларга бўлиш. Кейснинг таркиби ва масалалари. Гуруҳларда ишлашни таништириш. 2.3. масалаларни бериш, билимлар тўғрилигини аниқлаштириш: ♦ Қанақа нозология билан диф.диагностика ўтказиш зарур ♦ Клиник шифохона шароитида диагностика методлари ♦ Бош мия қон томир касалликлари асоратларининг турли вариантларида ВОП тактикаси. 2.4. Координация қилади, маслахатлашади, ўқув фаолиятини йўналтиради. Индивидуал иш натижаларини баҳолайди: вазиятни таҳлил қилиш листлари 2.5. қилинган иш бўйича тақдимотни ташкил этади. Мухоқама ташкилотчиси: савол беради, жавоб, назарий материални эслатади. 2.6. Органайзер –ВОПнинг мазкур ҳолатда тактикаси(илова №3) 2.7. кейс ечимининг ўз вариантини кўрсатади (илова №4)	Саволларга жавоб бериш, муҳоқамалаш, аниқлаштирувчи саволлар бериш Гуруҳларга бўлиш Мухоқамалаш, индивидуал муаммоларни биргаликда анализ олиб бориш, вазиятни муҳим аспектларини кўрсатади, асосий муаммолар ва уларнинг ечим усуллари, ечим натижаларини расмийлаштиради. 10 -15 мин Тақдимотдан кейинги саволлар, оптимал вариант танланади Ягона тизми ишлаб чиқилади.
III этап Билимлар натижаларини хулосалаш, анализ ва баҳолаш (20 мин)	3.1. ўқув фаолияти натижаларни эълон қилади, индивидуал ва ҳамкорликдаги иш натижалари. Гуруҳни таҳлил қилади ва баҳолайди, яхши ва қониқарсиз томонларини кўрсатади. 3.2. Кейс стадини аҳамиятини ва унинг келажак мутахассислигида ўрнини кўрсатади.	Эшитишади Ўз ўзига ва ўзаро баҳо беришади Ўз фикрини билдиришади

Кейс билан индивидуал ишлаш жадвали

Қатнашчилар	Баҳолаш кўрсаткичлари ва мезонлари				
	Жорий вазият	Муаммони асослаш тах	Муаммони ҳал	Ечимни топиш	Умумий балл

	таҳлили тах 1,0	0,5	этишнинг ечимлари тах 0,5	бўйича атрофлича ҳаракат тах 0,5	(тах 2,5)
1.					
2.					
...					

* 2,0 – 2,5 балл – «аъло», 1,5 – 2,0 балл – «яхши», 1,0-1,5 балл – «кониқарли», 1,0 баллдан ками – «кониқарсиз».

Муаммони гуруҳли ҳал этиш кўрсаткичлари

1. Ҳар бир гуруҳ 2та баҳоловчи балл олади. Ҳаммаси битта вариантга берилиши мумкин ёки иккига бўлиш мумкин (1:1; 0,5:1,5; и т.д.), ўз баҳосини қўшмаган ҳолда.
2. Ҳамма олинган баллар ечим вариантлари бўйича мос келади. Энг кўп балл олган катор ғолиб бўлади. Бахсли ҳолатларда овоз бериш мумкин.

Муаммони гуруҳли ҳал этишни баҳолаш вариантлари жадвали, балл.

Гуруҳ	Муаммони альтернатив ҳал этиш			
	1.	2.	3.	№
1				
2				
№				
Сумма				

Муаммони ҳалқилиш презентациясини баҳолаш.

Гуруҳ	Презентациянинг тўлиқлиги ва тушунарлилиги (1-20)	Презентация кўриниши (1-20)	Гуруҳ катнашчиларининг активлиги (1-20)	Қарорларнинг оригиналлилиги (1-20)	Муаммолиги (1-20)	Умумий жамланган баллар (тах 100)
1						
2						
№						

18. Фойдаланилган адабиётлар

- 1.Иргер П.М. Нейрохирургия :дарслик – М., 1982й
- 2..Ромоданов А.П., Мосийчук Н.М., Рудяк К.Э. – Нейрохирургия: дарслик – Киев – 1992 й
- 3.Худайбердиев Х.Х.- Асаб касалликлар жарроҳлиги, 1999й,
4. Гусев Коновалов А,Н“Неврология и нейрохирургия” Дарслик М,2000 й
- 5.Ромоданов А.П. “Қон томир нейрожарроҳлиги” – Киев , -1989
- 6.Қоновалов А.Н., “Артериал аневризмаларни хирургик даолаш”, М.1993.
- 7.Верещагина Г.А. – Компьютер-томографик диагностика.