

617.8
M220

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACISI
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ ВА
ТРАВМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

НЕЙРОХИРУРГИЯ КУРСИ



**ФУНКЦИОНАЛ ВА АСАБ
ФАОЛИЯТИНИ ТИКЛАШ ҲАМДА
ОНЕЙРОХИРУРГИЯДА
ОҒРИҚЛИ СИНДРОМ**

Ўқув-услубий тавсиянома



САМАРҚАНД 2016

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ

НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ ВА ТРАВМАТОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ



«КАФЕДРА «Г.А. ДИҚЛАЙМАН»

СамМИ МИУК раиси

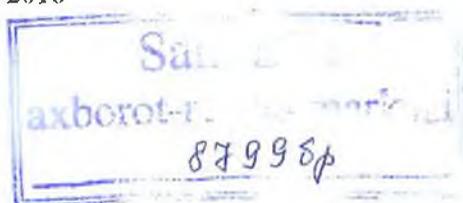
доп. Юлдашев Б.А.

«23» октябр 2015 й

ФУНКЦИОНАЛ ВА АСАБ ФАОЛИЯТИНИ ТИКЛАШ
ҲАМДА НЕЙРОХИРУРГИЯДА ОҒРИҚЛИ СИНДРОМ

Медицина олий ўқув юргларидаги юқори курс студентлари, магистратура
резидентлари ва клиник ординаторлар учун ўқув-услубий тавсиянома

Самарқанд 2016



ТУЗУВЧИЛАР:

Мамадалиев А.М. - СамМИ нейрохирургия курси мудир, т.ф.д., профессор.

Шодиев А.Ш. – СамМИ нейрохирургия курси доценти, т.ф.д.

Норкулов Н.У. – ассистент

Набиев А.А.– ассистент

Юлдашев Р.Ю. – ассистент, т.ф.н.

ТАҚРИЗЧИЛАР:

Ўринбаев П.Ў. –СамМИ неврология, нейрохирургия ва травматология кафедраси профессори, т.ф.д.

Абдуллаев С.А. - Педиатрия факультетининг Хирургия кафедраси профессори, т.ф.д.

Ўқув-услугий тавсиянома Самарқанд Давлат медицина институтини Марказий илмий-услугий кенгашида муҳокама қилинди ва маъқулланди.

2015 йил « 23» октябр, баённома № 2

Ўқув-услугий тавсиянома Самарқанд Давлат медицина институтини Илмий кенгаши йиғилишида тасдиқланди.

2015 йил « 28» октябр, баённома № 2

Илмий Кенгаши котиби:



Давлатов С.С.

Аннотация. Функционал нейрохирургик операцияларнинг асосий принципи МНСнинг бузилган фаолиятини нормаллаштириш, патологик импульсларнинг йўллари узиш ёки патологик импульсларни тормозловчи структурасини стимуляция қилиш, яъни бу патологик жараёни замонавий даволаш усуллари ургатиш. Бунинг учун тавсиянинг охирида тестлар, вазиятли масалалар ва амалий машғулотлар келтирилган.

Машғулотнинг давомийлиги – 6 соат

Машғулотнинг хронологияси

№	Машғулот босқичлари	Ўтказилиш жойи	Вақт
1.	Эрталабки врачлар конференциясида қатнашиш	Курс конференц – зали	40 мин
2.	Таъкилий тадбирлар	Ўқув хонаси	10 мин
3.	Студентларнинг мавзуга оид билимини текшириш	Ўқув хонаси	30 мин
4.	Беморлар курацияси	Палаталар, боғлов хонаси	60 мин
5.	Курация қилинган беморларни муҳокама қилиш	Ўқув хонаси	40 мин
6.	Машғулот мавзусини муҳокама қилиш	Ўқув хонаси	60 мин
7.	Ўзлаштирилган материални назорат қилиш	Ўқув хонаси	30 мин
8.	Талабалар билимини тест назоратидан ўтказиш	Ўқув хонаси	20 мин
9.	Вазиятли масалалар ва амалий кўникмаларни ечиш	Ўқув хонаси	40 мин
10.	Навбатдаги машғулот ҳақида тушунча бериш	Ўқув хонаси	10 мин

Машғулотнинг мақсади - медицина институти талабалари, магистратура резидентлари ва клиник ординаторларга функционал ва асаб тизими фаолиятини тикланиш ва нейрохирургик касалликларда

учрайдиган оғрикли синдромларнинг теоритик ва амалий масалаларини кўрсатиб бериш.

Амалий ишни бажариш услуби

Студентларнинг кўриб чиқиладиган мавзуга ва ҳар қандай бошқа мавзуга боғлиқ беморлар билан мулоқот қилиш алгоритми (коммуникатив кўникмалар):

1. Беморлар билан саломлашиш ва ўзини таништириш.
2. Студентларнинг юзида самимий жилмайиш бўлиши беморлар билан ўзаро мулоқотнинг ишончли бўлишини таъминлайди.
3. Студент беморга яхши муомалада бўлиб, ўзининг нима учун келганлигини ва суҳбатнинг қанча давом этишини маълум қилиб, пациентнинг ушбу суҳбатга розилигини олиши зарур.
4. Агар бемор стационарга энди қабул қилинган бўлса, унинг қариндошлари билан қисқа суҳбат ўтказиб, даволовчи врач билан биргаликда пациентга қўйилган бирламчи диагноз, госпитализациянинг мақсади, келажакда режалаштириладиган текшириш усуллари ҳақида маълумот бериши лозим.
5. Ушбу касалликнинг диагностикаси учун ўтказилиши керак бўлган физикавий текшириш усулларида олдин пациентга қандай текшириш усули ўтказилиши, текшириш давомида кузатилиши мумкин бўлган ёқимсиз ҳолатлар ҳақида маълумот бериш ва бу текширишни ўтказиш учун бемордан розилик олиш керак.
6. Текшириш учун беморни бошқа жойга (рентген-кабинет, МРТ ёки МСКТ текшириш) транспортровка қилишдан олдин беморни огоҳлантириш зарур.
7. Текширишга тайёрланиш (ушбу патологияда ўтказилувчи клинко-неврологик текширишга) – қўлларни иссиқ сувда ювиш, қўлқоп кийиш.
8. Режалаштирилган у ёки бу текшириш ва даволаш манипуляциясини ўтказиш.
9. Даволовчи врач билан биргаликда беморга қулай усулда ўтказилган текширишларнинг натижасини қисқа тушунтириш керак.
10. Беморларнинг қариндошларини ҳам суҳбатга жалб қилиш ва улар учун қулай шаклда ўтказилган текшириш усулининг натижасини (агар олдин ҳам текширилган бўлса, аввалги натижалар

билан таққослаб) тушунтириш лозим ва суҳбат охирида уларга тушунарли бўлганлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ.

11. Даволовчи врач (доимий талаб этилади!) иштирокида курация қилинаётган беморга бу касалликда оператив даволашнинг ўтказилиши мақсадга мувофиқлигини исботлаш.

12. Бемор ва қариндошларини хирургик даволашдан сўнг фақат даволовчи врач иштирокида операциянинг натижаси ва келиб чиқиши мумкин бўлган операциядан кейинги ҳар хил кўринишдаги эрга ёки кечки асоратлар ҳақида хабардор қилиш керак.

13. Операциядан кейинги даврда беморларни текширишда пациентга гигиеник процедураларни тўғри бажарилиши тартибини тушунтириш лозим.

14. Беморга илтимос оҳангида мурожаат қилиб операция жароҳагини боғлов қилиш жараёнида иштирок этиш учун розилик олиш зарур.

15. Даволовчи врач билан биргаликда беморга, талаб этилган вақтда беморнинг яқин қариндошларига ўтказилган ва ўтказилиши режалаштирилган манипуляциялар ва кейинги даволаш тактикаси тўғрисида тушунча бериш лозим.

16. Суҳбатни доимо беморга тезда тузалиб кетиши ҳақидаги тилакни билдириб якунлаш мақсадга мувофиқ.

Студент қўйидагиларни билиши керак:

1. Марказий нерв системаси (МНС) анатомио-топографик ва физиологик хусусиятларини.

2. Функционал ва асаб тизими фаолиятини тиклаш ҳамда нейрохирургиядан оғриқли синдромларни этиологияси, патогенезини.

3. Нейрохирургиядаги оғриқли синдромни клиник кечишини ва диагностикасини.

4. Оғриқ синдром вақтида қўлланиладиган жарроҳлик усулига бўлган кўрсатма, қарши кўрсатмаларни.

5. Оғриқли синдромда қўлланиладиган асосий жарроҳлик даволаш усулларини.

6. Операциядан олдинги ва операциядан кейин кузатиладиган асоратларни, профилактикаси ва даволаш усулларини. Операциядан кейинги вақтда касалларни парвариш қилишни.

7. Функционал ва асаб тизими фаолиятини тиклаш ҳамда оғриқли синдром билан оператив даволанган беморларни, ишга яроқсизлигини аниқлаш принципларини ва бемор реабилитациясини.

Студент қуйидагиларни бажари олиши керак:

1. Нейрохирургик оғриқли синдром билан беморлар анамнезини йиғиб олиш.

2. Нейрохирургик оғриқли синдром билан беморларни тўлиқ текширишдан ўтказиш.

3. Лаборатор ва инструментал текширишлар ўтказиш ва таҳлил қилиш, дастлабки диагнозни аниқлаш ва беморни олиб бориш тактикасини ҳамда мутахассислар иштирокида комплекс текширувдан ўтказиш.

4. Клиник диагнозни исботлаш ва шакллантиришни, шовилинч ёки режани хирургик даволаш учун тайёргарликни.

5. Нейрохирургик оғриқли синдромда хирургик даволашга бўлган кўрсатма ва қарши кўрсатмани аниқлаш, операциядан олдинги тайёргарликни тўғри таълаб, оғриқсизлантириш турини белгилай билиш, оператив усулларни ва унинг ҳажминини аниқлашни.

6. Беморлар курацияси давомида тиббиёт ҳужжатларини тўғри олиб бориш.

7. Мавзу бўйича дарслик ва илмий адабиётлардан фойдаланиб профессионал маҳоратни ошириш.

**ФУНКЦИОНАЛ ВА АСАБ ТИЗИМИ ФАОЛИЯТИНИ
ТИКЛАШ ҲАМДА НЕЙРОХИРУРГИЯДА ОҒРИҚЛИ
СИНДРОМ**

Функционал нейрохирургик операцияларнинг асосий мақсади МНС бузилган фаолиятини нормаллаштириш ёки патологик импульсларнинг йўлларини узиш ёки патологик импульсларни гормозловчи структуралари стимуляция қилиш.

Функционал нейрохирургия фанини асосида хирургик даволаниш ётади ва буларга қуйидагилар киради:

- Мажбурий ҳаракатлар (гиперкинез) ва мушаклар тонусини бузилиши Паркинсон касаллиги, торсион дистония ва бошқалар.
- Сурункали оғриқлар.

Аниотация. Функционал нейрохирургик операцияларинг асосий принципи МНСнинг бузилган фаолиятини нормаллаштириш, патологик импульсларнинг йўларини узиш ёки патологик импульсларни тормозловчи структурасини стимуляция қилиш, яъни бу патологик жараённи замонавий даволаш усулларини ўргатиш. Бунинг учун тавсиянинг охирида тестлар, вазиятли масалалар ва амалий машғулотлар келтирилган.

Машғулотнинг давомийлиги – 6 соат

Машғулотнинг хронологияси

№	Машғулот босқичлари	Ўтказилиш жойи	Вақт
1.	Эрталабки врачлар конференциясида қатнашиш	Курс конференц – зали	40 мин
2.	Ташкилий тадбирлар	Ўқув хонаси	10 мин
3.	Студентларнинг мавзуга оид билимини текшириш	Ўқув хонаси	30 мин
4.	Беморлар курацияси	Палаталар, боғлов хонаси	60 мин
5.	Курация қилинган беморларни муҳокама қилиш	Ўқув хонаси	40 мин
6.	Машғулот мавзусини муҳокама қилиш	Ўқув хонаси	60 мин
7.	Ўзлаштирилган материални назорат қилиш	Ўқув хонаси	30 мин
8.	Талабалар билимини тест назоратидан ўтказиш	Ўқув хонаси	20 мин
9.	Вазиятли масалалар ва амалий кўникмаларни ечиш	Ўқув хонаси	40 мин
10.	Навбатдаги машғулот ҳақида тушунча бериш	Ўқув хонаси	10 мин

Машғулотнинг мақсади - медицина институти талабалари, магистратура резидентлари ва клиник ординаторларга функционал ва асаб тизими фаолиятини тиклаиш ва нейрохирургик касалликларда

учрайдиган оғрикли синдромларнинг теоритик ва амалий масалаларини кўрсатиб бериш.

Амалий ишни бажариш услуби

Студентларнинг кўриб чиқиладиган мавзуга ва ҳар қандай бошқа мавзуга боғлиқ беморлар билан мулоқот қилиш алгоритми (коммуникатив кўникмалар):

1. Беморлар билан саломлашниш ва ўзини таништириш.
2. Студентларнинг юзида самимий жилмайиш бўлиши беморлар билан ўзаро мулоқотнинг ишончли бўлишини таъминлайди.
3. Студент беморга яхши муомалада бўлиб, ўзининг нима учун келганлигини ва суҳбатнинг қанча давом этишини маълум қилиб, пациентнинг ушбу суҳбатга розилигини олиши зарур.
4. Агар бемор стационарга энди қабул қилинган бўлса, унинг қариндошлари билан қисқа суҳбат ўтказиб, даволовчи врач билан биргаликда пациентга қўйилган бирламчи диагноз, госпитализациянинг мақсади, келажақда режалантириладиган текшириш усуллари ҳақида маълумот бериши лозим.
5. Ушбу касалликнинг диагностикаси учун ўтказилиши керак бўлган физикавий текшириш усулларидан олдин пациентга қандай текшириш усули ўтказилиши, текшириш давомида кузатилиши мумкин бўлган ёқимсиз ҳолатлар ҳақида маълумот бериш ва бу текширишни ўтказиш учун бемордан розилик олиш керак.
6. Текшириш учун беморни бошқа жойга (рентген-кабинет, МРТ ёки МСКТ текшириш) транспортировка қилишдан олдин беморни огоҳлантириш зарур.
7. Текширишга тайёрланиш (ушбу патологияда ўтказилувчи клинко-неврологик текширишга) – кўлларни иссиқ сувда ювиш, қўлқоп кийиш.
8. Режалаштирилган у ёки бу текшириш ва даволаш манипуляциясини ўтказиш.
9. Даволовчи врач билан биргаликда беморга қулай усулда ўтказилган текширишларнинг натижасини қисқа тушунтириш керак.
10. Беморларнинг қариндошларини ҳам суҳбатга жалб қилиш ва улар учун қулай шаклда ўтказилган текшириш усулининг натижасини (агар олдин ҳам текширилган бўлса, аввалги натижалар

билан таққослаб) тушунтириш лозим ва суҳбат охирида уларга тушунарли бўлганлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ.

11. Даволовчи врач (доимий талаб этилади!) иштирокида курация қилинаётган беморга бу касалликда оператив даволашнинг ўтказилиши мақсадга мувофиқлигини исботлаш.

12. Бемор ва қариндошларини хирургик даволашдан сўнг фақат даволовчи врач иштирокида операциянинг натижаси ва келиб чиқиши мумкин бўлган операциядан кейинги ҳар хил кўринишдаги эрта ёки кечки асоратлар ҳақида хабардор қилиш керак.

13. Операциядан кейинги даврда беморларни текширишда пациентга гигиеник процедураларни тўғри бажарилиши тартибини тушунтириш лозим.

14. Беморга илтимос оҳангида мурожаат қилиб операция жароҳатини боғлов қилиш жараёнида иштирок этиш учун розилик олиш зарур.

15. Даволовчи врач билан биргаликда беморга, талаб этилган вақтда беморнинг яқин қариндошларига ўтказилган ва ўтказилиши режалаштирилган манипуляциялар ва кейинги даволаш тактикаси тўғрисида тушунча бериш лозим.

16. Суҳбатни доимо беморга тезда тузалиб кетиши ҳақидаги тилакни билдириб якунлаш мақсадга мувофиқ.

Студент қуйидагиларни билиши керак:

1. Марказий нерв системаси (МНС) анатомо-топографик ва физиологик хусусиятларини.

2. Функционал ва асаб тизими фаолиятини тиклаш ҳамда нейрохирургиядан оғриқли синдромларни этиологияси, патогенезини.

3. Нейрохирургиядаги оғриқли синдромни клиник кечишини ва диагностикасини.

4. Оғриқ синдром вақтида қўлланиладиган жаррохлик усулига бўлган кўрсатма, қарши кўрсатмаларни.

5. Оғриқли синдромда қўлланиладиган асосий жаррохлик даволаш усулларини.

6. Операциядан олдинги ва операциядан кейин кузатиладиган асоратларни, профилактикаси ва даволаш усулларини. Операциядан кейинги вақтда касалларни парвариш қилишни.

7. Функционал ва асаб тизими фаолиятини тиклаш ҳамда оғриқли синдром билан оператив даволанган беморларни, ишга яроксизлигини аниқлаш принципларини ва бемор реабилитациясини.

Студент қуйидагиларни базисра олиши керак:

1. Нейрохирургик оғриқли синдром билан беморлар анамнезини йиға билиш.

2. Нейрохирургик оғриқли синдром билан беморларни тўлиқ текширишдан ўтказиш.

3. Лаборатор ва инструментал текширишлар ўтказиш ва таҳлил қилиш, дастлабки диагнозни аниқлаш ва беморни олиб бориш тактикасини ҳамда мутахассислар иштирокида комплекс текширувдан ўтказиш.

4. Клиник диагнозни исботлаш ва шакллантиришни, шошилиш ёки режали хирургик даволаш учун тайёргарликни.

5. Нейрохирургик оғриқли синдромда хирургик даволашга бўлган кўрсатма ва қарши кўрсатмани аниқлаш, операциядан олдинги тайёргарликни тўғри танлаб, оғриқсизлантириш турини белгилай билиш, оператив усулларни ва унинг ҳажмини аниқлашни.

6. Беморлар курацияси давомида тиббиёт хужжатларини тўғри олиб бориш.

7. Мавзу бўйича дарслик ва илмий адабиётлардан фойдаланиб профессионал маҳоратни ошириш.

ФУНКЦИОНАЛ ВА АСАБ ТИЗИМИ ФАОЛИЯТИНИ ТИКЛАШ ҲАМДА НЕЙРОХИРУРГИЯДА ОҒРИҚЛИ СИНДРОМ

Функционал нейрохирургик операцияларнинг асосий мақсади МНС бузилган фаолиятини нормаллаштириш ёки патологик импульсларнинг йўлларини узиш ёки патологик импульсларни тормозловчи структуралари стимуляция қилиш.

Функционал нейрохирургия фанини асосида хирургик даволаниш ётади ва буларга қуйидагилар киради:

- Мажбурий ҳаракатлар (гиперкинез) ва мушаклар тонусини бузилиши Паркинсон касаллиги, торсион дистония ва бошқалар.
- Сурункали оғриқлар.

- Эпилепсия

Функционал нейрохирургияни асосини стереотоксик нейрохирургия ташкил қилади. 1947 йил Spigel ва Wykis Паркинсон касаллиги бўлган беморни оқиш шар медиал таначасини локал ва дозалаштирилган деструкция учун қўллаган мосламани ишлатганлиги официал равишда функционал нейрохирургиянинг бошланиш санаси ҳисобланади. **Расм 1.**

Функционал оператив даволаш усуллари қуйидаги ҳолатларда бажарилиши мумкин:

- Микрохирургик техника қўллаш билан “очик” усулда (орқа селектив ризотомия, DREZ – операцияси, васкуляр декомпрессия қилиш, амигдело-гипокампотомия).

- Стереотоксик техника қўллаш билан “ёпиқ” усулда (таламус, оқ шар мияча ядролари, стереотоксик деструкция қилиш, пўстлок ости структуралар сўрилган стимуляция қилиш учун электродлар имплантацияси қилиш).

- Пункцион усуллар (орқа мия ва унинг илдизларини сурункали электростимуляция қилиш учун электродларни эпидурал электродлари имплантация қилиш, биологик актив моддаларни юбориш учун эпидурал бўшлиққа системалар имплантация қилиш).

Функционал нейрохирургия усуллари икки гуруҳга бўлинади яъни: бузувчи ва стимулловчи тарихий жиҳатдан биринчи бўлиб оғриқли синдромларни, экстрапирамид бузилишлар ва эпилепсиянинг оғир шаклларда қўлланилувчи деструктив усуллардан фойдаланилган.

1940-1960 йилларда тремор ва торсион дистониялар экстрапирамид шакларини бўлган беморларда деструктив стереотоксик усуллар кенг қўлланилган. Ушбу усулларнинг асосий мақсади тўқималарни герметик деструкцияга олиб келувчи махсус конюля учини мия орқа нуктасига – мўлжалга юбориш. Ушбу усулда конюля учи кирган соҳа бир неча миллиметр радиусда тўқималарни парчаланиши таъминланади. Одатда экстрапирамидал бузилишларда мўлжал бўлиб қўрув дўмбоғи ядролари ва оқ шар бўлиб ҳисобланади. Мўлжалга аниқ тушиш учун стереотоксик технологиялардан фойдаланилади. Беморнинг бошига махсус стандарт нукталарда стереотоксик қурилма ўрнатилган. **Расм. 2. (а,б)**

КТ ва МРТларнинг пайдо бўлиши билан стерсотоксик усулларининг аниқлилиги ошди асоратлар сони камайди.

Стереотоксик аппаратлар аниқроқ ва ишлатиш учун қулайроқ бўлди. Бирок деструктив стереотоксик операцияларнинг функционал натижалари старли даражада кониқиш ҳосил қилмаганлиги учун электронейростимуляция усулини пайдо бўлишига сабаб бўлди.

Электронейростимуляция бу одатда тери остида жойлашган импульслар генератор таъминлаш манбаи бўлган мўлжал – электродларни структураларга юбориш назарда тутилади. Максимал самарани таъминлаш мақсадида ташқи программалаштирувчи қурилма импульслар характеристикасини ўзгартиришга имконият яратади. Бош миёна структураларига стимуловчи электродларни ўрнатиш стереотоксик оператив усуллар ёрдамида амалга оширилади. Функционал нейрохирургия усулларига бундан ташқари МНС орқа соҳаларига керак бўлган дори препаратларини етказиб борувчи махсус программалаштирилган помполарни ўрнатиш ҳам киради.

Стереотоксик нейрохирургия (юнонча stereos – ҳажмли ва taxis – жойлашув, ҳаракат) – махсус қурилмалар қўллаш билан рентгенологик ҳамда функционал назорат билан бош ёки орқа миёнанинг олдиндан белгиланган чуқур жойлашган структураларга юқори аниқлик билан даволани мақсадида каниюля (электрод) киритишни ҳаракат (приём) ва ҳисоб-китоблар йиғиндиси 1947 йилда Spiegel ва Wycis биринчи бўлиб паркинсон билан касалланган беморга ўзлари ишлаб чиққан қурилмани қўллаш билан оқиш шарнини медиал аъзчасининг локал ва дозалашган деструкцияси қилиш йўли билан даволашга асос солган ҳамда шу сана функционал нейрохирургиянинг яратилиш санаси ҳисобланади.

Бугунги кунда турли конструкцияларга эга бўлган кўпгина стереотоксик аппаратлар ва қурилмалар ишлаб чиқилган:

1) Аниқ белгиланган ҳолатда махсус фиксаторлар ёрдамида қалла суягига фиксациялановчи мураккаб конструкцияли қурилма;

2) Треспублион ойнага қаттиқ фиксацияловчи кичик ўлчамдаги энгилаштирилган конструкцияли қурилмалар;

3) Тўғри бурчакли ва экваториал турдаги модификациялашган стереотоксик аппаратлар;

4) Миёна қутиси ичи нуқталарини (“нишонлар”) модификациялашган компьютерли рентген ва магнит-резонанс томографиялар билан стереотоксик аппарат координатлар тузишда ҳисоблаш;

5) Бош мия структураларини ва оддндан белгиланган нуқта – “нишон”лар уч ўлчамли тасвирда визуализация қилиш имкониятини берувчи КТ, МР-томограф, махсус маркер ва шуруплар билан жихозланиб навигацион ишчи станция билан қўшилган стереотоксик навигацион тизим. *Расм. 3.*

1) Минимал инвазив оператив хирургик муолажалар – юмшоқ тўқималарни тежамкор кичик ўлчамда кесиш кичик ўлчамдаги трепанация, бош мияга минимал жароҳат етказиш;

2) Бош мияга функционал муҳим тузилмаларига зарар етказмаслик, бош мия қон томирларига беҳосдан зарар етказишни олдини олиш;

3) Уч ўлчамли тасвирда оптимал интраоперацион тонографо-анатомик баҳолаш (ориентация қилиш) бош мияда патологик ўчоқнинг аниқ ва ишонarli аниқлашига имконият яратади;

4) Авваллари стандарт нейрохирургияга бориш имконияти бўлмаган патологик ўчоқларга (ўсмалар, АВМ, кисталар, ёт жисмлар) бориш имкониятини яратади.

Стереотоксик операцияларнинг қўллаши ва кўрсатмалар:

1) Биопсия.

- Чуқур жойлашган интрацеребрал ўсмалар;
- Кичик ўлчамдаги бир неча ўсма ҳосилалари;
- Очик усулдаги наркоз остидаги биопсияга тиббий қарши кўрсатма бўлганда;

2) Катетр ўрнатиш.

- Чуқур жойлашган тузилмаларни (коллоид киста, абсцесслар) дренажлаш;
- Ўсма ичи химиотерапияси учун катетр қўйиш;
- Ўсма ичи радиотерапияси (интерстицион брахитерапия) учун катетр ўрнатиш.

3) Электродлар ўрнатиш.

- Эпилепсияни даволаш учун электродлар;
- Оғриқли синдроми бўлган беморларни бош миянинг чуқур структураларини стимуляция қилиш учун чуқур электродлар.

4) Деструктив операциялар.

- Ҳаракат бузилишларини даволаш: паркинсонизм, торсион дистония, гемиболлизм, болалар бош мия фалажлиги;
- Оғриқли синдромларни деструктив даволаш;

- Эпилепсияни даволаш (эпилепсия туфайли деструктив операциялар ҳозирги вақтда амалиётда кам ўтказилади).
- 5) Мия ичига кон қуйилишларини эвакуация қилиш.
 - Даставвал тромболитик (урокиназани) юбориш билан.
- 6) Стереотоксик радиохирургия.
- 7) Шикастланиш ўчоги жойлашувини аниқлаб кейинчалик аниқ краниотомиа.
 - Қоринча туридаги катетр қўллаш билан;
 - Биопсия игналари “қўр усулда” ёки ўтказиш қўллаш билан.
- 8) Экспериментал ва нотрадицион муолажалари.
 - Аневризмаларнинг стереотоксик клиплаш;
 - Стереотоксик лазер хирургияси;
 - Паркинсонизмда нейотрансплантация;
 - Ёт жисмларни олиб ташлаш.

Стереотоксик операцияларнинг босқичлари

1) Бемор бошига стереотоксик қурилма рамосини ўрнатиш ёки бошни конструкция турига қараб стереотоксик қурилмага фиксация қилиш.

2) Мўлжал участканинг мия ичи координатларини аниқлаш; учун компьютер ёки магнит-резонанс томография ўтказиш.

3) Участка координатларини стереотоксик қурилма координат системаси билан қиёслаш, ҳисоб-китоб ўтказиш ва ушбу маълумотларни қуриманинг йўналтирувчи мосламасига киритиш.

4) Бош мия пўстлогининг функционал муҳим зоналаридан ташқарида пармали тешиқ ўрнатиш.

5) Авваллари мўлжалланган мақсадга деструкция қурилмаси ёки стимуляция учун электродни киритиш.

6) Керакли участкага тўғри тушганлигини рентгенологик ёки электрофизиологик назорат қилиш.

7) Узок муддатли мия ичи электродлари ёрдамида режалаштирилган участканинг деструкциясини ўтказиш (электродеструкция, юқори частотали коагуляция, криодеструкция) ёки электростимуляция қилиш. Охириги босқич амалга оширилгандан кейин канюляни олиб жароҳат қаватма-қават тикилади.

Асаб тизими фаолиятини тиклаш

Асаб тизими фаолиятини тиклаш – бу марказий ва периферик нерв системалар шикастланишлар оқибатларини тиклаш ёки бузилган ёки йўқотилган фаолиятларни яхшилашга йўналтирилган (хирургик) жаррохлик усуллари комплекси усуллари комплекси.

Патологик жараённинг турига кўра функционал нейрохирургик аралашувлар нерв илдизларда, орқа миyanинг орқа шоҳларида ўтказувчи йўлларида, бош миya устунни ўзакларида, бош миya ва миyча пўстлоқ ости ҳамда пўстлоқ структураларида ўтказилади.

Функционал нейрохирургик аралашувларда бир-биридан узок масофада жойлашган структураларга таъсир қилиш ҳамда керакли самарага эришиш учун стимуляция билан деструкцияни қўшиб олиб бориш мумкин.

Асаб тизими фаолиятини тиклаш нейрохирургиянинг асосий (принциплари) тамойиллари:

1) Жароҳатлар, касалликлар ва оператив аралашувлар оқибатларини бартараф қилишга қаратилган чора-тадбирлар.

2) Бу оқибатларни бартараф қилиш учун шундай оператив аралашувлар бажариладики, бу эса тиклантирувчи нейрохирургларнинг неврологик, нейрохирургик, реобитологик мутахассислардан ажратишга имконият яратади. Муолажалар ўтказиш вақтида медикаментоз ва физиотерапевтик муолажаларини қўллаш инкор этилмайди.

3) Нафақат нейрохирургик балки реконструктив ортопедик операциялар (миотомия, тенономия, миопластиклар) қўлланилади.

Асаб тизими фаолиятини тиклаш нейрохирургик операциялар куйидагиларга бўлинади:

1. Деструктив – миya структураларининг стереотоксик деструкцияси (хемордеструкция, термодеструкция, криодеструкция, анодди электролизис).

2. Нодеструктив – церебрал ёки спинал структураларига имплантация қилинган электродлар ёрдамида марказий электростимуляция ҳамда церебрал ёки спинал структураларга хемотродларни имплантация қилиб бу орқали даволаш мақсадида

нерв структураларига дозали ва узок муддатга тиббиёт препаратларини юбориш.

3. Реконструктив – невротизацияси, реконструктив кон томир операциялари мушак ва тоғайларнинг транспозияси.

ОГРИҚ ХИРУРГИЯСИ

Нейрохирургияга мурожаат қилувчи беморларда энг кўп учрайдиган симптом бу огриқдир. Огриқнинг хусусияти касалликка боғлиқ: ушбу огриқларнинг ўзига хос хусусиятлари қуйидагилардан иборат:

- Ўткир бошланиши;
- доимий ёки қайталанувчи характер;
- давомийлиги;
- огриқнинг локализацияси;
- огриқнинг сифат характеристикаси;
- огриқнинг камайтирувчи ёки кучайтирувчи омиллари.

Огриқли синдромнинг учта асосий клиник гуруҳлари бор:

1. Яхши сифатли аниқ огриқ.
2. Яхши сифатли ноаниқ огриқ.
3. Рак касаллигида бўладиган огриқ.

Яхши сифатли аниқ огриқли синдромлар. Кўпгина огриқ синдромлари маълум даражада яхши сифатли патологик асосга эга неврологик ва нейрохирургик амалиётда кўп учрайдиган огриқли синдромлар қуйидагилар:

- Бош огриғи – мия қутиси ичи босимини ошиши оқибатида, мия пардалари рецепторларини қўзғалиши, мигренлар, энса нервининг невралгияси.
- Юздаги огриқлар – уч шохли нервнинг невралгияси оқибатида, чакка-пасти жағ бўғимининг шикастланиши ва синуситлар оқибатида.
- Қўллардаги огриқлар – бўйин умуртқалари орасидаги дискларнинг пролапси туфайли нерв илдизларининг босилиши оқибатида, билак туннел синдроми.
- Танадаги огриқлар – ўраб олувчи учуқларда, ўсмаларда, умуртқа ногонасининг кўкрак қисмидан чиқувчи нерв илдизларнинг яллиғланиши ёки босилиши оқибатида.

- Оёқдаги оғриқлар — орқа мия каналининг стенози ёки ишиалгия оқибатида.

Юқорида кўрсатилган ҳолатларнинг этиология ва патогенези деярли аниқ бўлгани учун уни даволаш қийинчилик туғдирмайди. Бошқа неврология амалиётидаги яхши сифатли оғриқларнинг этиологияси етарли даражада аниқланмади, шунинг учун бу ҳолатларни бўлғусида даволашни мукамаллаштиришни талаб қилади. Бу биринчи навбатда каузалгия (рефлектор симпатик дистрофия) ва қўл-оёқлардаги фантомли оғриқлар иккала оғриқли синдромлари сезги нервларининг зарарланиши оқибатида юзага келади.

Рефлектор симпатик дистрофия синдроми

Рефлектор симпатик дистрофия нервлар шикастланишидан кейин юзага келадиган синдром бўлиб, бунда нерв шикастланиши кучсиз бўлиб ҳатто бемор травма тафсилотини эслай олмаслиги мумкин. Синдромнинг сабаби яхши ўрганилмаган бўлиб, симпатик нерв системасининг муътадил фаолият юритиши билан боғлиқ. Синдром нервнинг енгил зарарланиш туфайли юзага келиб, бироқ симптомлар нервларнинг оғир даражадаги зарарланишдан бўлиб буни каузалгия деб аталади.

Рефлектор симпатик дистрофиянинг диагностик мезони бўлиб оғриқ ҳисобланиб, бу оғриқ нерв шикастланиши оқибатида юзага келади:

- Симпатик нерв системасининг патологик фаолияти белгилари.
- Шиш.
- Ҳаракат фаолиятини бузилиши.
- Тўқима ўсишини бузилиши (дистрофия, атрофия).

Рефлектор симпатик дистрофиянинг клиник намоён бўлиши қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Оғриқ — доимий, кўпинча куйдирувчи, нерв ёки нервлар иннервация зонасидан ташқарида тарқалиши. Оғриқ жисмоний ва эмоционал қўзғалинларда кучаяди ва оғриқ қўл панжа ва оёқ панжа соҳаларида жойлашиб ҳамда қўл ва оёқларга тарқалиши мумкин.
- Тери қопламасини ўзгариши. Тери қопламаси юпкалашиб, қуруқлашиб, пўст ташлай бошлайди. Қўл оёқларида иссиқ ёки

совуқни сезиш хислати пайдо бўлиши мумкин, тер ажралиши кучаяди.

- Шиш – кўпинча яраланиш билан кўшилиб келади, диффуз характерга эга бўлиб, оғриқ соҳасида локализацияланади.
- Ҳаракат фаолиятини бузилиши – оғриқ туфайли кўл-оёқларида тежамкор ҳаракатларнинг бузилиши оқибатида, рефлексор симпатик дистрофия туфайли мушакларнинг қисқаришни пасайиши.

Дастлаб оғриқ шикастланган нерв соҳасида жойлашиб вақт ўтиши билан бош участкаларга тарқалади. Рентгенологик локал остеопороз характерлидир. Нервнинг шикастланиш натижасида симпатик нерв системасининг патологик фаолиятининг юзага келиш механизми ҳам охиригача ўрганилмаган. Рефлексор симпатик дистрофияни тасдиқловчи битта ҳам лаборатор текшириш усули мавжуд эмас. Диагнозни тасдиқлашда синовли симпатик блокада, ҳамда даволаш чора-тадбирлари самарадорлиги муҳим аҳамиятга эга.

ДАВОЛАШ

Оғриқли синдромни даволашда симпатик нерв системаси томонидан куйидагилар қўлланилади:

– ДДТ ва тери орқали нервнинг электик стимуляциялани. Ностероид яллиғланишга қарши дори препаратлари, антидепрессантлар, тутқаноққа қарши воситалар (карбамазепин) ва оддий анальгетикларни қўллаш самарали даво чораси ҳисобланади. Асоратларни юзага келиш хавфи юқорилиги ва биринчи навбатда дори препаратига толерантлик ва элга нисбатан боғлиқ ривожланишни ҳисобга олиб опиоид анальгетикларни қўллаш тавсия этилмайди.

– Симпатик блокадалар кўпинча доимий соғайиш ёки қисман оғриқларнинг камайишини таъминловчи терапевтик самарага эга. Симпатик блокадалардан самара бўлмаганда радикал симпатэктомия қилиш тавсия этилади.

Кўл-оёқлардаги фантом оғриқ. Кўл оёқлардаги фантом оғриқ бу ампутация қилинган кўл-оёқларда оғриқ ҳиссиётини сезиш. Кўл-оёқларини ампутация қилинган барча одамлар фантом ҳиссиётини ўздан ўтказишади, лекин фақат айримларида фантом кўл-оёқларида кучли оғриқ сезишади. Фантом оғриқни кўл-оёқлари куроғидаги

огриқдан ажратиш керак, ammo айрим ҳолатларда бу огриқлар қўшилиб келиши мумкин. Фантом огриқларнинг юзага келиш сабаби ҳам охиригача ўрганилмаган. Фантом огриқлар ампутациядан кейин бирданига ривожланиш ёки бир неча йиллардан сўнг пайдо бўлиши мумкин. Фантом огриқ орқа миyaning орқа шохи нейронларининг дифференцияси билан боғлиқ бироқ рухий омил ҳам муҳим аҳамиятга эга. Фантом огриқ бўлган беморларни даволаш ўзига хос мураккабликка эга. Ушбу беморларни синчиклаб клиник текшириш, психологик омилларни ва бемор агрофидаги омилларни тўғри баҳолаш муҳимдир. Бу беморларни даволашда кўпгина усуллар жумладан ДДТ, анальгетиклар, антидепрессантлар, кичик транквилизаторлар, тутқаноққа қарши препаратлар гипнотерапия ва психотерапия қўлланилади.

Хордотомия, дорсаль ризотомия, симпатэктомия сингари нейрохирургик муолажаларнинг самараси паст. Орқа нерв илдизлари чиқиш зонаси деструкция қилиш операцияси маълум даражада самарага эга. Ушбу операциянинг мохияти шундан иборатки бунда дорсаль нерв илдизи толаларини орқа миёга кириш зонаси деструкция қилинади.

Калла миё нервларининг невралгияси. Калла миё нервларининг невралгиясини патогенезида ўзига хос томони бўлгани учун сурункали огриқли синдромлар ичида муҳим мавқега эга. Калла миё нервининг невралгияси юзага келиши учун нерв илдизини бош миё ўзагига кириш зонасида демиелинизация ўчоғининг шаклланиши зарурдир. Сизги рецепторларининг кўзғалиши оқибатида демиелинизация ўчоғидаги кўзғалишни қўшни толаларга тарқалишига олиб келиб нерв иннервация зонасида жуда кучли санчувчи огриқларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Бу патологик кўзғалиш жараёни эпилепсиядаги жараён билан катта ўхшашликка эга бўлиб иккала жараёнларнинг даволаш асосини тутқаноққа қарши дори воситалари ташкил қилади.

Уч шоҳли нервнинг невралгияси. Ушбу касаллик билан касалланиш бир йилда ҳар 100 минг аҳолидан 4 та касалланиш ҳолатига тўғри келади. Кўпгина ҳолатларда (тахминан 98%) уч шоҳли нервнинг невралгиясини ривожланишига сабаб бўлиб унинг миё ўзагидан чиққан жойидан яқин соҳада атипик жойлашган кон томири (одатда юкориги миёча артерияси тутами) билан босилиш ҳисобига

пульсацияланувчи компрессия жойида нерв толаларининг демиелинизациясини ривожланиш кўрсатилади. Бирок демиелинизация ривожланиш учун генетик мойиллик, миелин алмашинувининг ирсий хусусиятлари катта аҳамиятга эга. 2% ҳолатларда уч шохли нервнинг невралгияси тарқоқ склероз билан касалланган беморларда локал демиелинизация оқибатида ривожланади, бирок оғриқнинг юзага келиши учун нейроваскуляр конфликт бўлиши ҳам зарурдир. Уч шохли нервнинг икки томонлама невралгияси билан касалланган беморларни 20% да тарқоқ склероз аниқланади.

Оғриқ бир неча секунд давомида сақланиб, лекин оғриқ хуружлари сутка давомида кўп марта қайталаниши мумкин. Уч шохли нервнинг шохчаларини чиқиш нуқталарини босилганда оғриқнинг юзага келиши диагностик аҳамиятга эга.

Уч шохли нервнинг невралгиясини консерватив даволашда асосий дори препарати сифатида карбамазепин ҳисобланади. Карбамазепин кунига 3-4 маҳал 600-800-1200 мг суткалик дозада берилади. Карбамазепин 70% ҳолатларда оғриқни анча пасайиши ёки йўқолишига олиб келади. Карбамазепиннинг таъсир механизми кўзгалиш ўчогидаги нейронларнинг “гутканокка тайёргарлик” бўсағасининг ошириши билан боғлиқ. Карбамазепин самара бермаганда айрим вақтларда габапентин ёрдам бериши мумкин. Шунингдек уч шохли нервнинг невралгиясида баклофенни қўллаш мумкин. Уч шохли нервнинг невралгиясининг энг самарали ва патогноматик ўзини оқлаган усул бу уч шохли нерв илдизини микроваскуляр декомпрессия операцияси ҳисобланади. Операция наркоз остида ўтказилади. Энга суяги коваригининг катта бўлмаган трепанацияси бажарилиб, мияча бироз пастга ва медиал силжитилиб уч шохли нерв ва унинг босувчи қон томири аниқланилади. Қон томири микропрепаровка йўли билан нервдан узоклаштирилади ва улар орасига “нейропротектор” – тефлон пахта бўлаги ёки латекс ўрнатади. Беморларда оғриқни тўхтатиш операциядан кейин бирданига ёки бир неча кун ўтгач кузатилади. Операцияга беморнинг соматик аъзолари томонидан қарши кўрсатма бўлганда уч шохли нерв илдизини – нуқтали бир мартали ўчоқли доза 90 гр нурланиш – радиохирургия самаралидир. Уч шохли нервнинг невралгиясини бошиқа даволаш усуллари яъни “блокада” ёки уч шохли нерв

шоҳчаларини алкоголизацияси, Гассеров тугунини деструкцияси ва бошқалар ҳозир кўп ҳолларда тарихий характерга эга. Ҳозирги кунда деструктив операциялар айрим ҳолатларда микроваскуляр декомпрессия самара бермаганда қўлланилади, бироқ деструктив операциялардан кўра бош миёна пўстлоғи ҳаракат зонасини сурункали стимуляцияси самаралироқ даволаш усули ҳисобланади.

Миёна қутиси асоси ўсмаларида жуда кам ҳолатларда уч шоҳли нервнинг невралгияси кузатилади. Ўсма олиб ташлангандан кейин одатда оғриқ тўхтабди.

Бошқа калла миёна нервларининг невралгияси. Учраши бўйича: уч шоҳли нервнинг невралгиясидан кейинги ўринда тил халқум нервининг невралгияси анча кам учрайди. Тил халқум нервининг невралгиясини ривожланишида демиелинизация жараёнининг қон томир компрессияси билан қўшилиб келиш омили асос бўлади. Даволаш жарроҳлик усулида: микроваскуляр декомпрессия *Расм. 4,5.*

СПАСТИКЛИК

“Пирамид” характерда мушаклар тонусининг ошиши асосида альфа – матонейронларнинг гиперфаоллигига олиб келувчи улар фаолиятини ингибирловчи таъсирини камайиши бўлиб ҳисобланади.

Клиник текширишларда қўл-оёқларда пассив ҳаракатларга қаршиликнинг ошиши ва бир вақтнинг ўзиде агонист ҳамда антогонист мушакларнинг қисқариши, клонус даражасигача чуқур рефлексларнинг кучайиши аниқланилади. Мушаклар тонусини узок вақт давлмида баланд бўлиши патологик тана ҳолатларини, қўл-оёқларнинг контрактура ва деформацияларини шаклланишига олиб келади.

Кўпинча спазмлашган мушакларда оғриқ кузатилиб сийдик ва аҳлатни тута олмаслик бўлиши мумкин. Оғир ҳолатларда бемор ҳаракатсиз ҳолатга келиб қолиб, ётоқ яралар ривожланиши мумкин.

Спастиканинг ривожланишига кўпинча бош ёки орқа миёнанинг шикастланишлари (жароҳат, инсулт, гипоксия) тарқок склероз ва бош ҳамда орқа миёнанинг туғма ривожланиш нуқсонлари сабаб бўлади. Спастиканинг кўп учрайдиган ҳолати бу бош миёнанинг перинатал (травматик ёки гипоксик) шикастланиши туфайли ривожланувчи болалар бош миёна фалажи ҳисобланади.

Спастикани даволаш беморга яхши қараш ҳамда парвариш қилишни, мушакларни чўзиш лангета ва махсус қурилмалар ёрдамида мушакларнинг механик чўзишга йўналтирилган машқлар ишлатиш билан даволаш жисмоний тарбияси, массажларни ўз ичига олади. Медикаментоз дори препаратлардан диазепам, баклофен ёки донтролен буюрилади. Ҳамма дори препаратлари мушаклар тонусини пасайтириш билан бирга дармонсизлик, уйқучанлик мушаклар пасайишини чақиради. Врачнинг вазифаси дори препаратини мушаклар тонусини максимал камайтириб, шу билан бирга мушаклар кучини минимал камайтиришга эриштирайдиган самарали дозасини танлашдир.

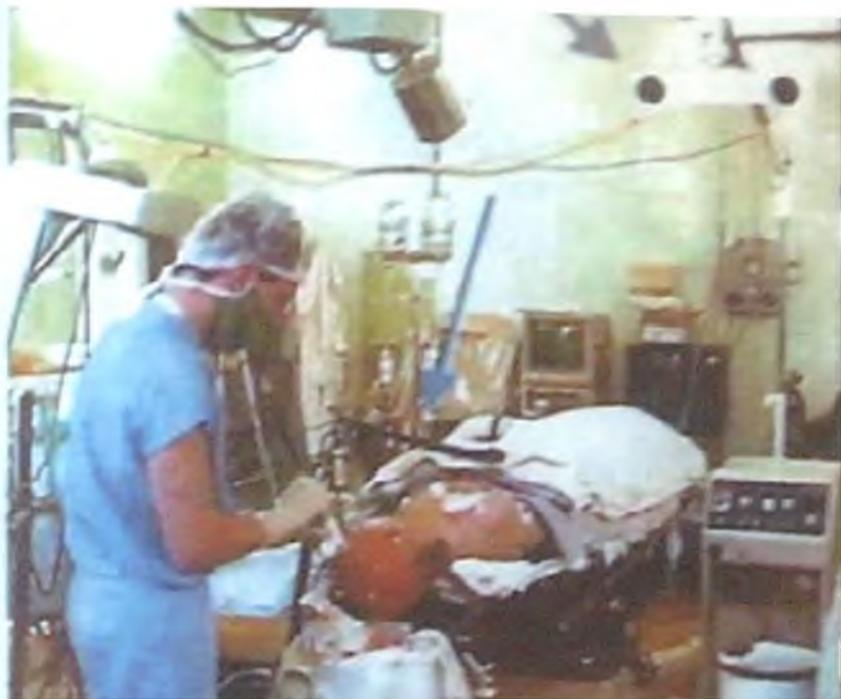
Консерватив даволаш самара бермаганда ёки дориларни яққол ножўя таъсири ривожланганда спастикани жаррохлик усулида коррекция қилиш масаласи ўйлаб кўрилади.

Пайларни чўзиш (тенитомия, телопластика) ва мушакларни узайтириш (миотомия) каби ортопедик операциялар яққол ривожланган контрактураларда қўллашга заруриятига имконият беради. Ушбу операциялар спастиканинг патогенетик механизмига умуман таъсир қилмаганлиги туфайли одатда вақтинчалик самара беради.

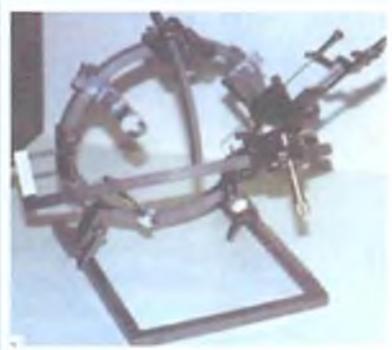
Нейрохирургик операциялар ортопедик операцияларга нисбатан анча самаралироқ бўлиб бу операциялар қуйидагилар:

- Баклофенни интратекал юбориш. Бунда пастки кўкрак умуртқалари даражасида субарахноидал бўшлиққа катетр помпа эса тери ости, ёг клетчаткасига ўрнатилади. Дори препаратини юбориш тезлиги ва даврийлиги беморни ўзи томонидан ташқи программалашган қурилма ёрдамида ўзгартирилиши мумкин. Резервуарда дори препаратининг миқдори маълум даражадан камайгандан кейин резервуар тери орқали пункция қилиниб, янги дори препарати билан тўлдирилади. Бу усулнинг самарадорлиги 95% атрофида, лекин йиллар ўтган сайин даволаниш самараси камайиши мумкин.

- Орқа миёнинг сурункали электростимуляцияси. Очик операция усулида ёки тери орқали T_{IX-L_1} умуртқалар соҳасида орқа эпидурал бўшлиққа электродлар ўрнатилади. Одатда синозли стимуляция ўтказилиб, шундан кейингина электродлар имплантацияланган электростимулятор билан қўшилади. Стимуляция



Расм 1. *Стереотоксик операция базжаралиши вақтида стереотоксик нейронавигацион "Stealth station" системанинг умумий кўриниши (АҚШ) (А.Н.Коновалов ва ҳаммуалифлар маълумотига кўра)*



а)



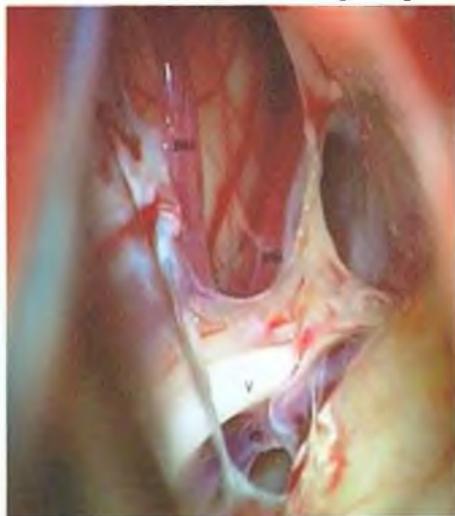
б)

Расм. 2. *(а,б) Рихерт - Мундингер стереотаксик қурилмаси; бемор бошига фиксация қилинувчи ишчи қисми, б) стереотаксик аппарат.*

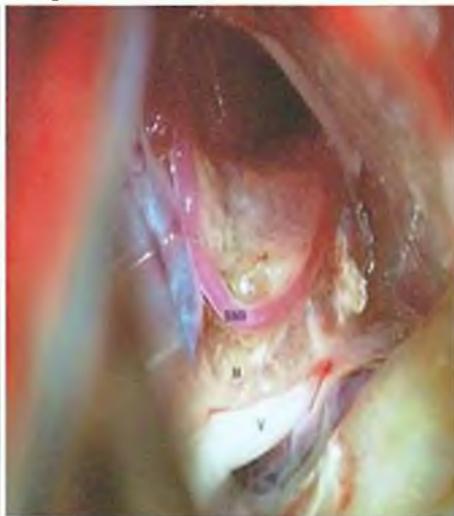


Расм 3. Стереотоксик нейрохирургиянинг асосий принциплари

Интроперацион расм 4, 5.



Расм 4. Уч шохли нерв илдизининг мия ўзагига кириш соҳасида юқориги мияча артерияси билан босилиши



Расм 5. Уч шохли нерв илдизининг мия ўзагига кириш соҳасида микроваскуляр декомпрессия операцияси

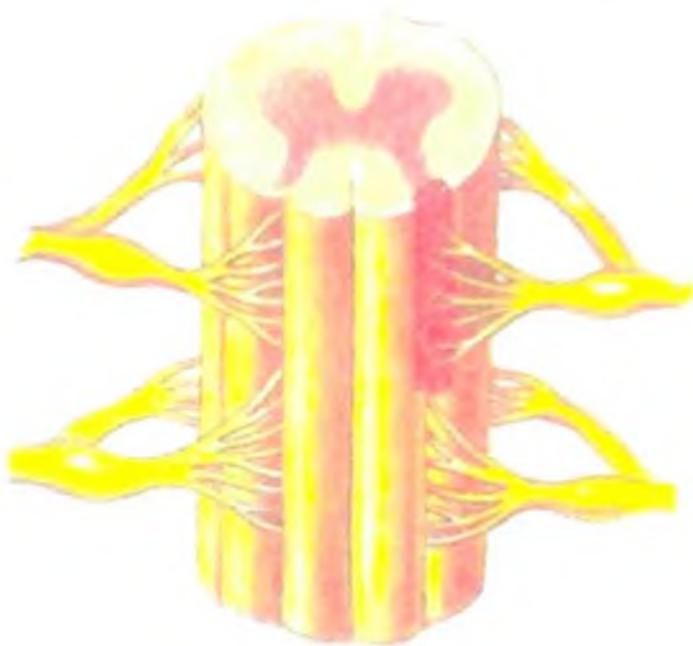


Рис. 6. DREZ операцияси

РАСМЛИ ТЕСТЛАР

1. Расм

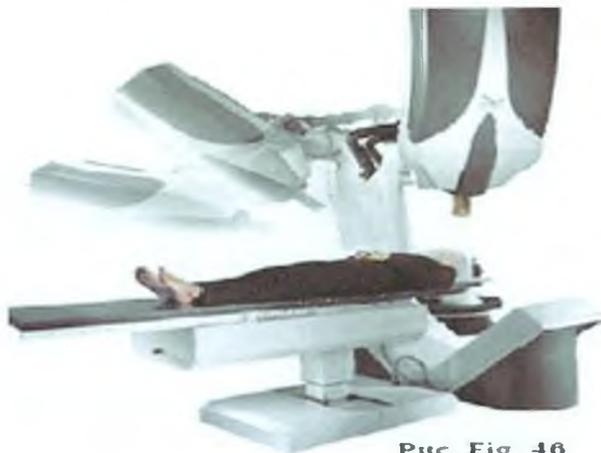
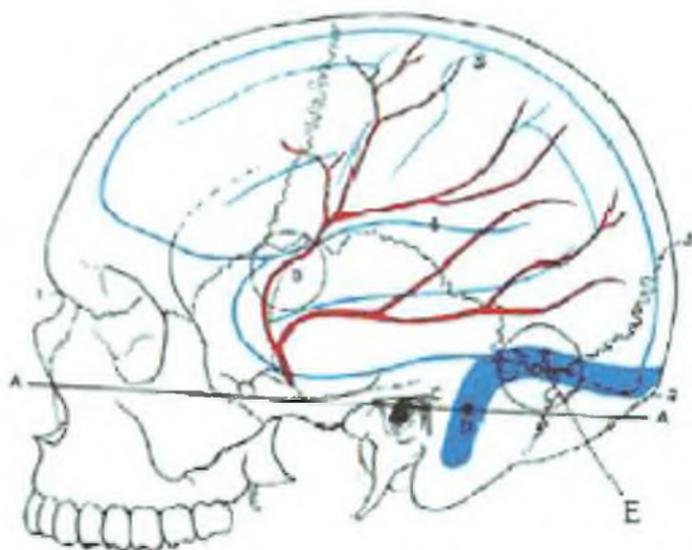
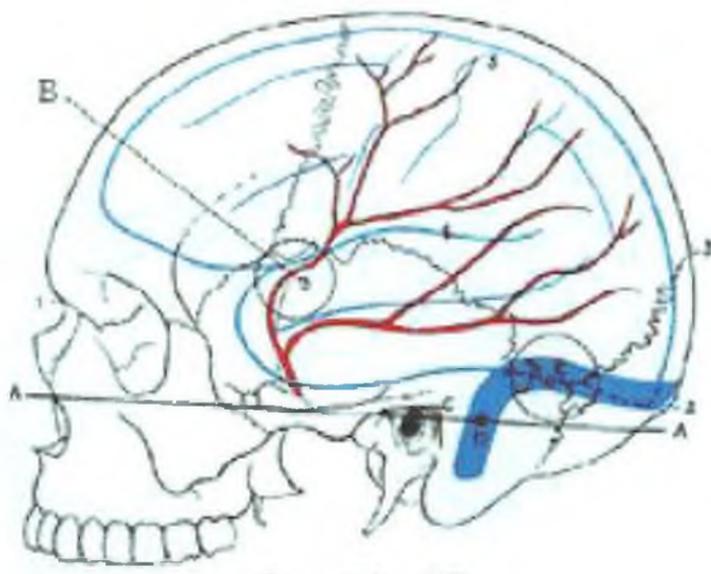


Рис. Fig. 40

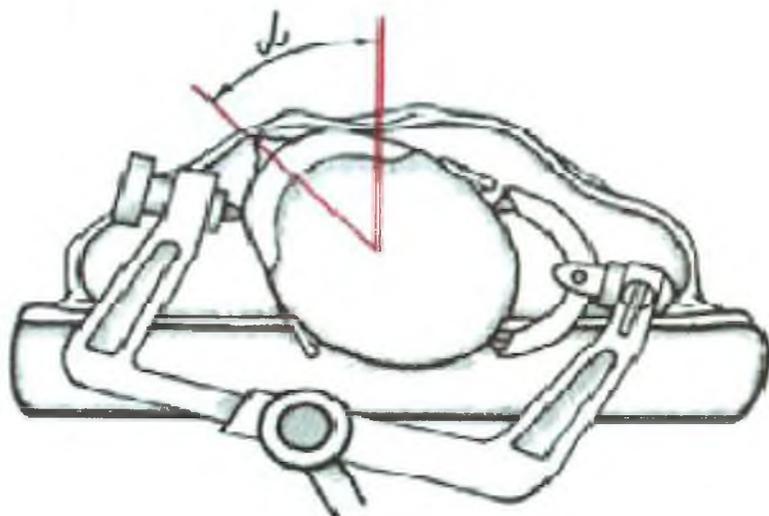
2. Рисунок



3. Рисунок



4. Рацим



5. Рацим



6. Рисунок

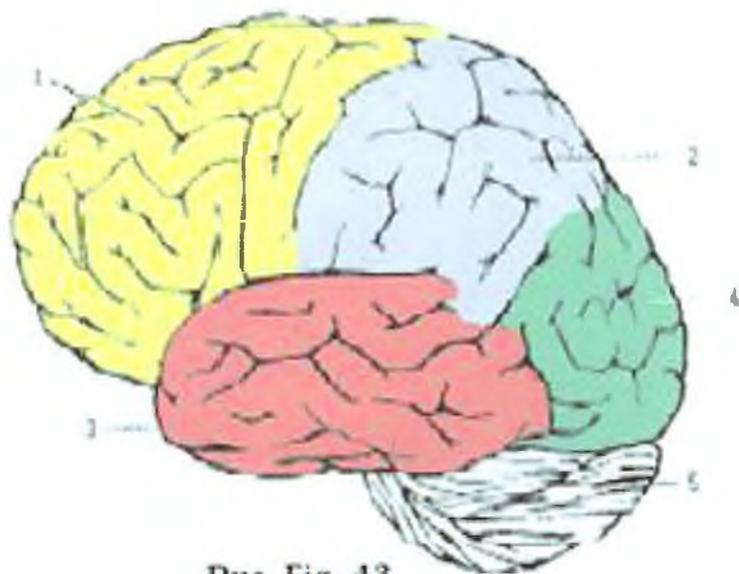
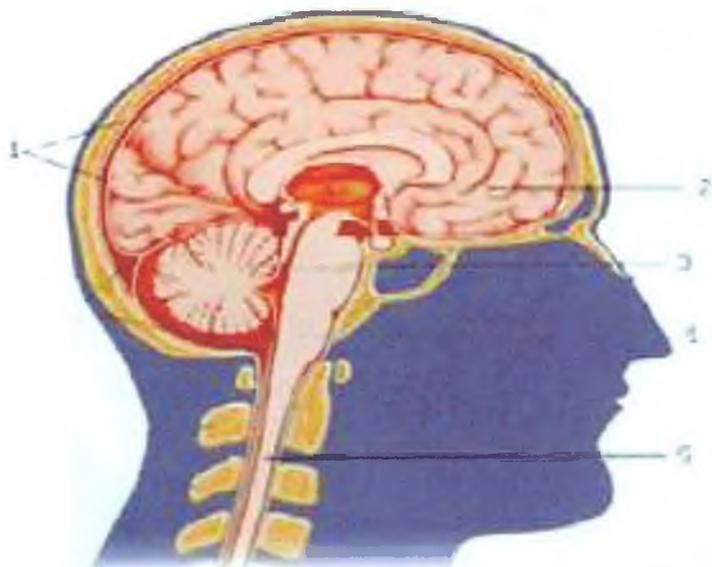


Рис. Fig. 43

7. Рисунок



8. Рам

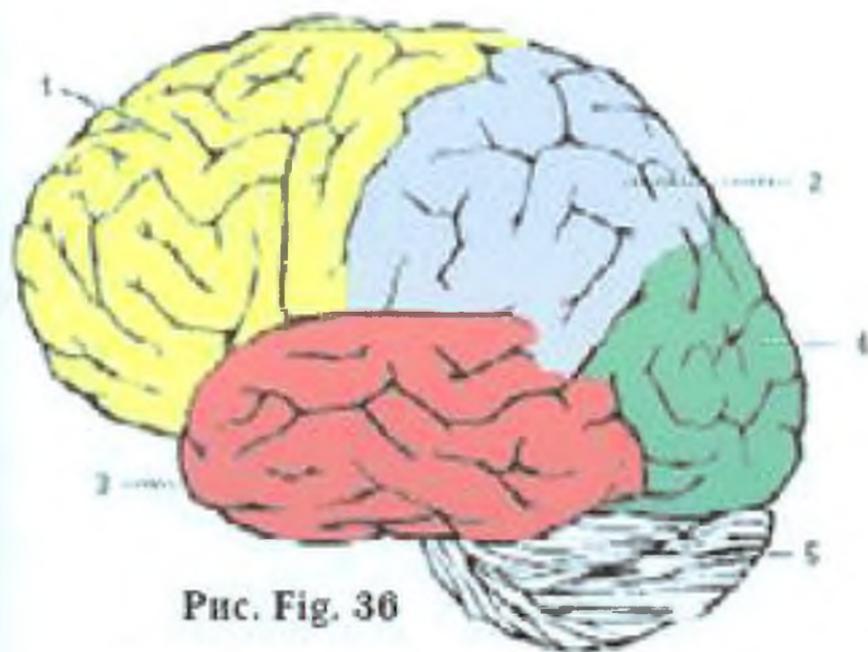
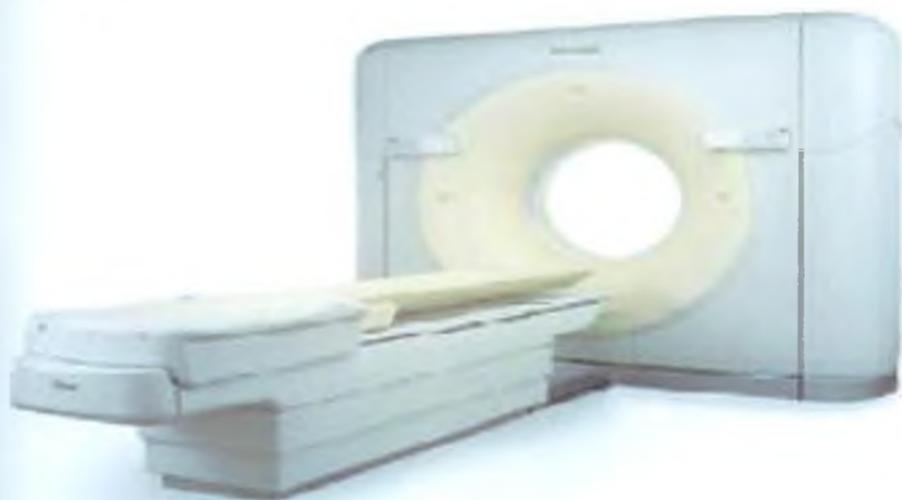


Рис. Fig. 30

9. Рам



10 Расм.



параметрларини танлаш ташқи программаловчи қурилма ёрдамида амалга оширилади; оғриқли парестезиянинг пайдо бўлиши стимуляция режимини ўзгартириш зарурлигини кўрсатади.

• Айрим пайтларда болалар бош мия фалажлигида миачанинг сурункали электростимуляцияси қўлланилади. Миача пўстлогининг юқориги бўлакчаси ва миачанинг тишсимон ўзаги (ядриси) стимуляция зоналари бўлиши мумкин. Спастикани даволашда ушбу усуллар самара бермаганда деструктив операцияларни қўллаш мумкин. Деструктив операциялардан энг кўп қўлланиладиган орқа селектив ризотомия.

Ушбу операцияда L₄-L₅ умуртқаларни ламинэктомияси қилиниб мия қаттиқ пардаси кесилади ва орқа мианинг от думи илдизлари яланғочланади.

Электрофизиологик назорат остида 25 дан 75% гача сезги илдизлари толалари селектив кесиш амалга оширилади. Спастиканинг камайиши туридан узоқ муддатли самара 80-90% беморларда кузатилади. Болалар бош мия фалажи бўлган беморларда оёқларида ҳаракатнинг ҳамда одимлаш яхшиланиши билан кўпинча артикуляция ва қўллардаги ҳаракатлар яхшиланади. Шу мақсад билан орқа миёга орқа нерв илдизларини кириш зонасини деструкция қилиш – DREZ операцияни қўллаш мумкин. Функционал жиҳатдан DREZ операцияси орқа селектив ризотомия билан аналогик (бир хил) ҳисобланади. *Расм. 6.*

Одатда қўл-оёқларда парез пайдо бўлиши ёки уни кучайтирувчи бир нечта деструктив операция усуллари мавжуд. Бу операциялар махсус кўрсатмалар билан кам ҳолларда бажарилади.

Яхши свѣтгли ноаниқ оғриқли синдромлар

Этиологияси ноаниқ сурункали оғриқли синдроми бўлган беморлар кўпинча нейрохирургга мурожаат қилишади. Ноаниқ оғриқ тананинг ҳар қандай соҳасида бўлиши мумкин. Бир қисм беморларда оғриқ сабабини патологик асослаш имконият топиш мумкин, лекин кўп ҳолларда клиник кўриниш интенсив бўлгани учун ушбу патологик ўзгаришларнинг кўриниши асл моҳиятини тушунарли даражада тушунтириб бериш имконияти бўлмайди. Айрим ҳолларда маълум органик патология туфайли синдром гипероғриқли оғриқлар билан кечади. Бошқа беморларда оғриқни объектив текшириш

товилмалари, ва кўшимча текшириш маълумотлари билан умумлаштириш имконияти бўлмайди. Беморни синчковлик билан суриштириши туфайли айрим ҳолларда унинг оғриқдан халос бўлишга имконият тугдириши мумкин.

Беморларни даволаш тактикаси қуйидагиларни ўз ичига олади: оғриқнинг органик асосини синчковлик билан клиник текшириш ва кўшимча текшириш усулларини ўтказиш йўли билан инкор этиш. Беморларда неврологик бузилишлар кўнинча атипик бўлади. Шунинг учун оғриққа органик асос бор ёки йўқлигини аниқлаш учун ўтказиладиган беморнинг кўп қарра қайта текширишлари жуда ҳам фойдалидир.

Врач оғриқли синдромнинг руҳий келиб чиқиш имкониятини шунингдек касалликнинг ижтимоий келиб чиқишини тўғри баҳолаши керак. Кўнинча беморнинг ўзида органик касалликнинг инкор этиши унга психологик ёрдам кўрсатмасликка асос бўлмайди. Мутеликка олиб келиши мумкин бўлган дори препаратларни айниқса наркотик анальгетиклар муаммони янада чуқурлаштиргани учун даволанишда қўлланилмайди.

Рак касаллигида юзага келадиган оғриқ

Авваллардан иккита нотўғри тушунча қолган биринчиси рак касаллигидаги оғриқ кучли бўлади иккинчиси рак касаллигидаги оғриқ бедаво. Беморларни айниқса касалликнинг бошланғич даврларида ҳар қандай оғриқни даволаш мумкинлиги тўғрисидаги маълумотни етказиш муҳимдир. Рак касаллигида юзага келадиган оғриқни даволашнинг асосий принциплари қуйидагилар:

- Тушунтириш ва ишонтириш;
- Онколог тавсиясига биноан хирургик даволаш усуллари, нур терапияси, кимётерапия ёки гормонал терапия усулларини қўллаш билан патологик жараёни модификация қилиш;
- Оғриқ бўсағасини пасайтириш. Бевовталаниш ва депрессив кайфиятни коррекция қилиш оғриқ бўсағасини камайтиришга ёрдам беради. Беморни касалхона ёки ихтисослашган муассасага қисқа муддатга ётқизиб текшириб, оғриқни қолдирувчи дориларни танлаш самаралидир. Хавфсизлик ҳиссиёти бевовталанишни камайишга олиб келиб бу эса рак касаллиги

булган беморда умумий аҳволини яхшиланишга имконият бериши мумкин;

- Оғриқни қолдирувчи дориларни танлаш;
- Нейрохирургик даволаш усуллари.

Рак касаллигидаги юзага келадиган оғриқнинг фармакологик дори воситалари билан даволаш

Оғриқ қолдиришни адекват танлаш оддийдан кучли таъсир қилувчи йўли асосида олиб борилади. Шунингдек оддий анальгетиклар таъсирини кучайтирувчи анальгетиклар, қусишга қарши воситалар, антидепрессантлар, кортикостероидлар ҳам қўлланилади. Аммо булар ножўя таъсирни кучайтириши мумкин.

Даволашни оддий аспирин ёки шунга ўхшаш дори воситаси билан бошланади. Бу препаратлар оғриқни қолдирувчи, яллиғланишга қарши ва иситмани туширувчи таъсирга эга. Аспиринга ўхшаб иситма туширувчи ва оғриқсизлантирувчи фаолиятга эга бўлиб лекин кучсиз яллиғланишга қарши самарага эга парацетамол ҳам оғриқ қолдиришга қўлланилади. Бу дори препаратларнинг асосий устунлиги бу ножўя таъсирнинг йўқлигидадир қисқа наркотик таъсирга эга – кодеин рақ касаллиги туфайли юзага келадиган оғриқни қолдиришда самарали бўлиши мумкин. Наркотик анальгетикларни қўллашдан мақсад минимал ножўя таъсирга эга бўлиб оғриқ устидан назоратга эришишдир. Энг кўп тиббиёт амалиётида қўлланиладиган наркотик анальгетик бу морфин. Кўпгина беморларда морфинни энтерал йўл билан юбориш оғриқни қолдиришда етарли ҳисобланилади. Оғриқ устидан доимий назоратга эриши учун ҳар тўрт соатда юборишга ривож қилиш керак. Суткасига икки марта қабул қилинадиган морфинни узоқ вақт таъсир қилувчи шакли устунликка эга. Наркотик оғриқсизлантиришни энг катта етишимовчилиги бу уларнинг ножўя таъсиридир, айниқса уйқучанлик ва кўнгил айнаш.

Нейрохирургик даволаш усуллари

Нейрохирургик даволаш усуллари консерватив даволаш усуллари самара бермаган ҳолатларда қўлланилади. Асосий нейрохирургик даволаш усуллари:

- Нервни кесиш рақ туфайли юзага келадиган оғриқларда кам қўлланилади. Ўсма нервга ўсиб кирганда юзага келадиган оғриқларда қўллаш мумкин.
- Кордотомия – ён спинотомик йўлни кесиш назарда тутилади. Кордотомия очиқ операция усулида ёки C_1 ва C_2 даражасида перкутант муолажа йўли билан амалга оширилиши мумкин. Қўллардаги оғриқларда доимий бўлмаган самарага эга. Рақ туфайли оғриқларда ушбу муолажа чегараланган қўллашига эга, чунки кордотомия оғриқлантириш тананинг ярмида юзага келади икки томонлама кордотомияда асоратлар юзага келиш хавфи юқори. Шунинг учун ҳам висцерал оғриқларда кордотомиянинг самараси паст ҳисобланади.

Орқа мианинг стимуляцияси

Сурункали яхши сифатли оғриқли синдромларнинг даволашда орқа мианинг эпидурал стимуляцияси кенг қўлланилади. Ушбу усул бел ва қўл-оёқлардаги сурункали оғриқларни даволашда кўп қўлланилади. Ушбу усулнинг аниқ таъсир механизми ноаниқ, лекин шу ҳолат аниқланганлиги орқа мианинг йирик толаларда (сезиш ва вибрация) фаоллашиш бўсагаси пастроқ бўлиб электро стимуляция патижасида танлаб фаоллаштириш рўй бериши мумкин бу эса периферик нервларда келадиган оғриқ сигналлари учун “дарвоза”ни ёнади. Орқа мианинг стимуляция техникаси қуйидагидан иборат: тери остида ўрнатилган генераторга уланган бир нечта электродлар эпидурал бўшлиққа имплантация қилинади.

Симпатэктомия. Тери орқали кимёвий ёки жарроҳлик симпатэктомия ошқозон ости ракида бўладиган оғриқларда самарали усул ҳисобланади.

Мия чуқур структуралари стимуляция қилиш, талатомия, лейкотомия каби мия ичи усуллари ҳозирги вақтда жуда кам ҳолатларда қўлланилади. Мия чуқур структураларини стимуляция қилиш усули жуда тор гуруҳдаги сурункали марказий ва дифференциялашган оғриқлари шунинг фантом ҳамда таламик оғриқлар бўлган беморлар учун “охирги нажот” ҳисобланади. Ушбу усулни нейропатиядаги оғриқларда ва ноцицевтив оғриқлар бўлган маълум даражада қўллаш амалиёти бор. Ушбу муолажа ўткир қайталанувчи ва рақ касаллигидаги оғриқларда кам самарали

ҳисобланади. Дифференциялашган оғриқларда таламуснинг венетро-орка медиал ва венетро-орка латерал участкалари ҳамда ички капсула стимулланади. Периферик ноцицептив ёки неврологик оғриқларда сув қувири атрофидаги кул ранг модда ёки перивентрикуляр модда стимулланади.

Рак касаллигидаги оғриқларни камайтириш мақсадида морфинни орал, ректал кам ҳолларда парентерал юбориш йўлларига нисбатан субарахноидал юбориш усули самарали ҳисобланади. Наркотиклар туфайли ноҳўя таъсирни ривожланиши ёки наркотикларга толерантлик ривожланиши оқибатида консерватив даво самарасизлигида беморларда оғриқни даволашда морфинни субарахноидал бўшлиққа юбориш юқори самара ҳисобланади. Бунда наркотик жуда кичик дозада субарахноидал бўшлиққа юборилади бунинг нағижасида наркотикларнинг юқори дозаларида кузатиладиган ноҳўя самарасининг олди олинади. Энг юқори рецепторларнинг зичлиги думсимон ўзак (ядро), пустлоқ, ўрта таламус, сув қувири атрофидаги кул ранг модда каби перивентрикуляр структурада, IV қоринча тубида жойлашган. Орка мияда энг кўп рецепторлар Substantia gelatinosa да жойлашган.

Наркотикларни белдан интрадурал юбориш техникаси катетрни бел дурал халтасининг субарахноидал бўшлиғига ўрнатишни ўз ичига олади. Морфинни бел соҳасидаги субарахноидал бўшлиққа юбориш ҳар қандай соҳада жойлашган рак касалликларидаги оғриқларни самарали даражада камайтиради.

Изоҳ: Ўқув-услубий тавсияларда келтирилган МРТ, МСКТ ва рентгенограммалар нейрохирургия курсининг базаси ҳисобланган СамМИ клиникаси нейрохирургия бўлимида даволанган беморларга ўтказилган қўшимча текширишлар натижаларидир.

Бундан ташқари тавсияларда интернетнинг www.sammi.uz, www.nsi.ru, www.google.ru сайтлари манбаларидаги схематик расмлардан ҳам фойдаланилди.

Тестлар

1. Каузалтик оғриққа хос белгилар:

- А) Травматик зарарланган нерв асаблайдиган соҳадаги интенсив куйдирувчи характерли оғриқ;
- В) Б ва В жавоб
- Д) Нерв ўзагига босганда чидаб бўлмайдиган оғриқ
- С) Травматик зарарланган асаблайдиган соҳада гипоалгизия ва парестезия
- Е) Юқорида кўрсатилган барча жавоблар тўғри

2. Бел соҳасидаги оғриқнинг асосий сабаби?

- А) Умуртқа погонасининг травматик зарарланиши
- В) Усмалар
- Д) Умуртқа погонаси туғма нуқсонлари
- С) Умуртқа погонасининг инфекцион-аллергик касалликлар
- Е) Умуртқа погонаси ва уни ўраб турган туқималардан дегенератив дистрофик ўзгаришлар

3. Каузалгия вақтида қўлланиладиган эффектив физиотерапия:

- А) Оғриқ ва сегментлар соҳасига УВЧ
- В) Барчаси
- Д) Зарарланган нерв соҳасига новокаин билан электрофорез
- С) Юқори температура бўлмаган (37°C) балчиқ аппликацияси
- Е) Симпатик тугунлар соҳасига СМТ қўйиш

4. Периферик нервнинг травматик тўлиқ узиллишига характерли:

- А) А ва Б жавоб тўғри
- В) Нерв асаблайдиган соҳада, нимжон паралич ва анестезия
- Д) Нерв асаблайдиган соҳада парестезия
- С) Б ва Д жавоб тўғри
- Е) Зарарланган нерв пастки соҳада проекцияси бўйича перкуссия вақтида оғриқ бўлиши

5. Травматик нерв тўлиқ узилганда зарарланган аксонларнинг регенерация тезлиги?

- А) Тўғри жавоб йўқ
- В) Суткада 10 мм
- Д) 10 кунда 1 мм
- С) Бир суткада 0,1 мм
- Е) Суткада 1 мм

6. Нерв зарарланганда денервацион юқори сезувчанлик феномен характерли:

- A) Парасимпатик нейронни ганглиадан кейинги соҳада зарарланишига
- B) Парасимпатик нейронни ганглиадан олдинги соҳасида зарарланишига
- D) Симпатик нейронларнинг ганглиадан олдинги зарарланишига
- C) Б ва Г жавоб тўғри
- E) Симпатик нейроннинг ганглиадан кейинги зарарланишига

7. Қорачиқ денервациясидаги юқори сезгирли феноменини аниқлаш учун кўзга қайси дорини томизишади:

- A) 12,5% пилокорпин эритмаси
- B) Б ва Г жавоб тўғри
- D) 0,1% адреналин эритмаси
- C) 1,25% пилокарпин эритмаси
- E) 1% адреналин эритмаси

8. Фантомли оғриққа характерли симптом.

- A) Қўл оёқлардаги чўлтоқ (культ) соҳасида гинестезия
- B) Қўл оёқлардаги чўлтоқ (культ) соҳасида шиш, кўкариш
- D) Юқорилардагиларда ҳеч қайси
- C) Олиб ташланган қўл оёқларда оғриқни сезиш
- E) Барчаси

9. Нерв ўзаги коммоцияси (чайқалишида) нерв ўтказувчанлиги тўлиқ тикланади.

- A) 3 ойда
- B) 3 ҳафтада
- C) 6 ойда
- D) 3 кунда

E) Барча жавоблар нотўғри

10. Вегетатив тоналари зарарланишига периферик нейропатия кўйидаги тури характерли:

- A) Валлеров дегенерацияси
- B) Нейропатия
- C) Миэлинопатия
- D) Юқоридагилардан бири
- E) Аксонопатия

11. Беморда юз ярмида оғриқ, сезгини пешона ва юқори жағ соҳасида чап томонлама бузилиши аниқланади, қайси нерв касалланган?

- А) Юз нерви чапда
- В) Юз нерви ўнгда
- С) Узоқлашгирувчи нерв чапда
- Д) Уч шохли нерв чапда
- Е) Уч шохли нерв ўнгда

12. Уч шохли нерв иннервация қилади.

- А) Юздаги сезгини
- В) Чайнаш мушакларини
- С) Мимик мушакларни
- Д) Тил мушагини
- Е) Бурун бўшлиғи сезгиси

13. Сон ва болдирнинг орқа юзасида проекцион оғриқ Ахиллов рефлексининг йўқолиши қайси сегментлар зарарланганлигини кўрсатади?

- А) 1-2 бел сегментлари
- В) 2-3 бел сегментлари
- С) 3-4 бел сегментлари
- Д) 4-5 бел сегментлари
- Е) 5 бел ва 1 думгаза сегментлари

14. Соннинг ён юзасида, болдирда, оёқнинг 2-3 бармоқларида проекцион оғриқ бўлиши қайси сегментлар зарарланганлиги билдиради?

- А) 1-2 бел сегментлари
- В) 2-3 бел сегментлари
- С) 3-4 бел сегментлари
- Д) 4-5 бел сегментлари

15. Бонн мия қаттиқ пардасини қайси нерв тармоқлари иннервация қилади:

- А) N. trigeminus
- В) N. trigeminus, n. taktiolis ва n. hupoglossus
- С) N. takialis, n. accessorius ва n. vagus
- Д) N. vagus
- Е) N. opticus

Вазиятли масалалар

1. 50 ёшли аёлда совуқ урийдан кейин боши ва юзининг ўнг ярмида кучли оғриқлар пайдо бўлди. 12 кундан кейин бошнинг сочли қисмини олдинги юзаси, пешона ва юқориги қовоқда тошмалар пайдо бўлди. Тошмалар тошган соҳаларда тери сезувчанлиги пасайган. Бемор қайси касаллик билан касалланган?

- A) Герпетик ганглионит
- B) Уч шоҳли нервнинг невралгияси
- C) Дерматит
- D) Аллергия

2. 50 ёшли аёл гапирганда, овқат чайнаганда, буруннинг ўнг томонида тегинганда ёки шамол текканда юзининг ўнг ярмида 10-15 секунд даво этадиган кучли оғриққа шикоят қилади. Оғриқ хуружи вақтида юзининг ўнг ярмидаги шиллик мушакларнинг спазми кузатилиб, юзининг ўнг ярмидаги тери қоплама гиперемияланган. Оғриқ хуружлари оралигида невралгик статусда ўнг инфраорбитал нуқтани пайпаслаганда оғриқ аниқланиб, юқориги жағ соҳасида тери сезгирлиги ошган. Стоматолог кўригида бир нечта тишларида кариес аниқланган. Беморда бошқа патология аниқланмайди. Сизнинг тахминий ташхисингиз.

- A) Гемикрания (мигрен)
- B) сурункали гайморитъ
- C) Диффуз пульпит
- D) Уч шоҳли нервнинг невралгияси
- E) Юз нервининг неврити

3. 36 ёшли бемор югинишда кучаювчи чап кулоқ орғи соҳасига берилувчи бодомсимон юезлар соҳасидаги кучли оғриққа шикоят қилади. Беморни текширганда тилни орқа учлигида таъм билишни бузилиши аниқланган. Сизнинг ташхисингиз.

- A) Уч шоҳли нервнинг невралгияси
- B) Юқориги хиқилдоқ нервининг невралгияси
- C) Тил ости нервининг нейропатияси
- D) Тил халқум нервининг невралгияси
- E) Юз нервининг нейропатияси

4. 65 ёшли аёл юзининг ўнг ярмида пастки жағ соҳасига берилувчи санчувчи хуружсимон шикоят қилади. Бу ҳолат 3 йил давомида ҳафтасига 1 марта такрорланиб туради. Оғрик пароксизмал характерга эга бўлиб совуқ таъсири остида пайдо бўлади. Бемор дастлаб оғриқни тиш касалликлари билан боғлаб тишларини санация қилган ва иккита тишни олдириб ташлаган. Неврологик текширишларда асаб тизими томонидан патология аниқланмаган. Беморда юзининг ўнг ярмидаги оғриқларни камайтириш учун қандай дори препаратини қўллаш мақсадга мувофиқ:

- A) Индометацин 10 мг дан кунига 3 марта ичиш
- B) Карбамазепин 200 мг дан кунига 3 марта ичиш
- C) Клоназепам 1 мг дан кунига 3 марта ичиш
- D) Сибазон 5 мг дан кунига 2 марта ичиш
- E) Мидокальм 150 мг дан кунига 2 марта ичиш

5. Ўта оғриқ кекса аёл бўйинни чап ярмида оғриқ борлигига шикоят қилади. Қишлоқ врачлик пунктида бўйинни чап ярмига чуқур мушаклар орасига стероидлар билан блокада қилиш вақтида бутун чап қўли бўйлаб тарқалувчи ўткир оғриқ сезган ва чап қўл панжаси осилиб қолган. Блокада қилиш вақтида қайси нерв тузилмаси шикастланган бўлиши мумкин?

- A) C₅ нерв илдизи
- B) Елка чигалининг орқа тутами
- C) Елка чигалининг латерал тутами
- D) Th₁ нерв илдизи
- E) Елка чигалининг медиал тутами

6. Уч шохли нервнинг симптоматик невралгияси қуйида кўрсатилган қайси касалликда учрамайди?

- A) Эшитув нервининг невриномасида
- B) Базилляр артерияси аневризмасида
- C) Толоса-Ханте синдромида
- D) Тарқок склерозда
- E) Мия қутиси орқа чуқурчаси менингиомасида

7. Уч шохли нервнинг невралгиясида характерли оғриқ хуружининг давомийлиги:

- A) Кунлар
- B) Секундлар

- C) Дақиқалар
- D) Ҳафталар
- E) Соатлар

8. 53 ёшли бемор 10 йил давомида умуртқа поғонасининг бел-думгаза қисмида оғриқли синдром туфайли даврий равишда даволаниб юрган мануал терапияси муолажасидан кейин беморда иккала оёқ панжалари қўпол парез ривожланиб, оралик соҳасининг аногенитал зонасида, сон ва болдирнинг ташки ён юзасида анестезия пайдо бўлиб ҳамда чанок аъзоларининг фаолиятини бузилиши кўшилган. Умуртқа поғонасининг бел-думгаза қисми магнит-резонанс томограммасида L5 - S1, умуртқалар орасида 12 мм диск чурраси аниқланган. Беморга зудлик билан қандай даволаш муолажасини ўтказиш тавсия қилинади?

- A) Мануал терапия
- B) Санатор-курорт даво
- C) Дегидратацион терапия
- D) Массаж даволаш жисмоний тарбия ўтказиш
- E) Жарроҳлик усулида даволаш

9. 45 ёшли бемор оғир юк кўтариш вақтида иккала оёқларига берилувчи умуртқа поғонасининг бел-думгаза қисмида кучли санчикли оғриқ сезган. Кейинчалик оёқ панжаларида қувватсизлик ривожланиб чанок аъзолари фаолиятлари бузила бошлаган. Юқоридаги неврологик ўзгаришларнинг сабабини кўрсатинг.

- A) Пастки қўшимча радикуло-медуляр артерияда кон айланишни бузилиши
- B) L4 -L5 умуртқалар орасида дискнинг силжиб секвестрацияланиши
- C) Орқа миянинг лат ейиши
- D) Гематомиелия
- E) Олдинги спинал артериянинг тромбози

10. Бемор танасини букиш вақтида умуртқа поғонасининг бел-думгаза қисмида ўткир оғриқ сезган. Оғриқ иккала оёқларига берилиб, оёқ панжаларида қувватсизлик пайдо бўлган, оралик соҳасида уюшни сезган. Кейинчалик сийғини қийинлашуви кўшилган. Обьектив кўрганда бел тўғри мушакларининг

таранглигига, икки томонлама Массега белгисининг мусбатлиги, оёқ панжаларининг периферик парези, аногенитал соҳада гинестезия аниқланган. Беморни қайси бўлимга ётқизиш даволаш мақсадга мувофиқ:

- A) Режали нейрохирургия бўлимига
- B) Шошилинч неврология бўлимига
- C) Шошилинч нейрохирургия бўлимига
- D) Режали неврология бўлимига
- E) Шошилинч ортопедия бўлимига

11. 27 ёшли бемор совуқ қотишдан кейин юзни ўнг ярминни қийшайишига, чап кўзини қуриқлигига, овқат чайнашни қийинлашганлигини сезган. Тана ҳарорати $37,9^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилган. Бемор пешонасини буриштираолмай қолган, чап кўзини ёна олмай қолган. Тишларини қўрсатганда, чап бурун лаб бурмаси текисланган. Чап қон усти рефлекс чакрилмайди. Қон умумий таҳлилида лейкоцитлар миқдори $10-10^{9/l}$, эритроцитлар чиқиш тезлиги 18 мм/соат. Сизнинг диагнозингиз?

- A) Юз нервни ўткир неврит
- B) Уч шохли нервнинг невралгияси
- C) Тил-халқум нерви невралгияси
- D) Ишемик инсульт
- E) Энцефалит

12. 50 ёшли аёлда совуқ қотишдан кейин бош ва юзнинг ўнг ярмида кучли оғриқ юзага келган. Орадан 2 кун ўтгач бошнинг сочли қисмининг олдинги юзасида, пешонада ва юқори қовоқларда тошмалар пайдо бўлган. Тошма тошган соҳада тери сезгисиз пасайган. Бемор қайси касалликка чалинган?

- A) Уч шохли нерв невралгияси
- B) Псориаз
- C) Дерматит
- D) Герпетик ганглионит
- E) Аллергия

13. 36 ёшли бемор ютинини вақтида кучайувчи чап қулоқ органи соҳасига берилувчи бодомчасиммон безлар соҳасидаги кучли оғриққа ва тилнинг орқа учлигида ва таъм билишининг бузилишига шикоят қилади. Сизнинг диагнозингиз?

- A) Тил халқум нерви невралгияси

- В) Юз нерви невропатияси
- С) Уч шохли нерв невралгияси
- Д) Тил ости нерви невралгияси
- Е) Юқори ва халқум нерви невралгияси

14. 55 ёшли аёл гапирганда, овқат чайнаётганда ва бурун қанотларидан ўнг томонга тегинганда юзнинг ўнг ярмида 10-15 секунд давом этадиган ўткир оғриқ хуружи бўлишига шикоят қилади. Оғриқ хуружи вақтида юзнинг ўнг ярмида мимик мушакларнинг спазми ва юз ўнг ярми тери қопламасининг гиперемиyasi кузатилади. Оғриқ хуружлари оралигида, неврологик статусда ўнг инфраорбитал нуқта пальпация қилинганда оғриқ ва юқори жағ соҳасида сезгининг ошиши аниқланади. Беморнинг иккита тишида кариеc мавжуд. Беморга диагноз қўйинг.

- А) Юз нервининг неврити
- В) Уч шохли нерв невралгияси
- С) Гемикрания (мигрень)
- Д) Сурункали гайморит
- Е) Диффуз пульпит

15. 56 ёшли беморда қўл ва оёқларининг дистал қисмида оғриқ “найноқ” ва “қўлқон” типда бузилиши мавжуд Бу оғриқ қайси типдаги бузилишга киради?

- А) Полиневритик
- В) Невритик
- С) Ўтказувчи йўллар
- Д) Сегментар йўллар
- Е) Диссоциацияланган тип

Расмли тестлар

1. Ушбу асбобни номини айтинг

Тўғрисици танланг:

- A. Кибер-пичок
- B. Нейронавигацион тизим
- C. Юқоридан ҳеч қайсиси
- D. МРТ
- E. Циклотрон

2. E нуктасининг номи

Тўғри жавобни танланг:

- A. Pterion
- B. Asterion
- C. Obelion
- D. Inion
- E. Bregma

3. B нуктасининг номи

Тўғри жавобни танланг:

- A. Asterion
- B. Obelion
- C. Inion
- D. Bregma
- E. Pterion

4. Расмда кўрсатилган каллани фиксация қиладиган мосламанинг номи?

Тўғри жавобни танланг:

- A. Krichfield қисқичи
- B. Mayfield қисқичи
- C. Hallo-west қурилмаси
- D. Тўғри жаво йўқ
- E. ЦИТО қисқичи

5. Ушбу расмда калла асоси ўрта чуқурчаси қайси рақам билан белгиланган?

Битта жавобни танланг:

- A. 3
- B. 4
- C. 5

D. 1

E. 2

6. Мияча қайси рақам билан белгиланган?

Битта жавобни таълағ:

A. 2

B. 4

C. 3

D. 1

E. 5

7. Узунчоқ мия қайси рақамда белгиланган?

Тўғри жавобни таълағ:

A. 1

B. 2

C. 4

D. 3

E. 5

8. Бош миянинг пешона бўлағи қайси рақамда кўрсатилган?

Битта жавобни таълағ:

A. 1

B. 5

C. 4

D. 2

E. 3

9. Ушбу суратда кўрсатилган жиҳознинг номи?

Битта жавобни тўғри таълағ:

A. Циклотрон

B. Магнит-резонанс томография

C. Компьютер томография

D. Ангиограф

E. Гамма-пичок

10. Расмда foramen ovale қайси рақам билан белгиланган?

Аниқ битта жавобни таълағ:

A. 3

B. 1

C. 2

D. 4

E. 5

Жавоблар

Тестларнинг жавоблари

1-A	6- C	11-D
2-C	7-A	12-B
3-D	8-C	13-E
4-A	9-A	14-D
5-B	10-B	15-A

Вазиятли масалаларнинг жавоблари

1-A	6-D	11-A
2-D	7-B	12-D
3-D	8-E	13-A
4-B	9-B	14-B
5-C	10-C	15-A

Расмли тестларнинг жавоблари

1- A	6- E
2- B	7- D
3- E	8- A
4- B	9- C
5- E	10-C

- В) Юз нерви невропатияси
- С) Уч шохли нерв невралгияси
- Д) Тил ости нерви невралгияси
- Е) Юқориги халқум нерви невралгияси

14. 55 ёшли аёл гапирганда, овқат чайнаётганда ва бурун қанотларидан ўнг томонга тегинганда юзнинг ўнг ярмида 10-15 секунд давом этадиган ўткир оғриқ хуружи бўлишига шикоят қилади. Оғриқ хуружи вақтида юзнинг ўнг ярмида мимик мушакларнинг спазми ва юз ўнг ярми тери қопламасининг гиперемияси кузатилади. Оғриқ хуружлари ораллигида, неврологик статусда ўнг инфраорбитал нукта пальпация қилинганда оғриқ ва юқори жағ соҳасида сезгининг ошиши аниқланади. Беморнинг иккита тишида кариес мавжуд. Беморга диагноз қўйинг.

- А) Юз нервининг неврити
- В) Уч шохли нерв невралгияси
- С) Гемикрания (мигрень)
- Д) Сурункали гайморит
- Е) Диффуз пульпит

15. 56 ёшли беморда қўл ва оёқларининг дистал қисмида оғриқ “найпоқ” ва “қўлқоп” тинда бузилиши мавжуд. Бу оғриқ қайси тиндаги бузилишга киради?

- А) Полиневритик
- В) Невритик
- С) Ўтказувчи йўллар
- Д) Сегментар йўллар
- Е) Диссоциацияланган тин

1. Ушбу асбобни номини айтинг

Тўғрисини танланг:

- A. Кибер-пичок
- B. Нейронавигацион тизим
- C. Юқоридан ҳеч қайсиси
- D. МРТ
- E. Циклотрон

2. E нуктасининг номи

Тўғри жавобни танланг:

- A. Pterion
- B. Asterion
- C. Obelion
- D. Inion
- E. Bregma

3. B нуктасининг номи

Тўғри жавобни танланг:

- A. Asterion
- B. Obelion
- C. Inion
- D. Bregma
- E. Pterion

4. Расмда кўрсатилган каллани фиксация қиладиган мосламанинг номи?

Тўғри жавобни танланг:

- A. Kruchfield қисқичи
- B. Mayfield қисқичи
- C. Hallo-west қурилмаси
- D. Тўғри жаво йўқ
- E. ЦИТО қисқичи

5. Ушбу расмда калла асоси ўрта чуқурчаси қайси рақам билан белгиланган?

Битта жавобни танланг:

- A. 3
- B. 4
- C. 5

D. 1

E. 2

6. Мияча қайси рақам билан белгиланган?

Битта жавобни танланг:

A. 2

B. 4

C. 3

D. 1

E. 5

7. Узунчоқ мия қайси рақамда белгиланган?

Тўғри жавобни танланг:

A. 1

B. 2

C. 4

D. 3

E. 5

8. Бош миянинг пешона бўлаги қайси рақамда кўрсатилган?

Битта жавобни танланг:

A. 1

B. 5

C. 4

D. 2

E. 3

9. Ушбу суратда кўрсатилган жиҳознинг номи?

Битта жавобни тўғри танланг:

A. Циклотрон

B. Магнит-резонанс томография

C. Компьютер томография

D. Ангиограф

E. Гамма-пичоқ

10. Расмда *foramen ovale* қайси рақам билан белгиланган?

Аниқ битта жавобни танланг:

A. 3

B. 1

C. 2

D. 4

E. 5

Жавоблар

Тестларнинг жавоблари

1-А	6-С	11-Д
2-С	7-А	12-В
3-Д	8-С	13-Е
4-А	9-А	14-Д
5-В	10-В	15-А

Вазиятли масалаларнинг жавоблари

1-А	6-Д	11-А
2-Д	7-В	12-Д
3-Д	8-Е	13-А
4-В	9-В	14-В
5-С	10-С	15-А

Расмий тестларнинг жавоблари

1- А	6- Е
2- В	7- Д
3- Е	8- А
4- В	9- С
5- Е	10-С

АДАБИЁТЛАР:

Асосий:

1. Коновалов А. Н., Шаболов В. А., Козлов А. В., Степаненко А. Ю. Функциональная нейрохирургия. - М. 2009, с. 354-388.
2. Сипитый В.И. Нейрохирургия: учебник / Харьков 2006, с. 465-480.
3. Кандель Э.И. Функциональная и стереотаксическая нейрохирургия: - М. 1981, с. 366
4. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, Издательство «Гиппократ», 2002 г.
5. Гайдар Б.В., Говенко Ф. С., Свистов Д. В., Мартынов Б. В., Алексеев Е. Д.. Заболевания черепных и периферических нервов. - С. Петербург 2002, с. 255-258.
6. Нейрохирургия: учебник / В.И.Цимбалюк, Б.Н.Лузан, И.П.Дмитерко и др.; Под ред. проф. В.И.Цимбалюка. - М.: Медицина, 2008. с. 160.
7. Цимбалюк В.Г., Хонда А.Н., Третьяк И. Нейрохирургия: Курс лекций – Киев. 1998. 206 с.; Издание второе, стереотипное, Киев, 2000. -256 с.
7. Ромоданов А.П., Мосийчук Н.М., Цимбалюк В.И. Нейрохирургия: Учебник. - М.: 1998.
8. Ромоданов А.П., Н.М.Мосийчук. Нейрохирургия. -К.: Высшая школа, - 1990. с. 263.
9. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия. Том 2. Учебник для медицинских вузов. Москва 2009.

Қўшимча адабиётлар:

1. Атлас топической диагностики заболеваний нервной системы / А.П.Ромоданова, Н.М.Мосийчук, Д.И. Холопченко. - Высшая шк.. - 1987. - 231с.
2. Бротман М.К., Ромоданов С.А. Ранние проявления нейрохирургических заболеваний. - К.: Здоровье, 1984.
3. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Проппин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. - М. Видар, 1997.
4. Мацко Д.Е., Коршунов А.Г. Атлас опухолей центральной нервной системы. СПб.-1998.
5. Можасев С.В. и др. Нейрохирургия. Учебник для студентов медицинских вузов. - С.-П.: Политехника, - 2001.-355с.: с ил.
6. Неврология / Под ред. М. Самуэльса. - М.: Практика, 1997. -640 С.
7. Пастор Э. Основы нейрохирургии. Пособие для врачей и студентов медицинских вузов. Перевод венгерского. - Будапешт: Изд-во АН Венгрии, - 1985. - 278с.
8. Андреев А.В., Андреева С.В, Доценко И.Б. Практика электронного обучения с использованием Moodle. – Таганрог: Изд-во ГТИЮФУ, 2008. – 146 с.
9. Color atlas of neuroscience: neuroanatomy and neurophysiology / Ben Greenstein, Adam Greenstein. Thieme, New York. 2000.
10. moodle.samuni.uz
11. nsi.ru

ТУЗУВЧИЛАР:

Мамадалиев А.М. - СамМИ нейрохирургия курси мудири, т.ф.д., профессор.

Шодиев А.Ш. – СамМИ нейрохирургия курси доценти, т.ф.д.

Норкулов Н.У. -- ассистент

Набиев А.А.– ассистент

Юлдашев Р.Ю. – ассистент, т.ф.н.

ФУНКЦИОНАЛ ВА АСАБ ФАОЛИЯТИНИ ТИКЛАШ ҲАМДА НЕЙРОХИРУРГИЯДА ОҒРИҚЛИ СИНДРОМ

Медицина олий ўқув юртиларининг юқори курс студентлари, магистратура резидентлари ва клиник ординаторлар учун ўқув-услубий тавсиянома

Тех. муҳаррир: Кахрамон Бердиев
Саҳифаловчи дизайнер: Шавкат Сайфуллаев

Қозғоқ бичими А-4. б. т. 2,75., Офсет қоғози.
Адади 100 нусха. Буюртма № 17/57

Самарқанд ш. Сўғдийна мавзеи Алпомиш кўчаси 35 уй
«Ним нур файз» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.

Хизматлар лицензияланган.

Лицензия рақами 18-3306, 23 июль 2014 йил, Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан рўйхатдан ўтган.