



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.24-616.831-001-009.831

БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК ҲОЛАТИ

Артикова М.А. <https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

E-mail: reab.sammi@mail.ru

Обидова М.Б. <https://orcid.org/0009-0007-6284-8399>

E-mail: nigorobidova@gmail.com

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Болалар касаллиғи таркибида бош миё шикастланиши (БМШ) частотаси ҳамда оқибатларининг оғирлиги бўйича ногиронлик ва ўлимнинг жуда юқори фоизлари билан етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. ЖССТнинг маълумотларига кўра, 15 (15,6%) ёшгача бўлган 785 миллиондан ортиқ болалар ногирон бўлиб ҳисобланади. БМШ нинг оқибатларини Л.Б. Лихтерман классификациясига (2014) кўра таснифланади: 1.Ўткир давр: бу ерда миё чайқалиши 10 суткагача чўзилади, енгил ва ўрта оғирлик даражасидаги миёнинг лат ейиши 20 суткагача. 2. Оралиқ давр: миё чайқалиши 6 ойгача, миё лат ейиши 1,5 йилгача. 3. Узоқ муддатли давр: миё чайқалиши 1,5 йилгача ва миё лат ейиши 2,5 йилгача давом этади. Неврологик, психиатрик ва сурункали соматик касаллиги бўлган беморларнинг аксариятида БМШнинг травматик анамнези аниқлангач, шикастланишдан кейин юзага келадиган барча асоратларни қиёсий жиҳатдан фарқлаш керак. Бундай жароҳатларнинг оқибатлари болаларнинг эволюцион ривожланишига ва генетик жараёнларга боғлиқ.

Ключевые слова: бош миё шикастланиши, клиник-неврологик ҳолат, ногиронлик ва ўлим.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Артикова М.А. <https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

E-mail: reab.sammi@mail.ru

Обидова М.Б. <https://orcid.org/0009-0007-6284-8399>

E-mail: nigorobidova@gmail.com

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В структуре детской заболеваемости черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает одно из ведущих мест по частоте и тяжести последствий, приводящих к инвалидности и смертности. По данным ВОЗ, более 785 миллионов детей в возрасте до 15 лет (15,6%) считаются инвалидами. Последствия ЧМТ классифицируются по Л.Б. Лихтерману (2014): 1. Острый период — сотрясение мозга продолжается до 10 суток, ушиб лёгкой и средней степени — до 20 суток. 2. Промежуточный период — сотрясение до 6 месяцев, ушиб — до 1,5 лет. 3. Длительный период — сотрясение до 1,5 лет, ушиб — до 2,5 лет. У большинства пациентов с неврологическими, психиатрическими и хроническими соматическими заболеваниями после установления травматического анамнеза ЧМТ необходимо дифференцировать все последствия, возникшие после травмы. Последствия таких повреждений зависят от эволюционного развития и генетических процессов у детей.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, клиничко-неврологический статус, инвалидность и смерть.

CLINICAL-NEUROLOGICAL CONDITION OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN CHILDREN

Artikova M.A. <https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

E-mail: reab.sammi@mail.ru

Obidova M.B. <https://orcid.org/0009-0007-6284-8399>

E-mail: nigorobidova@gmail.com

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Among childhood diseases, traumatic brain injury (TBI) ranks among the leading causes in terms of frequency and severity of outcomes, with high rates of disability and mortality. According to WHO data, more than 785 million children under the age of 15 (15.6%) are considered disabled. The consequences of TBI are classified according to L.B. Likhтерman (2014): 1. Acute period — concussion lasts up to 10 days; mild and moderate brain contusions — up to 20 days. 2. Intermediate period — concussion up to 6 months, contusion up to 1.5 years. 3. Long-term period — concussion up to 1.5 years, contusion up to 2.5 years. In most patients with neurological, psychiatric, and chronic somatic disorders, after identifying a history of TBI, it is necessary to differentiate all post-injury complications. The consequences of such trauma depend on children's evolutionary development and genetic processes.

Key words: brain injury, clinical-neurological status, disability and death.

Долзарблғи

Болалар касалланиши таркибида бош мия шикастланиши (БМШ) частотаси ҳамда оқибатларининг оғирлиги бўйича ногиронлик ва ўлимнинг жуда юқори фоизлари билан етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Шунинг учун у энг муҳим тиббий-ижтимоий муаммо бўлиб ҳисобланади. ЖССТнинг (Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти) маълумотларига кўра, 15 (15,6%) ёшгача бўлган 785 миллиондан ортиқ болалар ногирон бўлиб ҳисобланади [5,15,16].

БМШ нинг оқибатларини Л.Б. Лихтерман классификациясига кўра таснифлаш мумкин (2014). Унга кўга травматик ва посттравматик жараённинг оғирлигига олиб келадиган асоратлар ва оқибатларнинг шаклланиш зоналари ва механизмларига боғлиқлиги аниқланган бўлиб, чуқур ва ўзига хос таснифлаш таклиф қилинди. Аввало, бош мия тўқималарининг маҳаллий ёки диффуз атрофияси, менингиал пардаларда чандик, кисталар, аневризмалар, бош суяк нуқсонлари, шикастланиш жойида бегона жисмларнинг мавжудлиги ва бош суягининг деформацияси каби асоратлар кузатилади [9].

Болаларда ҳам БМШ катталарга ўхшаб асосан 3 даврда ўтади, аммо бу даврлар ўз давомийлиги билан бирмунча фарқ қилади, жумладан;

1. Ўткир давр: бу ерда мия чайқалиши 10 суткагача чўзилади, енгил ва ўрта оғирлик даражасидаги миянинг лат ейиши 20 суткагача.
2. Оралиқ давр: мия чайқалиши 6 ойгача, мия лат ейиши 1,5 йилгача.
3. Узоқ муддатли давр: мия чайқалиши 1,5 йилгача ва мия лат ейиши 2,5 йилгача давом этади.

Ушбу ёндашув беморнинг ёшга боғлиқ анатомик ва физиологик хусусиятларини, асаб тизимининг преморбид патологиясини, шунингдек, мавжуд соматик патологияни ҳисобга олади.

Клиник-неврологик жиҳатдан БМШнинг оқибатлари гарчи улар касалликнинг ўткир даврида ҳам содир бўлсада, аммо асосан касалликнинг оралиқ ва узоқ муддатли даврларида намоён бўлади. БМШ сонининг кўпайиши, бундай жароҳатларнинг оғирлиги ва ханузгача унинг ташхиси етарли даражада ўрганилмаганлиги билан боғлиқ, шунинг учун ушбу патологияни чуқурроқ ўрганиш зарурати туғилди. Беморларнинг иммунитет ҳолати БМШнинг оқибатлари ва психопатологик бузилишларнинг кейинчалик қай тартибда кечишини белгилайди [1,9].

Шубҳасиз, ёпиқ краниocereбрал шикастланиш оқибатлари билан касалланган беморларни нотўғри ва тартибсиз даволаш кўпинча травматик нуқсоннинг узок муддатли декомпенсациясига, шунингдек, соғлиғининг тобора ёмонлашиши билан боғлиқ патологияга сабаб бўлади. Аксинча, беморларни юқори савияда самарали даволаш усуллари ва фаол реабилитацияси уларнинг аҳволини яхшилашга ва уларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилашга ёрдам беради.

Неврологик, психиатрик ва сурункали соматик касаллиги бўлган беморларнинг аксариятида БМШнинг травматик анамнези аниқлангач, шикастланишдан кейин юзага келадиган барча асоратларни қиёсий жиҳатдан фарқлаш керак. Бундай жароҳатларнинг оқибатлари болаларнинг эволюцион ривожланишига ва генетик жараёнларга боғлиқ.

Касалликнинг ўртача ва оғир оралик ва узок муддатли даврларида энг кўп қўлланиладиган анъанавий даволаш ва реабилитация чораларининг этарли даражада самарасизлиги беморларнинг 60-90%да патологик асоратларнинг шаклланишига олиб келади [2,3].

БМШ нинг узок муддатли оқибатларининг асоси шикастланиш вақтида мия моддасининг бевосита шикастланиши, бош мия қон айланиши ва орқа мия суюқлиги (ОМС) динамикасининг бузилиши, битишмалар ҳосил бўлишининг шаклланиши, аутонейросенсибилизация каби патологик жараёнларпайдо бўлишига олиб келади [2,6].

БМШ оқибатлари Касалликларнинг халқаро таснифининг 10-тасвирида (КХТ-10) тақдим этилган Т90 сарлавҳасида таснифланган. Унга мувофиқ, БМШ оқибатлари: Бош мия шикастланиш оқибатлари, деб юритилади. Бизнинг мамлакатимизда БТШ оқибатларини таснифлашнинг кенгайтирилган ва такомиллаштирилган варианты таклиф қилинган [6], бунда:

- патология юзага келишининг патогенетик хусусиятлари;
- морфологик ўзгаришларга қараб клиник шакллар;
- асосий етакчи клиник синдром (вегетатив-дистоник, цереброваскуляр, ликородинамик, мия-фокал, посттравматик эпилепсия, вестибуляр, нейроэндокрин, астеник, психоорганик зарарланишлар);

- асоратнинг хусусиятлари (прогрессив бўлмаган, прогрессив).

Россия Федерациясининг Н. Н. Бурденко номидаги Нейрохирургия институтида катта ёшли беморлар ва болаларнинг аҳволи ва уларнинг меҳнат қобилиятларини БМШ натижаларини қуйидаги комбинацияларини таъкидлайдиган, дифференциаллашган шкаласини ишлаб чиқилди [8,10]. Унга қўра,

- тикланиш;
- енгил астения (чарчоқнинг кучайиши, лекин хотирани йўқотиш ёки диққатни жамлашда нуқсон йўқ; бир жойда тўлиқ турғун ишлай олади; болалар эса травмадан олдинги ўқув даражаси ва ўқув фаолиятига етиб оладилар);

- хотирани йўқотиш билан кечадиган ўртача астения (олдинги ишида ишлайди, лекин БМШдан олдингига қараганда унумдорлиги паст; болаларда академик кўрсаткичлар бироз пасайиши мумкин);

- оғир астения (жисмонан ва ақлан тез чарчайди, хотира пасаяди, эътибор сусаяди; бош оғриғи ва бошқа патологик ҳолатлар тез-тез юзага келади; малакаси пасаяди, енгилроқ ишда ишлайди; ногиронлик III гуруҳ ногиронлиги белгиланади; болаларда - ўқув самарадорлигининг сезиларли пасайиши кузатилади);

- оғир руҳий ва/ёки ҳаракат функцияларининг бузилиши (ўз-ўзини парвариш қила олиш вазифасини бажара олмайди; II гуруҳ ногиронлиги белгиланади; болаларда билиш ва ўрганиш қобилиятининг сезиларли даражада пасайиши туфайли улар фақат махсус мактаб дастурларида ўқитиладилар);

- руҳият, таянч-ҳаракат функциялари ёки кўришнинг кўпол бузилиши (уларга шахсий парвариш талаб қилади; катталарда I гуруҳ ногиронлиги; болаларга фақатгина зарур бўлган билимлар ўргатилади);

- вегетатив ҳолат;

- ўлим ҳолати белгиланади.

БМШ нинг турли оқибатларини шакллантириш учун асос - шикастланиш вақтида бош миянинг бевосита шикастланиши, мияда қон айланишининг бузилиши ва ОМСнинг чайқалиши, шунингдек аутонейро-сенсибилизациянинг шаклланиши бўлиши мумкин [6,8].

Шикастланишнинг эрта ва узоқ муддатли оқибатларининг шаклланиши мураккаб диагностика ва даволашни талаб қиладиган барқарор патологик кўринишга эга бўлиши мумкин.

Марказий асаб тизимининг (МАТ) перинатал патологиялари клиник оқибатлари ўн йиллар давомида педиатрлар, неонатологлар ва неврологлар ўртасида қизгин баҳс-мунозараларга сабаб бўлиб келган [1]. МАТ нинг перинатал зарарланишлари соматик саломатлик бузилишининг асосий сабабларидан бири бўлиб, болалар ҳаётининг биринчи йилида ҳамда болаликнинг кейинги давларида ҳам жисмоний ва ақлий ривожланишида орқада қолишлар сабабидир [7,14,18].

Бош мия тўқималарининг шикастланишдан кейинги тикланиш босқичлари чандиклар, кисталар пайдо бўлишига, ОМС ҳосил бўлиши ва унинг динамикаси бузилишига олиб келади, бу эса ўз навбатида жароҳатдан кейин организмда аутоиммун ўзгаришларнинг ривожланишига олиб келади [6,11].

Бош мия тўқималарининг архитектурасининг бузилиши неврологик асоратлар даражасига таъсир қилиши мумкин. Бош мия ривожланиши аномалияларининг клиник белгилари унчалик ҳам ўзига хос эмас. БМШ қанчалик кучли бўлса, неврологик аломатлар шунчалик ёрқинроқ намоён бўлади ва улар тезроқ юзага келади. Иммунологик гомеостаздаги ўзгаришларга генетик реакция ҳимоя компенсациянинг пасайишига олиб келади ва тананинг ортиб бораётган аутоенсибилизациясини янада кўпайишига олиб келади [12].

Патологик симптомлар ва улар пайдо бўлиши кетма-кетлигининг ортиши билан бир қаторда, олимлар жароҳатлардан кейин маълум бир ўзгаришларнинг йўқолишини қайд этадилар, бу БМШ нинг турли шакллари ва давлари билан боғлиқ эканлигини қайд этдилар.

БМШ ни таснифлашда шикастланиш натижасида юзага келадиган патологик кўринишларнинг илмий таҳлили, оқибатларини олдини олиш ва даволаш усуллари ишлаб чиқиш кўзда тутилган.

Бош миянинг тузилишига механик таъсир даражаси объектив равишда асаб тизимида умуммий ва маҳаллий ўзгаришларга олиб келади. Илгаридан патология мия шикастланиши натижасида келиб чиққан деб ҳисобланган ва у бир неча босқичларга бўлинган. Улар орасида травмадан кейинги касалликнинг ривожланишининг бошланғич, эрта, оралик, кеч ва қолдиқ давлари изчил равишда ажратилган.

Бугунги кунда БМШ нинг замонавий диагностикаси ва патогенези КТ, МСКТ, МРТ, ЭЭГ, Эхо-ЭЭГ, ТКДГни ўз ичига олган лаборатория ва инструментал диагностика усуллари мажмуасининг натижалари билан тасдиқланади. Баъзи ҳолларда эса чуқурроқ текширишни, радионуклидларни ўрганиш, иммунологик, биокимёвий текширувларни тайинлашни, тестлар ва клиник шикастланиш маълумотларини баҳолашни талаб этади. Олинган натижаларга кўра, узоқ муддатли кома, оғир вегетатив ҳолат, ярим шарлар ва мия сўғонининг зарарланиши, патологик дислокация синдроми ва бошқалар бўлган беморлар учун индивидуал даволаш усуллари ишлаб чиқилмоқда [13,17].

Аҳоли саломатлигини йўқолишининг иқтисодий таркибий сабаби анчадан бери турли муаллифларнинг эътиборини тортмоқда. Бугунги кунда олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, аҳоли ўртасида касалланиш, ногиронлик ва ўлим туфайли келиб чиқадиган иқтисодий йўқотишлар кўлами жуда каттадир. Айнан шунинг учун ҳам аҳоли соғлиғини йўқотишларидан келиб чиқадиган иқтисодий зарарни таҳлил қилиш бугунги кунда алоҳида эътибор талаб қиладиган долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Аҳоли соғлиғини яхшилаш, ўлим ва ногиронликнинг олдини олиш учун соғлиқни сақлашга киритиладиган инвестициялар ҳажмини ҳисоблаш учун бундай таҳлиллар зарурдир.

БМШда ўтқир - биринчи даврни баҳолашда, адабиёт маълумотларига асосан, у мия жароҳат олган пайтдан бошлаб токи организмнинг функциялари, шу жумладан умумий бош мия функциялари барқарорлашгунча ёки беморнинг ўлимига қадар давом этадиган давр бўлиб ҳисобланади. Болаларда бу ўтқир давр катталарникига қараганда анча қисқароқ. Бу шикастланишнинг клиник шакли, оғирлиги ва давомийлигига боғлиқ. Болаларда у 10 - 28 кунгача давом этади. Ўтқир даврнинг минимал давомийлиги енгил оғирликдаги жароҳатларга тегишли бўлиб 10 кунгача давом этади; ўртача оғирликдаги БМШ бу даврнинг давомийлиги 15 - 20 кунгача, оғир жароҳатларда эса 21 - 28 кунгача. Ушбу даврда бош мия тузилмалари тўқималарининг патологик морфологияси деструктив ўзгаришлари, қон кетишлар, гемо- ва ликворологик бузилишлар, беморнинг бош миясининг шишиши билан тавсифланади.

Травматик восита нейрон ва қон томир элементларга зарарли таъсир кўрсатади, уларда молекуляр даражадаги ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бу каби ҳолатлар БМШ натижаларини ва жабрланувчининг тикланиш вақтини белгилайди. Беморнинг танасида қайтариб бўлмайдиган ўзгаришлар метаболик ва генетик касалликларнинг прогрессив ривожланиши натижасида юзага келиши шикастланишнинг натижаси эмаслиги исботланган [14].

Беморларнинг шикастланишидан кейинги давр - оралик давр бўлиб, ўткир даврдан кейин бошланади ва беморнинг аҳволини қисман ёки тўлиқ нормаллашуви билан тавсифланади. Бунда беморлар соғлиғи ижобий натижа билан тўлиқ тикланишига олиб келиши мумкин. Шунингдек, бу давр травмадан кейинги асоратларнинг ривожланиши билан ҳам тавсифланади. Масалан: демиелинизация, кисталарнинг шаклланиши, битишмаларнинг ривожланиши ва бошқалар патологик ҳолатлар юзага келиши билан изоҳланади. Болалик даврида бу давр катталарникига қараганда узоқроқ вақтга эга бўлиб, шикастланиш даражасига боғлиқ. Оралик давр енгил жароҳатларда 6 ойгача, ўртача жароҳатларда 1,5 йилгача, оғир шикастланишда эса 2 йилгача давом этиши мумкин.

Шикастланишнинг учинчи даври - узоқ муддатли давр бўлиб ҳисобланади ва у одатда терапевтик ва реабилитация тадбирлари натижасида эришилган тўлиқ клиник тикланиш ёки янги патологик ўзгаришларнинг ривожланиш жараёни билан баҳоланади [2,9].

Тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, бу зарарланган мия тузилмаларининг прогрессив дегенерацияси туфайли юзага келади, бу ҳалокат шикастланиш асоратларини кучайтиради. Шунинг учун узоқ енгил ва ўртача оғирликдаги шикастланишлар болалик даврида 1,5 ёки ҳатто 2,5 йилгача давом этиши мумкин. Агар болада оғир жароҳатлар бўлса, бу давр 3 – 4 йилгача давом этиши мумкин. Узоқ муддатли давр тўлиқ клиник тикланиши бўлган болаларда 2 йил бўлиши мумкин, агар касаллик прогрессив оғирлашса бу чексиз вақт давом этиши мумкин.

Бундай жароҳатларнинг пайдо бўлиши шикастланиш вақтига, зарар етказувчи омилнинг табиатига, касалликнинг оғирлик даражасига ва бошқаларга қараб таснифланади. Зарар етказувчи омилнинг табиатига кўра, улар бир неча турга бўлинадилар; экстракраниал жароҳатлар бўлмаганда, “изоляцияланган шикастланиш” деб таснифлаш мумкин; “қўшма шикастланиш”да эса скелет суяклари, ички органлар ва тўқималар шикастланишлар қўшилиши тушунилади; “комбинацияланган шикастланиш”да температуравий, радиациявий, кимёвий ва бошқа шаклдаги шикастланишларнинг комбинацияланиб учраши қайд этилади.

Неврологлар амалиётида бошланғич ва иккиламчи БМШни ажратиши табиийдир. Улар мия фаолиятининг бузилиши, инсульт, эпилептик тутканоқлар, вестибуляр кризлар, шунингдек, турли хил кўринишда юзага келиб чиқадиган ўткир гемодинамик касалликлар натижасида намоён бўладилар. БМШ пайдо бўлиш частотасига қараб, улар бирламчи ва такрорий жароҳатларга бўлинадилар.

БМШ да очик ва ёпиқ турлари тафовут этилади. Ёпиқ шикастланишнинг белгиси - бу бош соҳасидаги терининг шикастланиши йўқлиги, баъзи ҳолларда юмшоқ тўқималарнинг озгина зарарланиши кузатилади, аммо апоневрозга зарар эътиборсиз қолдирилади. Ёпиқ шикастланишда калла суяқларининг синиши, юмшоқ тўқималар ва апоневрознинг эзилиши кузатилмайди. БМШ нинг очик турида юмшоқ тўқималарнинг зарарланиши, шикастланган калла суяқларининг бўлакларини ҳам қўшимча зарар етказувчи восита бўлиши мумкин.

Очик синиш белгиларига бурун ва қулоқ бўшлиқларидан кўп миқдорда қон кетиши ва ОМС нинг оқиши кузатилади. Бундай яраларда юзада жойлашган юмшоқ тўқималар ва ҳатто апоневрознинг зарарланиши ҳам мавжуд. Агар бош миyanинг қаттиқ пардаси шикастланмаган бўлса, у ҳолда очик мия шикастланишлари пенетран бўлмаган ҳисобланади, баъзида ҳатто калла суяғида бегона нарса бўлса ҳам. Бу турдаги шикастланиш инфекциялар билан асоратлананиб мия шиши, менингит ва менингоэнцефалит каби яллиғланиш касалликлари билан бирга кечади [6,17].

Ёпиқ типдаги мия шикастланишининг белгилари уч даражадаги оғирликда кечади; мия чайқалиши, миyanинг лат ейиши – контузия ва мия тузилмаларининг диффуз аксонал шикастланиши (ДАШ).

Хулоса

Хулоса қилиб айтганда, адабиёт маълумотларини умумлаштирганимизда, кўпчилик тадқиқотчилар томонидан таклиф қилинган қуйидаги болалардаги БМШ нинг таснифига асосланишимиз мумкин:

- 1) мия чайқалиши билан кечувчи енгил ўзгаришлар;
- 2) мианинг енгил лат ейилиши бўлган ўртача оғирликдаги шикастланиш, баъзида ўртача оғирликдаги жароҳатларда калла суяқларининг синиши билан кечиши ёки уларнинг бўлмаслиги;
- 3) мия шикастланишининг оғир даражаси мия тўқималари, бош суягининг синган бўлаклари билан бош мианинг сиқилиши ёки турли хил этиологияли интракраниал гематомаларнинг: субпериостеал-эпидурал, эпидурал, субдурал, интрацеребрал, интравентрикуляр жойлашувлари билан фарқланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Александров П.В. Клинические особенности черепно-мозговых травм у детей дошкольного возраста // Педиатрия и детская хирургия. 2019;7(3):45-50.
2. Артарян А.А., Банин А.В, Гаевый О.В. Клиническая классификация черепно-мозговой травмы у детей // Методические рекомендации. М., 1991; 17.
3. Артыкова М.А., Аvezов С.К. Клинические особенности у детей перенесших черепно-мозговую травму легкой и средней степени тяжести // Неврология. – Ташкент, 2021;4(88):47.
4. Артыкова М.А., Аvezов С.К. Реабилитационные аспекты и педагогическая помощь родителям детей с черепно-мозговой травмой // Журн. теоретической и клинической медицины, Ташкент, 2022;3:19-26.
5. Валиуллина С. А., Рашаль Л. М., Альбицкий Е. В. и др. Черепно-мозговая травма у детей: эпидемиологические и социальные особенности. В кн.: Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки. Под. ред. В. Ю. Альбицкого. М., 2012.
6. Волкова О. В., Хачатрян В. А. Декомпенсированные нарушения ликвородинамики у новорожденных с гидроцефалией, критерии оценки и новое в лечебной тактике // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021;16(3):290-293.
7. Кадырова А. Ш., Кушубеков Д. К. Особенности черепно-мозговой травмы у детей с синдромом жестокого обращения // Вестник КГМА им. Ахунбаева. 2018;1:145-148.
8. Карпов С.М., Герасимова М.М., Решетник М.А., Мальченко Н.И. Состояние церебральной гемодинамики в остром и отдаленном периодах черепно-мозговой травмы // Неврологический вестник. 2004;XXXVI(1-2):8-11.
9. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма: диагностика и лечение // Геотар-Медиа. - Москва, 2014; 479 стр.
10. Artykova M.A, Avezov S.K. Clinical and Neurological Features And Liquorodynamic Disorders In Traumatic Brain Injury In Children // Scopus. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation 2021;32(3):33679-33684.
11. Artykova M.A, Avezov S.K. Features of Epidemiology and pathogenetic aspects of traumatic brain injury in children // Research journal of trauma and disability studies / ISSN 2720-6866,- 2023;2(11).
12. Beynel L, Powers JP, Appelbaum LG. Effects of repetitive transcranial magneticstimulation on resting-state connectivity: a systematic review. Neuroimage 2020;211:116596.
13. Kletzel S, Aronson A, Guernon A, et al. (2020) Safety considerations for the use oftranscranial magnetic stimulation as treatment for coma recovery in people with severe traumatic brain injury. J Head Trauma Rehabil. 2020;35(6):430–438.
14. Zakharova N., Kornienko V., Potapov A., Pronin I. Neuroimaging of Traumatic Brain Injury, Springer International Publishing Switzerland 2014.
15. Majdan M. et al. Epidemiology of traumatic brain injuries in Europe: a cross-sectional analysis // The Lancet Public Health. 2016;1(2):76-83.
16. Serpa R. O. et al. Pathophysiology of pediatric traumatic brain injury // Frontiers in neurology. – 2021;1194.
17. Reith, F.C.M.; Lingsma, H.F.; Gabbe, B.J.; Lecky, F.E.; Roberts, I.; Maas, A.I.R. Differential effects of the Glasgow coma scale [31] score and its components: An analysis of 54,069 patients with traumatic brain injury. Injury, 2017;48(9):1932-1943. <http://dx.doi.org/10.1016/Zj.injury.2017.05.038> PMID: 28602178].
18. Han K, Chapman SB, Krawczyk DC. Cognitive training reorganizes network modularity in traumatic brain injury. Neurorehabil Neural Repair. 2020;34(1):26-38.

Қабул қилинган сана 20.03.2025