КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ

УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ

И.К. АХУНБАЕВ атындагы
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ

Д.14.17.550 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК: 616.831-001.31-07-089

ЫДЫРЫСОВ ИСМАТИЛЛА ТОКТОСУНОВИЧ

АЙКАЛЫШКАН БАШ СӨӨК - МЭЭ ЖАРААТЫН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА АНЫ ДАРЫЛОО

14.01.17 – хирургия
14.01.18 – нейрохирургия

Медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын изденип алуунун диссертациясынын
автореферати

Бишкек – 2018

Илимий иш И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Республикасынын медициналык Академиясынын дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүү нейрохирургия кафедрасында жана Ош мамлекеттик университетинин жалпы хирургия кафедрасында аткарылды .

Илимий консультант: медицина илимдеринин доктору, профессор Ырысов Кенешбек Бакирбаевич

Расмий оппоненттер: медицина илимдеринин доктору, профессор Жанайдаров Жанибек Срымович

медицина илимдеринин доктору, профессор Кенжаев Махаматжан Гуламович

медицина илимдеринин доктору, профессор Керимбаев Талгат Тынышбаевич

Жетектөөчү уюм: Абуали ибни Сино атындагы Тажик мамлекеттик медициналык университети (Душанбе шаары)

Диссертацияны коргоо 2018-жылдын «20» декабрында саат 14^{00} 720044, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25 дареги боюнча жайгашкан Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборунда жана И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясына караштуу Д 14.17.550 мекеме аралык диссертациялык кеңештин отурумунда өтөт.

Диссертация менен Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо Министрлигине караштуу Улуттук хирургия борборунун китепканасынан (Бишкек шаары, 3-линия көчөсү, 25 дареги боюнча) жана И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын китепканасынан (Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92а), жана www.nsc.kg. сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2018-жылдын «14 » ноябрында таркатылды.

Диссертациялык кеңештин
илимий катчысы,
медицина илимдеринин
кандидаты, ага илимий
кызматкери **Н.Ч. Элеманов**

ИЛИМИЙ ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Баш сөөк - мээ жараатын (БМЖ) диагностикалоо жана дарылоо нейрохирургиядагы актуалдуу проблема болуу менен кийинки жылдары анын мааниси дагы да жогорулады. Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму (ВОЗ) БМЖны 2020-жылга карата өлүмгө алып келүүнүн жана майыптыктын негизги себептеринин бири болуп калат деп божомолдойт [Герасименко В.И.,2002; Агаджанян В.В. жана авторлошу, 2003; Шебалдов А.Р. жана авторлошу, 2003; Анкин Л.Н., 2004; Мыльникова Л.А.,2004; Хунахин С.Н. жана авторлошу, 2004; Багненко С.Ф. жана авторлошу, 2006; Гуманенко Е.К. жана авторлошу, 2006; Комаров Б.Д. жана авторлошу, 2006; Вишняков Н.И. жана авторлошу, 2007; Щедренок В.В. жана авторлоштору, 2007; Стожаров В.В. жана авторлоштору, 2007; Davis J.W et.al. 2012; Callaway D.W et.al. 2014; Cales R.H et.al. 2015; Cother C.C. et.al.2016].

Автоунаалардын жана өнөр жай ишканаларынын санынын өсүшү жана өнүгүшү, бийик имараттардын көп курулушу, илимий-техникалык революция жана медицина илиминдеги ийгиликтер XXI кылымдагы адам патологиясынын мүнөзүн өзгөртүү жана ал бүткүл дүйнөдө бир топ органдарынан жаракат алуулардын көбөйүүсү менен мүнөздөлүүдө. Мындай техникалык жаракат алуулар учурдун жана келечектин глобалдуу проблемасына айлануда [Лебедев Н.В., 2000; Бабенко А.И. жана авторлоштору, 2003; Озеров В.Ф. жана авторлошу; Полторацкий В.Г. жана авторлоштору, 2006; Багненко С.Ф. жана авторлоштору, 2007; Faul M. et. al. 2010; Gebhard F. et. al. 2015; Gennarelli T.A. et. al. 2016; Moore E.E. et. al.2016].

Тынчтык мезгилдеги айкалышкан жана чогуу болгон жаракат алуулардын көп жолуккан түрү айкалышкан баш сөөк-мээ жаракат (БМАЖ) болуп эсептелип, ал бардык айкалышкан жаракат алуулардын 80-89,4 пайызын түзөт. БМАТлардын негизги себеби болуп жол-транспорт кырсыктары жана бийиктиктен кулап түшүү эсептелет. [Мыльникова И.С. жана авторлоштору, 2004; Захматова Т.В., 2000; Могучая О.В. жана авт-ру, 2008; Щедренок В.В. жана авторлоштору, 2007; Hoey B.A. et. al. 2012; Albrecht T. et. al. 2014; Hess J.R. et. al. 2015; Horsey P.J. et. al. 2015; Hussmann B. . et. al. 2016.]

БМАЖ өзүнүн медициналык жана социалдык залал келтириши боюнча оор жаракат алуу катары саналат, мына ошондуктан аны аныктоо жана дарылоо азыркы нейрохирургиянын жана травматологиянын актуалдуу маселелеринин бири болуп эсептелет. Айкалышкан жана чогуу болгон жаракат алуулардын саны көбөйүп, тилекке каршы, өлүмгө алып келген учурлар бул проблеманын интенсивдүү изилдөөгө алынып жатканына карабастан аталган жагымсыз жагдайды төмөндөтүү тенденциясы каалаган деңгээлде болбой жатат. Көпчүлүк учурларда айкалышма жаракаттар шок

менен коштолуп, ал жаракатты аныктоонун жана уюштуруу-дарылоо тактикасынын оптималдуу жолдорун туура тандап алууну таталдаштырып жатат [Садыков Р.А. жана авторлоштору, 2003; Соколов В.А. жана авторлоштору, 2004; Селезнев С.А. жана авторлоштору, 2004; Унжаков В.В., 2005; Сыркина Н.В., 2007; Тошбоев С.М., 2008; Matrinowitz U. et. al. 2011; Millikan J.S. et. al. 2014; Nakayama D.K. et. al. 2014; Muakkassa F.F. et. al. 2016].

Баш сөөгүнөн жана мээсинен жаракат алгандардын патогенезине, клиникасына жана диагностикасына жана ошондой эле аларга өз убагында медициналык жардам көрсөтүүгө чоң көңүл бурулуп келе жатканына карабастан мындай травмалардын өлүмгө алып келген учурлары дагы деле жогору [Вагнер Е.А. жана авторлоштору, 1998; Лебедев В.В. жана авторлоштору, 2001; Анкин Л.Н. жана авторлоштору, 2002; Бердиев Р.Н., 2005; Григорян Г.А. жана авторлоштору, 2007; MacLeod J.B et. al. 2013; Mascia L. et. al. 2015; McMahon C.G. et. al. 2015].

Атайын адистешпеген жалпы хирургиялык жана травматологиялык стационарларда айкашкан жаракат алгандарга тиешелүү жардам берүү маселелери көңүлгө толорлук эмес. Бул проблемаларга арналган медициналык-илимий адабияттардын саны да чамалуу гана, алар айрым бир байкоолорго гана негизделген. [Кривецкий В.В., 2000; Озеров В.Ф. жана авторлоштору, 2004; Бондаренко А.В. жана авторлоштору, 2006; Верховский А.И. жана авторлоштору, 2007; Олейник А.Д. жана авторлоштору, 2007; Lendemans S. et. al. 2014; Leal-Noval S.R. et. al. 2015; Lefering R. et. al. 2015; Klitgaard T. et. al. 2016.]

Жогоруда аталган маселелердин бардыгы биз изилдөөгө алган теманын маанилүүлүгүн жана изилдөө темасынын актуалдуулугун аныктайт.

Диссертациянын темасынын илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүүчү ири илимий программалар, негизги илимий-изилдөөчүлүк иштер менен байланышы. Диссертациялык эмгек изилдөөчүнүн демилгеси менен жүргүзүлгөн илимий иш болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты – оор абалдагы айкалышкан баш-сөөк-мээге болгон жаракатты аныктоонун жана мындай жаракат менен жабыркагандарга өз убагында жардам көрсөтүүнүн оптималдуу принциптерин иштеп чыгуу.

Бул максаттардан улам **изилдөөнүн төмөнкүдөй милдеттери** алдыбызга коюлду:

1. Айкалышкан баш-сөөк-мээге болгон жаракатты аныктоо жана дарылоо иш-чараларынын жол-жобосун, маани-мазмунун аныктоо, баш сөөк - мээ жаракатынын татаалдыгын так аныктоо менен анын клиникасына анализ жүргүзүү, биринчи кезекте, баш сөөктүн сыртындагы жараттарды дарылоо.

2. Айкалышкан баш сөөк-мээге болгон жаракатын түпкү натыйжасына, айыгышына же жабырланып, ырбап кетишине таасир этүүчү факторлорду

аныктоо, ага тез арада медициналык-травматологиялык баа берүүнүн принциптерин негиздөө.

3. Биринчи кезекте, хирургиялык бөлүмдөргө жаткырылган жабырлануучулардын нейрохирургиялык абалын аныктоо. Баш сөөктүн сырткы бөлүгү жаракат алган учурларда баш сөөк - мээге болгон жаракатты аныктоонун салттык-традициялык ыкмалары менен жаракаттын абалына баа берүү. Баш сөөктүн жана мээнин жаракат алуусун аныктоонун мурдагы ыкмаларын өркүндөттүү жана жаңыларын иштеп чыгуу.

4. Нейрохирургиялык дарылоо – аныктоонун тактикаларын өркүндөтүү, жабырлануучунун абалына объективдүү баа берүүнүн негизинде татаалдашкан баш сөөк - мээге болгон жаракатка операциялык кийлигишүү жасоонун факторлорун аныктоо.

5. Жабырлануучунун абалына жана баш сөөк - мээге болгон жаракатка, анын айрым компоненттерине карата жаракатты дарылоонун өзгөчөлүктөрүнө талдоо жүргүзүү, дарылоо механизмдерине туура баа берүү. Жаракат алгандын дарылануу убактысын, стабилдүү эмес гемодинамиканын узактыгын прогноздоонун ыкмаларын иштеп чыгуу.

Иштин илимий жаңылыгы:

Баш сөөк - мээге болгон айкалышкан жаракатка карата чоң клиникалык материалдын негизинде илимий ишке жаңы методикалык көз караштан мамиле жасалды. “Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусун айыктыруунун неинвазивдик прогноздоонун жолдору” №30/15. (И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын патенттик бөлүмү. 10.06.2015).

Жаракаттын стабилдүү эмес гемодинамикалык же сопороздук-коматоздук мезгилин, жаракаттын канча убакытта айыгышын бир топ жөнөкөй жана жеткиликтүү клиникалык көрсөткүчтөрдүн негизинде жогорку тактыкта аныктоонун алгоритми иштелип чыкты. “Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусундагы гемодинамиканын бузулушун жолго салуунун ыкмалары” №28/15.

Жаракаттын жана жабырлануучунун абалына кылдат байкоо жүргүзүүгө, жараттын айыгуу жана башка өзгөчөлүктөрүнө негизделип оорукчанды айыктыруунун уюштуруучулук жана дарылоо – диагностикалык алгоритмдери негизделди жана далилденди.

Жабырлануучуга медициналык – операциялык жардам көрсөтүүнүн төмөнкүдөй жолдору иштелип чыгарылды жана өркүндөтүлдү:

- “Баш сөөктүн ичиндеги травмалык гематомаларды хирургиялык дарылоонун жолдору” (31.07.2017-жылдагы №1974 издеп табууга берилген патент).

- “Баш сөөк - мээге болгон травмага айкалышкан көкүрөк клеткаларынын жана кабыргалардын жабырланышын дарылоонун жолдору”

№25/15.

- “Баш сөөктүн ичиндеги травмалык гематомалардын көлөмүн аныктоонун жолдору” №26/15.

- “Баш сөөктүн жана мээнин оор жаракат алуусундагы мээнин чайкалыш деңгээлин аныктоонун жолдору” №27/15.

- “Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусундагы кан кетүүнү (отек) дарылоонун ыкмалары” №29/15.

Изилдөө ишинин практикалык мааниси.

Жаракаттын оор-жеңилине карап жабырлануучуларды ыкчам түрдө бөлүп алуунун, айрым-айрым жайгаштыруунун клиникалык практикасы жабырлануучуларга прогноздук байкоо жүргүзүүнүн, нейрохирургиялык жана дарылоо-диагностикалык тактиканын негизинде иштелип чыкты жана ишке киргизилди. Башка жаракаттар менен коштолгон баш сөөктүн жана мээнин жаракат алуусун аныктоонун, дарылоонун жаңы жана өркүндөтүлгөн ыкмалары сунушталды.

Изилдөөнүн натыйжалары жабырлануучуларга баштапкы этаптарда дарылоо-диагностикалык жардам берүү боюнча программалык негиздеги методикалык рекомендацияларды түзүүгө мүмкүнчүлүк берди. Илимий изилдөөбүздө зарыл учурларда нейрохирургдарды жалпы хирургиялык жана травматологиялык бөлүмдөргө чакыруу, жабырлануучуларга жардам көрсөтүүдө тиешелүү багыттагы адис-дарыгерлер менен байланышып иштөөнүн иштиктүү жолдору практикалык негизде каралып чыгылды.

Баш сөөктүн жана мээнин жаракат алуусунан жабыркаган оорулууларды атайын адистешкен мекемелерге жайгаштыруунун, аларды комплекстүү текшерүүдөн өткөрүүнүн (рентгендик, эхоэнцефалографиялык, компьютердик же магниттик-резонанстык томографиялык текшерүү,) жана ошондой эле шокко каршы иш-чараларды жүргүзүүнүн зарылдыгы ар тараптуу негизделди.

АБМЖны хирургиялык жол менен дарылоонун ырааттуу жүргүзүлүш жолдору такталды.

Алынган натыйжалардын экономикалык маанилүүлүгү. БМЖды дарылоодо дары-дармектерге кеткен чыгымдардын, жабырлануучуларды айыктыруудагы убакыттын үнөмдөлүшү сыяктуу маанилүү маселелерди өз ичине камтыйт.

Жарандардын эмгекке болгон жөндөмүн сактап калуу, алардын ишке болгон жөндөмсүздүгүн мүмкүн болушунча кыскартуу республикабыздын социалдык-экономикалык абалынын жакшырышына оң салымын кошору айтпасак да түшүнүктүү.

Диссертациянын коргоого алынып чыгылган негизги жоболору:

1. БМА жабырлануучуларды стационарда натыйжалуу дарылоо анын

жалпы ден-соолугуна он таасирин тийгизет;

2. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунан жабыркагандардын травмалык шогунун улантылышын прогноздоо жөнөкөй жана жеткиликтүү клиникалык көрсөткүчтөрдү колдонуу менен атайын иштелип чыккан алгоритм боюнча ишке ашат. Мында жаракатын себебин, анын өзгөчөлүктөрүн, туруктуу эмес гемодинамиканын мезгилинин узактыгын жогорку тактыкта аныктоого мүмкүн болот.

3. Баш сөөктүн жана мээнин, ага кошумча башка дене мүчөлөрүнүн жаракат алуусунун деңгээли, оор-жеңилдиги стационарда баштапкы этапта бир топ жөнөкөй жана жеткиликтүү клиникалык белги, көрсөткүчтөрдүн (пульстун согуу жыштыгы, систоликалык артериялык кан басымдын деңгээли, жабырлануучунун аң-сезиминин абалы, каректердин жарыкка карата реакциясы жана чоңоюп, кичирейиши, беттин, баштын жабыркаш деңгээли ж.б.) анализинде аныкталууга тийиш. Жабыркалуучунун абалын андан ары текшерүүгө алуу анын өзүн сезүүсүнө, ооруган жерлери боюнча даттануусуна жараша минималдык же максималдык өлчөмдө жүргүзүлөт;

4. Баш сөөктүн жана мээнин, ага кошумча башка дене мүчөлөрүнүн катуу жаракат алуусунуна операциялык кийлигишүү, жабырлануучунун абалына, жаракаттын деңгээлине жана ордуна карата аныкталат.

Изденип изилдөөчүнүн жекече салымдары. Изденип изилдөөчүнүн өзүнүн такай операция жасап жүрүүсүнүн жана ага катышуусунун натыйжасында баш сөөктүн жана мээнин жаракат алуусун аныктоонун жана аны дарылоонун төмөнкүдөй ыкмалары иштелип чыкты: баш сөөк-мээге болгон жаракатка айкалышкан көкүрөк клеткаларынын жана кабыргалардын жабырланышын дарылоонун жолдору, баш сөөктүн ичиндеги жаракаттык гематомалардын көлөмүн аныктоо; баш сөөктүн жана мээнин оор жаракат алуусундагы мээнин чайкалыш деңгээлин аныктоонун ыкмалары; баш сөөк - мээге болгон айкалышкан жаракат учурундагы гемодинамиканын бузулушун коррекциялоонун жолдору; баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусундагы кан кетүүнү дарылоонун ыкмалары; баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусун айыктыруунун неинвазивдик прогноздоонун жолдору, жаракаттын биротоло айыгып бүтүшүн божомолдоп билүү.

Клиникалык материалдарды чогултуу жана иштеп чыгуу автор тарабынан жүргүзүлдү, диссертант баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунан жабыркагандарды медициналык текшерүүгө алууга, дарылоого түздөн-түз катышты. Алынган натыйжаларды анализге алуу, аларды талкууга коюу жана интерпретациялоо, корутунду чыгаруу автор тарабынан жүргүзүлдү.

Илимий ишти апробациялоо. Изилдөөнүн натыйжасында келип чыккан жоболордун жарык көрүшү: Кыргызстандын неврологдорунун жана

нейрохирургдарынын республикалык илимий-практикалык конференциясында (2012-ж); Эл аралык адистердин катышуусу менен өткөн анестезиологдордун жана реаниматологдордун республикалык конгрессинде (2012-ж); Профессор С.К. Кайшибаевдин 80 жылдыгына арналган V "Кайшибаевдик окуу" илимий-практикалык эл аралык конференциясында, Алматы шаары, Казакстан (2015-ж); И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын нейрохирургия жана дипломго чейинки жана андан кийинки билим берүү кафедрасынын кошмо отурумунда, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук Госпиталынын нейрохирургия жана нейротавматология бөлүмдөрүндө (2017-ж).

Изилдөөнүн натыйжаларынын практикада колдонулушу.

Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунан жабыркагандарды диагностикалык текшерип чыгуунун, нейрохирургиялык дарылоонун жана мындай жабыркоочуларга байкоо жүргүзүүнүн иштелип чыккан комплекстик рекомендациялары Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук Госпиталынын нейрохирургиялык, нейротравматологиялык жана реанимация бөлүмдөрүндө, Оштогу областтар аралык бириккен клиникалык ооруканалардын бирикмесинде жана Жалал-Абад областтык ооруканасында колдонулуп келе жатат.

Изилдөөнүн натыйжалары И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын студенттерине лекциялык, семинардык жана практикалык сабактарды өтүүдө, врач-курсанттардын билимин өркүндөтүү боюнча сабактарда пайдаланылууда. Сунуш кылынган рекомендациялар боюнча бир патент жана рационализатордук сунуштарга алты күбөлүк алынган.

Диссертациянын темасы боюнча жарык көрүүлөр.

Диссертациялык иштин негизги жоболору 18 илимий макалада чагылдырылды жана автор тарабынан ойлоп табуу үчүн бир патент ("Баш сөөктүн ичиндеги травмалык гематомаларды хирургиялык дарылоонун жолдору". 31.07.2017-жылдагы №1974 издеп табууга берилген патент) жана рационализатордук сунуштары үчүн алты күбөлүк алынган (**"**Баш сөөк - мээге болгон травмага айкалышкан көкүрөк клеткаларынын жана кабыргалардын жабырланышын дарылоонун жолдору". №25/15. И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын патенттик бөлүмү; "Баш сөөктүн ичиндеги травмалык гематомалардын көлөмүн аныктоонун жолдору" №26/15; "Баш сөөктүн жана мээнин оор жаракат алуусундагы мээнин чайкалыш деңгээлин аныктоонун жолдору". №27/15; "Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусундагы гемодинамиканын бузулушун жолго салуунун ыкмалары". №28/15; "Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусундагы кан кетүүнү дарылоонун ыкмалары". №29/15; "Баш сөөктүн жана мээнин

айкалышып жаракат алуусун айыктыруунун неинвазивдик прогноздоонун жолдору”. №30/15. 10.06.2015).

Диссертациянын структурасы жана көлөмү.

Диссертациянын материалы Times New Roman шрифти менен 199 бетте берилди, кириллица (өлчөмү 14, интервал1,5).

Диссертациялык иш киришүүдөн, жеке изилдөөнүн 4 бапынан, корутундудан, тыянактан, практикалык сунуштардан, адабияттарга обзор берүүдөн, 312 булактан турган колдонулган адабияттардын тизмесинен турат, бул адабияттардын 127 ата мекендик жана жакынкы чет өлкөлүк, 185 алыскы чет өлкөлүк авторлордун эмгектери. Илимий иш 7 таблица жана 26 сүрөт менен иллюстрацияланды.

ИЛИМИЙ ИШТИН МАЗМУНУ

1-бап. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусун аныктоонун жана дарылоонун проблемасынын азыркы абалы (адабияттарга обзор берүү). Бул бапта баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунун эпидемологиясына, структурасына жана патогенезине, баш мээнин жаракат алыш механизмдерине, жаракатты аныктоонун жана дарылоонун азыркы абалына жана тенденцияларына кеёири түшүнүк берилди.

2-бап. Материалдары жана методдору. Илимий иш баш сөөгүнөн жана мээсинен айкалышып жаракат алган 251 оорулуунун комплексттүү түрдө медициналык текшерүүгө алынуусуна жана дарылоонун жыйынтыгын тыкыр (детально) талдоосуна негизделди. Орулуулар Оштогу областтар аралык бириккен клиникалык ооруканада, Ош шаарынын клиникалык ооруканасында, Жалал-Абад областтык ооруканасында, Ноокаттагы жана Кызыл-Кыядагы аймактык ооруканаларда 2013-жылдан 2016-жылга чейин дарыланган жабырканууучулар. Биз анализге алган оорулуулардын жаш курагы жана жынысы боюнча бөлүнүшү 1-таблицада берилди.

1-таблица. Оорулуулардын жаш курагы жана жынысы боюнча бөлүнүшү ($p<0,05$)

Жынысы	Жаш курагы				Баары (абс., %)	
	<20	21-40	41-60	61<		
Эркектер	29	62	59	51	201	80,1
Аялдар	9	21	12	8	50	19,9
Абс.	38	83	71	59	251	100
%	15,1	33,1	28,3	23,5	100	

1-таблицадан көрүнүп тургандай, БМАЖ көбүнчө 21-40 жаштагыларда (83-33,1%) жана эркектерде (83 жабыркагандын ичинен 62) болду. БМАЖ менен жабыркагандар арасында 20 жашка чейинкилер (38 оорулуу) жана 61

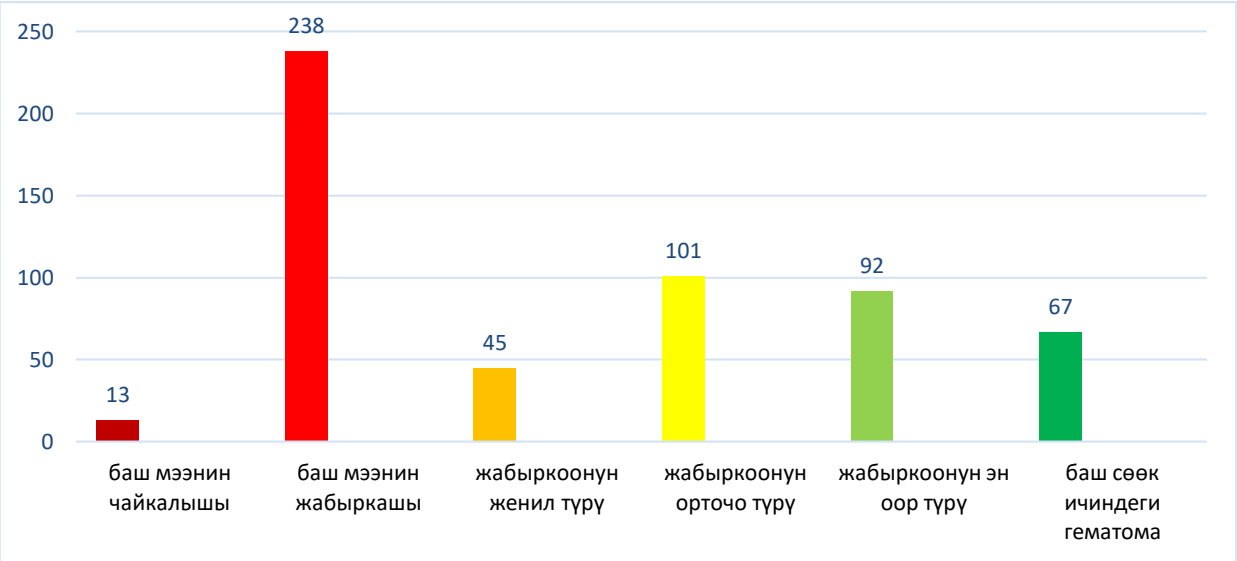
жаштан жогоркулар (59 оорулуу). Биздин изилдөөбүзгө 201 эркек (80,1%) жана 50 аял (19.9%) тартылган (p<0.05). Жабырлануучулардын жаш курагы 13 жаштан 86 жашка чейин.

Жаракат алгандардын көпчүлүк бөлүгү, башкача айтканда, 192 (76,5%) эмгекке жарамдуу 60 жашка чейинки калктын бөлүгү. Мас абалында жаракат алып ооруканага түшкөндөр 86 (34,3%).

Травматизмдин эң кеңири тараган түрү транспорттук жаракат алуу – 135 (58,3%). 96 адам (38,2%) турмуш-тиричиликтик жаракат алышса, өндүрүштүк жаракат алгандар 9 (3,6%), 11 адамдын (4,4%) эмне себептен жаракат алгандыгын аныктоого мүмкүн болбоду.

Бардык жаракат алгандар эң узагы 3 сааттын ичинде стационарларга келип түшүшкөн, 158 (62,9%) адам тез жардам кызматы менен келген болсо, 93 адам (37,1%) тааныш-билиштеринин унаасы менен келген.

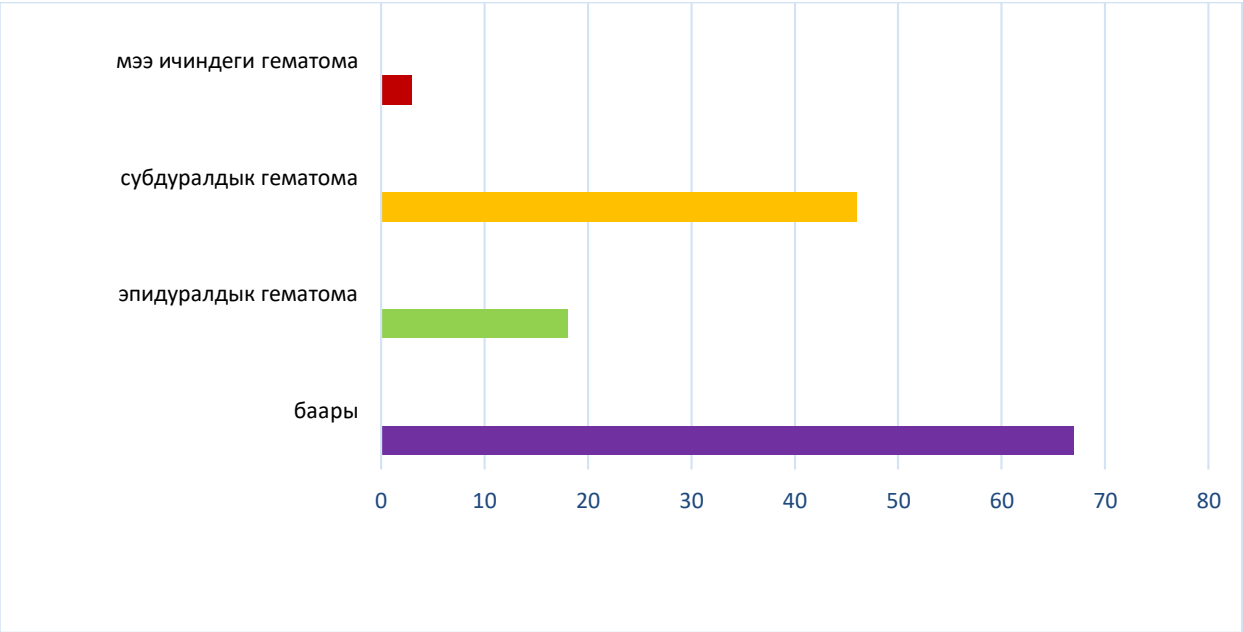
БМАЖ алгандар жаракатынын оордугу боюнча төмөнкүчө бөлүндү: баш мээси чайкалгандар – 13 (5,2%); баш мээсинен ар түрдүүчө жаракат алгандар – 241 (96%); баш сөөк ичиндеги гематомалар менен мээнин кысылып калуусунан жабыркагандар – 67 (26,7%); баш сөөктүн импрессиондук сынышы – 25 (10,0%).



1-сүрөт. Баш мээ жараатынын келбетти.

Баш сөөк ичиндеги жаракаттан пайда болгон гематомалар 251 оорулуунун ичинен 67 адамда (26,7%) байкалган. 18 оорулууда эпидуралдык гематома, 46 адамда субдуралдык гематома, ал эми 3 жабыркоочуда мээ ичиндеги гематомалар пайда болгон. 65 (25,9%) оорулуунун баш сөөгү сынып кеткен, бул болсо баш сөөгүнөн жана мээсинен айкалышып жаракат алуунун олуттуу түрү катары эсептелет. 36 (55,4%) адам баш сөөктүн негизинен жана үстүнкү бөлүгүнөн, 29 (44,6%) адам баш сөөктүн үстүнкү бөлүгүнөн жаракат алган.

БМА жаракат алгандардын көпчүлүк бөлүгү баш сөөгү жана мээси ачык жаракат алышкан (132-52,6%), буга салыштырмалуу баш сөөк-мээнин жабык жаракат саны азыраак (119-47,4%)



2-сүрөт. Баш сөөк ичиндеги жаракаттан пайда болгон гематомалардын түрлөрү.

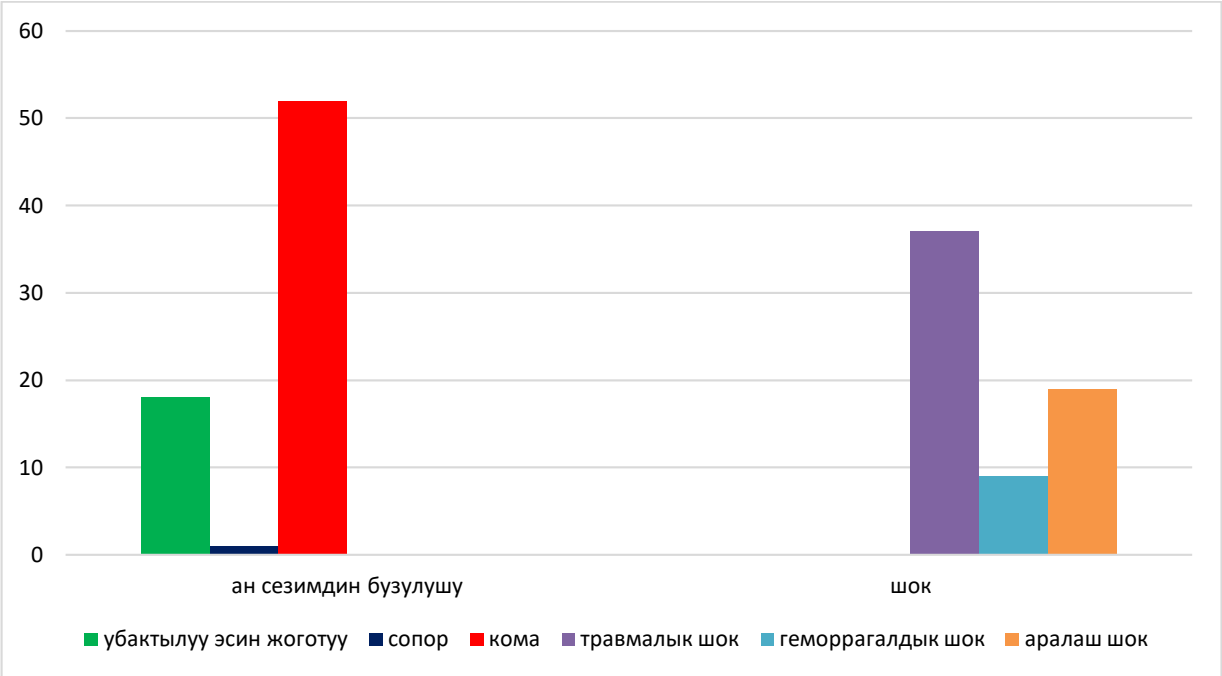
Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунун оор-жеңилдиги ар түрдүүчө, айрым жаракаттар мээни кысып калган болсо, айрымдарынын мээге залалы тийген эмес. Омурткасынан, анын ичиндеги жүлүнүнөн, кол-буттан жаракат алгандарды, баш мээге кандайдыр бир нерсенин сайылып калышын (баш сөөк сынган эмес) биз атайылап караган жокпуз.

Баш сөөктүн сыртынан жана ар түрдүү органдарынан, дене мүчөлөрүнөн жаракат алган 239 оорулууга, алардын жаракатынын деңгээлине да анализ жасап көрдүк. Бет сөөктөн 25 (10,0%), көкүрөк клеткаларынан жана анын органдарынан 43 (17,1%), курсак көңдөйүнөн жана анын айлана-тегерегинен 34 (13,5%) жана башка баш сөөктөн сырткаркы жаракаттардан 137 (54,6%) адам ар түрдүү жаракат алган.

Көпчүлүк жабыркагандар стационарларга оор абалда түшсө, 17 оорулуу терминалдык абалда болгон. БМАТ айрым учурларда травмалык шок менен коштолгон (37 оорулуу – 14,7%). 12 оорулууда шоктун эректилдик фазасы, ал эми 25 оорулууда шоктун торпиддик фазасы байкалган: I даражасы – 8, II даражасы – 9 жана III даражасы – 8.

Шоктун жыштыгы жана узакка созулушу алынган жаракаттын оордугуна жараша ар түрдүүчө болгон: убактылуу эсин жоготуу– 18, сопор – 1, кома – 52, травмалык шок – 37, геморрагиялык шок – 9, аралаш шок – 19.

БМЖ курсак көндөйүнөн (34 - (13,5%), көкүрөк клеткаларынан жана анын органдарынан (43 -17,1%), жаак-беттен (25 -10%) жаракат алуусу менен коштолгондо да шок байкалган. 18 (48,6%) травмалык шокко жана терминалдык абалга кабылган жабырлануучунун баш сөөгүнүн негизи сынган.



3-сүрөт. Терминалдык абалдын түзүлүшү.

Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жана баш сөөктөн сырткаркы органдардан жаракат алган 114 (45,4%) жабырлануучунун денесинин ар кайсы анатомиялык дене мүчөлөрүндө дагы 239 жаракат табылган. Демек, БМЖты ар бир жабырлануучуга 1,6; ал эми БМАЖ ар бир оорулууга 2,44 жаракат туура келген. Мына ушундан да баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жабыркоосун дарылоо абдан түйшүктүү маселе деген жыйынтыкка келүүгө болот, себеби авто унаадан же бийиктиктен кулаган адамдар, тилекке каршы, бир жеринин сынганы менен гана чектелип калбайт.

Адатта, БМАТ жаракат алгандар оор абалда келип, реанимацияга жайгаштырылып, алар реаниматолог, хирург жана травматологдордун катышуусу менен консилиум өткөрүү аркылуу кылдат каралып чыккан. Зарыл учурларда нейрохирург, жаак-бет хирург, отоларинголог, офтальмолог ж.б. чакырылган.

Жабырлануучуларга медициналык текшерүү жүргүзүүдө, аларга так диагноз коюуда аларды алып келген тез жардамдын кызматкерлеринин, аларды коштоп жүрүүчүлөрдүн, мүмкүнчүлүгүнө жараша алардын өздөрүнүн билдирүүлөрү чоң маниге ээ. Зарылчылыгына жараша жабырлануучуга медициналык текшерүү жүргүзүү ага кечиктирилгис реанимациялык жардам

менен (оорулууну шок абалынан чыгаруу, ички жана сырткы кан кетүүлөрдү токтотуу ж.б.) коштолуп жүрүп отурат.

Баш сөөктөн сырткы жаракаттарды дарылоо, алардын оор-жеңилдиги жалпы клиникалык, жалпы хирургиялык жана рентгенологиялык методдор аркылуу аныкталган жана бааланган. Жабырлануучулардын айрымдарына алган жаракатына жараша торако-лапароцентез, лапароскопия жүргүзүлөт. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунун абалы жалпы клиникалык көрсөткүчтөрдү тактоо, неврологиялык карап чыгуу, ооруунун жүрүшүнө байкоо жүргүзүү, мээнин КТ жана МРТграфиясы сыяктуу нейрохирургиялык методдордун жардамы аныкталган.

БМЖ алгандарды карап чыгуунун ырааттуулугу жараттын түрүнө карата ар кандайча болушу мүмкүн, бирок да ооруулуну караган дарыгер сөзсүз түрдө анын көкүрөгүн, курсагын, колу-бутун карап чыгууга тийиш. Оор абалда жаткан оорулуу дагы кайсыл жерлери сынганын же жаракат алганын айтып бере албашы, ал тургай, өзү сезбеши да мүмкүн. Баш сөөк жаракат алганда анын бардык бөлүгүн жумшак сыйпалап чыгуу зарыл, мында сынган, жарылган, деформацияланган, баш сөөктүн конфигурациясынын өзгөргөн, жок эле дегенде шишиген жерлери байкалат. Баштан жаракат алуудагы эң эле коркунучтуусу кандын сыртка чыкпай ичке кетип калуусу. Мында сырттан байкалбаганы менен баш сөөктүн ичине кан уюп, гематома пайда болот.

Көздүн айланасына, айрыкчы кабакка (көздүн үстүнкү бөлүгүнө) кандын уюп кызаруусу, мурундан жана кулактан кан кетүү баш сөөктүн астынкы бөлүгү сынган деп божомолдоого мүмкүнчүлүк берет.

Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусуна медициналык текшерүү жүргүзүүдө неврологиялык изилдөө жүргүзүү менен гана чектелүү таптакыр жетишсиз экендигин баса белгилей кетүүгө туура келет. Адамдын башы катуу жаракат алганда же жабырлануучу шок болгон учурда баш сөөк мээ нервдеринин функциясын текшерүүгө алуу абдан кыйын.

Жабырлануучунун көзүнө кылдат байкоо жүргүзүүдө төмөнкүдөй симптомдорду аныктоого болот: көз жылчыктарынын симметриясы же ассиметриясы, каректердин чоңоюп кетиши же алардын бирдей эместиги, алардын жарыкка болгон реакциясы, көз караштын горизонталдык же вертикалдык өзгөрүшү, чукул нистагма, эки каректин бири-бирине туура келиши же алчы көздүүлүк ж.б.

БМ жаракат алгандардын буту-колунун иштеши да олдоксон болуп калат жана ага карап моно же гемипарезди, моно же гемиплегияны аныктоого болот.

Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунда сезимталдыктын, булчуң тонустарынын өзгөрүшү, патологиялык жана менингеалдык симптомдор да күтүлөт.

Көкүрөк клеткаларынын жаракат алуусунда ар бир кабырга, алардын бекиген жерлери, тери алдындагы эмфизем, дем алуунун ритми жана жыштыгы кылдат текшерилип чыгат.

БМ жаракат алгандардын көбүнүн өзүн билбей калгандыгына байланыштуу алардын курсак көңдөйүнүн жана ички органдарынын кандай жаракат алгандыгын аныктоо абдан татаал. Жетим кабырганын сынышы, көкүрөк же бел, жон омурткаларынын жаракат алышы же жамбаш сөөктөрүнүн сынышы, сынган сөөктөрдүн ички органдарга сайылып калышы, ичтен кан кетүү сыяктуу белгилер жаракаттын так ордун аныктоодо кыйынчылыктарды жаратат. Мында бир жерден жаракат кеткен менен оорунун белгиси башка жерден сезилиш да толук мүмкүн. Демек, мында рентгендик жана УЗИ жолдору менен ооруну диагноздоону жеңилдетүүгө болот.

Жогорудагы себептерге байланыштуу, БМАЖты аныктоо толук клиникалык жана экстрендик лабораториялык медициналык текшерүүгө негизделген. Диагностикалоонун негизги принциби болуп негизги, атаандаштык жаратуучу, экинчи даражадагы жаракаттарды өз убагында аныктоо эсептелет. Андан кийин дароо негизги жаракатты дарылоого киришүүнүн зарылдыгы тууралуу айтпасак да түшүнүктүү.

БМАЖтарды рентгендик текшерүүдөн өткөрүү, эреже катары, 2 проекциядагы обзордук краниография, көкүрөк клеткасынын рентгенографиясы, зарыл учурларда бет сөөгүнүн рентгенографиясы, карын көңдөйүнүн обзордук сүрөткө тартылышы аркылуу ишке ашырылууга тийиш.

Баш сөөгүнөн жана мээсинен жаракат алгандарга ЭхоЭГ, табарсыгын катетерлештирүү, аң-сезимин жоготкондорго лапароцентез, мээсине КТ жана МРТ жүргүзүлдү. Оорулуулардын абалы жакшыра баштаганда аларга ЭКГ жазылды, КАК жана БВБ аныкталды, ар сааттык диурез коюлду, кандарынын клиникалык жана биохимиялык анализдери алынды.

БМАЖ жабырлануучулар ооруканаларга түшкөндө аларга клиникалык-неврологиялык текшерүү жүргүзүлүп, алардын абалына жана өзүн-өзү сезүүсүнө карап операциялар жасалды.

Жабырлануучулардын шоктук абалы күрөө тамырынын согуусун (пульс), кан басымынын систоликалык артериалдык деңгээлин (Keith N.M., 1919), алардын өз ара катышын (Allgower M. Burri C., 1967), жаракаттын шокко алып келүү деңгээлин, кандын кеткен өлчөмүн, клиникалык белгилер жана алардын динамикасын аныктоо менен такталды.

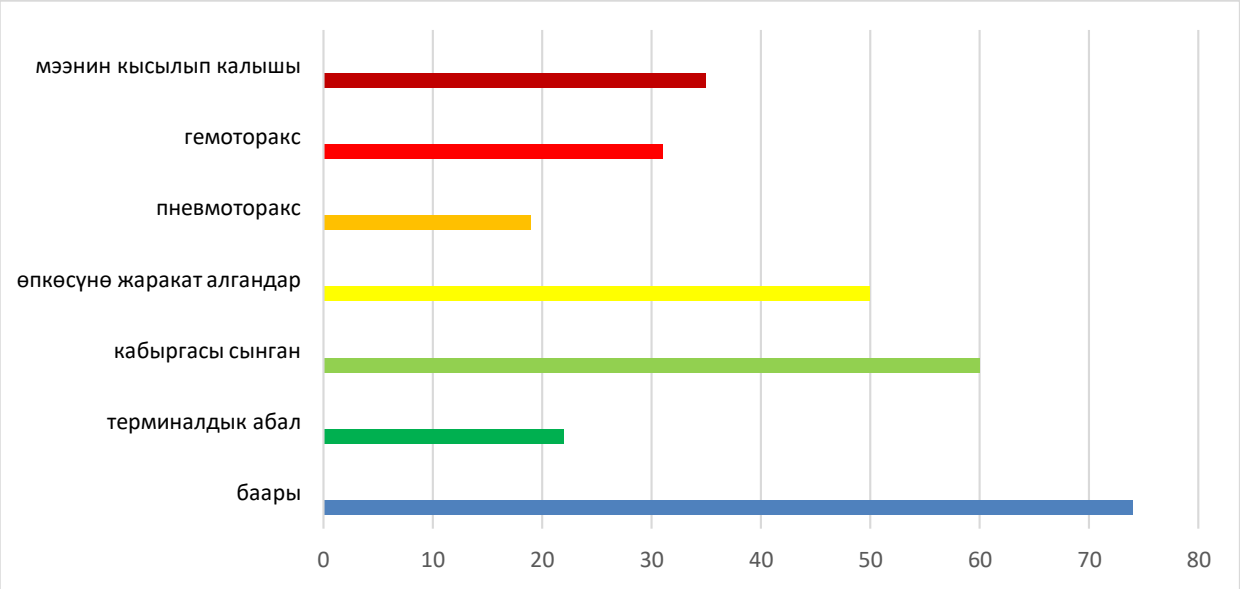
251 жабырлануучунун 37синде (14,7%), башкача айтканда, ар бир оорулуунун жетинчисинде ооруканага түшкөн учурунда травмалык шок катталган. 9 оорулуудан (3,6%) кан көп кетип калып, аларга кан куюуга туура келген.

29 (11,6%) оорулууга торакоцентез, 54 жабырлануучуга (21,5%) лапароцентез жүргүзүлгөн.

БМАЖ учурунда дарылоо тактикасы оорулуунун абалына клиникалык симптомокомплексине, жаракаттын түрүнө карата аныкталган. Баш сөөгүнөн жана мээсинен жаракат алгандарга алгачкы жана шашылыш жардам көрсөтүүнүн негизги принциптери аларга өз убагында жана туура медициналык жардам көрсөтүү, госпиталга чейинки жана госпиталдагы этаптарда дарылоо иштерин ырааты менен жүргүзүү болду.

3-бап. Клинико-неврологиялык симптоматика жана диагностиканын инструменталдык методдорунун натыйжалары. Госпиталга чейинки этапта трахеянын интубациясынын, жасалма дем алдыруунун сейрек аткарыларын, атайын медициналык жардам көрсөтүүчү тез жардам машиналарынын, шокко каршы инфузиондук терапиянын, анальгетиктердин берилишинин жана канды убактылуу токтотуу каражаттарынын жетиштүү эместигин биздин изилдөөлөрүбүз көрсөттү.

Көкүрөк клеткалары жана анын органдарынын жабырланышы менен коштолгон БМАЖ. Стационарга кранио-торакалдык жаракат алуу менен 74 (24,3%) жабыркоочу түшкөн.



4-сүрөт. Көкүрөк клеткалары жана анын органдарынын жабырланышы менен коштолгон БМАЖ түзүлүшү.

Алардын ичинен 22 оорулуу (29,7%) травмалык шок жана терминалдык абалда болгон. 60 (81,1%) оорулуунун кабыргасы сынган, болгондо да 28 жабырлануучунун кабыргасы эки же андан көп жеринен жаракат алган. 13 оорулунун өпкөсү жаракат алган. 35 (47,3%) оорулуунун мээси кысылып калса, 33 жабырлануучунун баш сөөгүнүн ичинде травмалык гематома пайда болгон.

2-таблица. Көкүрөк клеткасынын операция тиби.

Операциянын түрлөрү	Всего	
	абс.	%
Торакоцентез	29	39,2
Торакотомия жана өпкөнүн жаракатын тигүү	2	2,7
Торакоцентез плевралдык дренаж менен	39	52,7
Плевранын пункциялары	4	5,4
Итого	74	100

Көкүрөк клеткалары жана анын органдарынын оор жабырланышы менен коштолгон БМАТнын өзгөчөлүктөрү жана алардын диагностикасы:

1. Дем алуу жолдорунун жаракат алышынын, көкүрөк клеткаларындагы, плеврадагы, өпкөдөгү, кекиртектеги морфологиялык өзгөрүүлөрдүн кесепетинен дээрлик бардык жабырлануучулардын дем алуусу начарлаган.

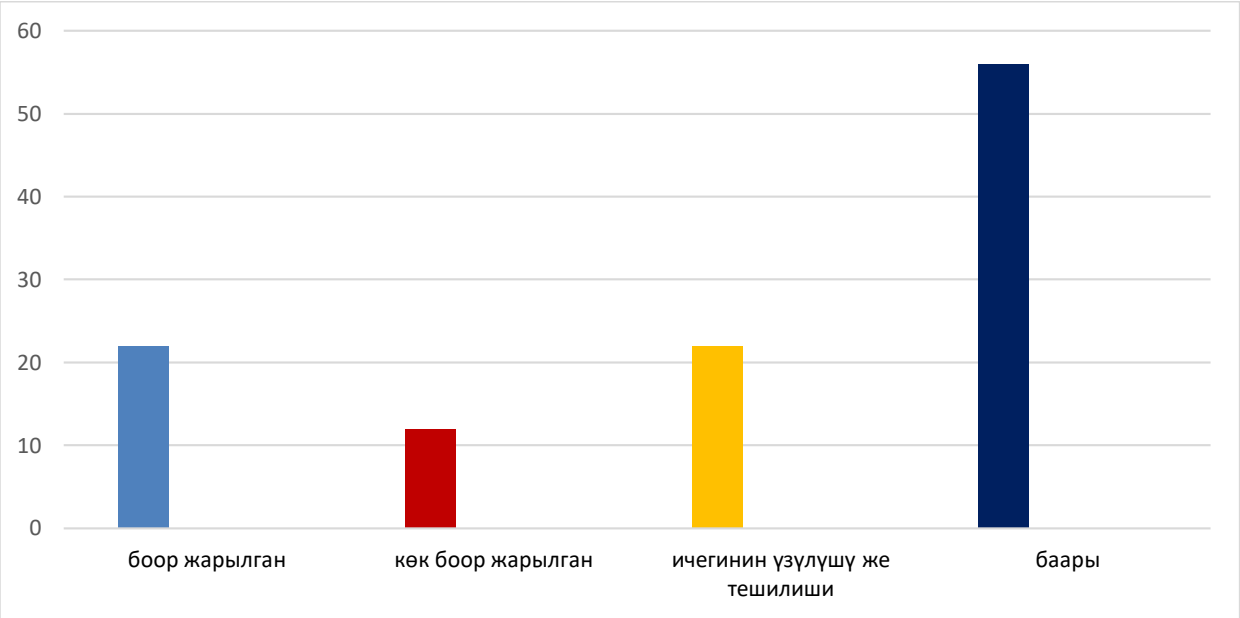
2. Дем алуунун борбордук жөнгө салынышынын бузулушу жана перифериялык дем алуунун начар иштеши бири-бирине терс таасирин тийгизүү менен мээге кандын кетиши менен коштолгон. Натыйжады мээ да жаракат алып, гипоксия даражасы көтөрүлгөн жана бул айрым учурда мээдеги некроз очогунун пайда болушуна алып келген.

3. Кранио-торакалдык жаракат алуудагы травмалык шоктун натыйжалары жагымсыз жагдайларга алып келет. Мындай татаалдашууга плевранын, өпкөнүн сезимтал рецепторлорунун сезгениши, кандын кетиши, кычкылтек менен жетиштүү түрдө камсыз болбоо, борбордук нерв системасынын начар иштеши алып келген.

4. Кранио-торакалдык жаракат менен айкалышкан татаал БМЖты туура жана так диагностикалоо бир топ татаал. Коматоздук абалда неврологиялык симптоматика дайыма эле топикалык диагностиканын негизи боло албайт, себеби айрым симптомдор (анизокория, талма, чыйрыгуу, психикалык чыңалуулар ж.б.) көкүрөк клеткалары жана анын органдарынын жабырланышы, шоктук абал менен байланышышы да мүмкүн. Бул пайда болгон проблемалар төмөнкүдөй кошумча медициналык иш-аракеттерди жүргүзүүнү талап кылат: баш сөөктү жана көкүрөк клеткаларын рентгенографиядан өткөрүү, плевранын пункциялары, ЭхоЭГ, зарылчылыкка жараша диагностикалык фрезалук тешикчелердин салынышы да мүмкүн.

Курсак көңдөйүнүн жабыркашы менен коштолгон БМАЖ. Стационарга кранио-абдоминалдык жаракат менен 56 (22,3%) оорулуу түшкөн. Бардык жабыркоочулар жол-транспорт кырсыктарынан жапа чегишкен. Алардын ичинен 4 оорулуу I-II даражадагы жаракаттык шок менен келип түшкөн. Курсак көңдөйүнүн жабыркашын диагностикалоо үчүн бардык оорулууларга лапароцентез жүргүзүлгөн. Бардык жабыркоочулардын табарсыктарына

катетир коюлган.



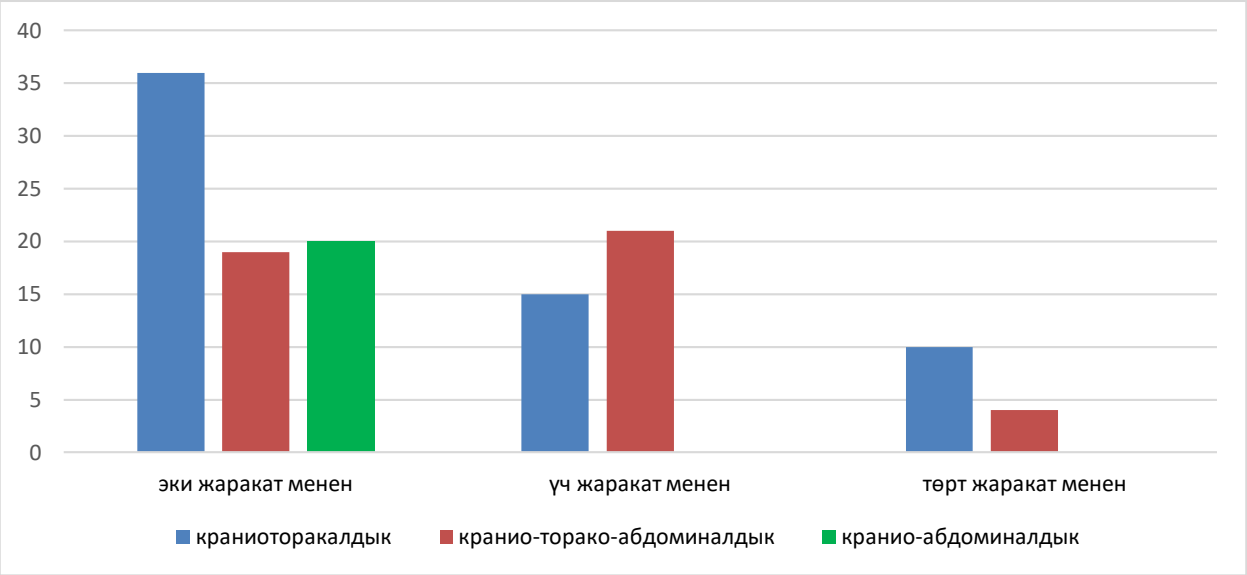
5- сүрөт. Курсак көндөйүнүн жабыркашы менен коштолгон БМАЖ түзүлүшү.

3-таблица. Курсак көндөйүнүн жабыркашысына болгон операциянын тиби (n = 54).

Операциянын түрлөрү	абс.	%
Боорду тигүү	21	38,9
Көк боорду алуу	11	20,4
Ичегинин үзүлүшү же тешилишин тигүү	22	40,7
Баары	54	100,0

Баш сөөктөн сырткаркы көптөгөн жаракаттар менен коштолгон БМАЖ. Бул топ салыштырмалуу түрдө башка жабыркоочуларга караганда көбүрөөк болду (137 – 44,9%). Мындай жабыркоочулар көп жеринен жаракат алгандыктан ден-соолуктарынын абалы да оор болуп, алардын ичинен 98 (71,5%) оорулуу жаракаттык шок жана терминалдык абалда келген.

Мындай орулууларга баш сөөктү жана көкүрөк клеткаларын рентгенографиядан өткөрүү, эки тараптуу плевралдык пункциялары, ЭхоЭГ, лапароцентез, табарсыктарына катетер коюу, жаракаттын түрүнө жараша диагностикалык фрездик тешикчелерди салуу максатка ылайыктуу. Организмдин компенсатордук мүмкүнчүлүктөрүнүн азайышына байланыштуу оорулуунун өлүмүнө алып келүүчү учурларда диагностикалык (эксплоративдик) лапаротоммянын кооптуу экендигин эскерте кеткибиз келет.



6-сүрөт. Баш сөөктөн сырткаркы көптөгөн жаракаттар менен коштолгон БМАЖ түзүлүшү.

Баш сөөктөн сырткаркы көптөгөн жаракаттар менен коштолгон БМАЖтардын варианттарына жасалган ар тараптуу анализ төмөнкүлөрдү көрсөттү: баш сөөктөн сырткаркы эки жаракат менен коштолгон БМАЖтар эң көп – 91 (65,7%), алардын ичинен кранио-торакалдык – 26, кранио-торако-абдоминалдык – 18, кранио-фациалдык 16, кранио-абдоминалдык – 14. Баш сөөктөн сырткаркы үч жаракат менен коштолгон БМАЖтардын саны 36 (26,3%), алардын ичинен кранио-торако-абдоминалдык – 10, кранио-фацио-торакалдык – 4; 10 адам (7,3%) баш сөөктөн сырткаркы 4 жаракат менен жабырланган, алардын ичинен 4 адам кранио-фацио-торако–абдоминалдык жаракат алышкан.

Баш сөөк - мээден болгон жана башка жаракаттар менен коштолгон БМАЖтардын көптөгөн татаалдыктарына жана өзгөчөлүктөрүнө, жабыркагандарга реанимациялык жана шокко каршы медициналык иш-чаралардын өз убагында колдонулгандыгына карабай оорулуунун аң-сезими, өзүн-өзү сезүүсү мээнин кандай деңгээлде жабыркашынын эң башкы критерийи болуп саналат. Биз аң-сезимдин бузулушунун деңгээли менен баш сөөк – мээнин травмасынын оордугунун параллелдүүлүгүн ($p<0,05$) аныктап чыктык. Бирок да, БМ жаракат алгандардын айрым бөлүктөрүндө (11,9%) мээнин жаракат алышына карата эсин жоготуу, эстен тануу (кээде терең комага чейин) болуп, жаракатка диагноз коюуну, аны так аныктоону кыйындаткан.

Баш мээнин башка жабыркоолор менен коштолуусунун жана гемодинамиканын бузулушунун дагы башка критерийлери жабырлануучунун дем алуусунун начарлашы, каректердин жарыкка карата начар реакциясы, күрөө тамырдын согушунун начарлашы, экзофтальмдын болушу же болбошу,

көздүн ички бөлүгүнүн жана жалпы эле көздүн киртейиши, (баш сөөк - мээден болгон жана жаракат жеңил болуп, шок оор болсо көздүн киртейиши аз же тескерисинче), көз менен көрүүгө мүмкүн болгон баш сөөктөгү жаракаттар ж.б.у.с.

Гемодинамиканын бузулушу менен коштолгон баш сөөк - мээден болгон жана башка жаракаттар менен коштолгон учурлардын белгилеринин жана симптомдорунун диагностикалык татаалдыгы жогоруда аталып өткөн жаракаттарга салыштырмалуу азыраак. Бул же жаракаттардын ачык байкалышы (корнеалдык жана курсак алкагындагы рефлекстердин абалы, көздүн, анын карегинин абалы жана көлөмү) же аларды ачык байкоонун татаалдыгы (майда булчуңдардын жана периосталдык рефлекстердин абалы, оорулунун өзүн кандай сезиши, анын кыймылынын абалы ж.б.) менен шартталган.

БМТларды баштапкы карап чыгуудагы диагностика айрым божомолдорго, алдын ала байкоолорго негизделишин биздин изилдөөлөр көрсөттү. Такталган диагноз жабырлануучуну заманбап медициналык-техникалык жабдуулардын жардамы менен так изилдеп чыгуудан жана атайын адистешкен врачтардын биргелешип карап чыгуусунан кийин гана келип чыгат. Диагноз коюудагы ар бир божомол өз убагында такталууга же четке кагылууга тийиш. Баш сөөк - мээден болгон жана башка жаракаттарга так баа берилгенден кийин оптималдуу дарылоо-диагностикалык тактиканы тандап алууга мүмкүнчүлүк түзүлөт.

БМЖ алгандарга сутка бою же күн сайын эле мээге КТ жана МРТ, УЗИ, рентгеногафия, магниттик резонанстык томография сыяктуу иш-чараларды жүргүзүү бир топ татаалдыктарды жаратат. Себеби оор жаракат алгандарды транспортировкалоо оор же убактылуу мүмкүн болбой калат же болбосо мындай иштерге түн, дем алыш, майрам күндөрү тоскоолдук жаратып калышы да күтүлөт.

Баш сөөк - мээден болгон жаракаттарга рентгенография жана эхоэнцефалоскопия жүргүзүү башка иш-чараларга салыштырмалуу көбүрөөк колдонулган жана 251 оорулуунун 147синин (58,6%) баш сөөгүнө рентгенография (краниография) жүргүзүлгөн. Жалпы жаракат алгандардын ичинен 65 (44,2%) оорулуунун баш сөөгү сынган (7 сүрөт). Баш сөөгүнүн ичинде гематома пайда болгон 130 (51,8%) оорулуу ЭхоЭГден өткөн.

Нейрохирургдун алдындагы жооптуу жана шашылыш чара көрүүчү аракет – мээнин кысылып калышын аныктоо жана 67 (26,7%) оорулууда мындай жаракат байкалган. Баш сөөк - мээден болгон жаракат алгандардын ичинен жабык жаракат (85%) ачык түрүнө (15%) караганда бир топ көп болгон, 65 (63,2%) оорулууда баш сөөктүн бүтүндүгүнүн бузулушу, ал эми 67 (26,7%) оорулууда баш сөөк ичиндеги гематома байкалган. 43 оорулуунун баш

сөөгүнүн негизи жана үстүнкү бөлүгү сынган.

7 сүрөт. Рентгенография изилдөөсүнүн жыйынтыгы.

Мээнин кысылып калышынан жабыркаган оорулуулардын абалы стационарга түшкөндө абдан оор болгон жана алардын 80% III даражадагы шок же терминалдык абалда келген. Мына ошондуктан да баш сөөк - мээден болгон жаракат алгандарга жардам көрсөтүүдө, дарылоодо, операциялык кийлигишүү жасоодо методикалык колдонмо зарыл деген жыйынтыкка келдик жана БМАЖнын абалын аныктоонун жолдорун иштеп чыгууну өз алдыбызга максат кылып койдук.

Мээнин кысылуу учурунда баш мээге резекциялык трепанация жасалганда шоктук абалды жоюуга оң таасирлер пайда болот. Мындай учурда өмүргө коркунуч болгондо да ($p<0,05$) шокко терс таасир тийбейт. Жабырлануучунун абалынын оор учурунда да фрезалук тешик салуу аркылуу мээнин кысылуусун токтотууда стабилдүү эмес гемодинамиканын убактысы көбөйгөн эмес, башкача айтканда, шок абалдын ($p<0,05$) жүрүшүн татаалдатпаган. БМАЖ учурунда 251 оорулуунун 18ине (7,8%) диагностикалык фрездик тешик салуу жасалды. Оор абалдагы жабырлануучуларга операциялык кийлигишүү зарыл болгондо ПФОну колдонуу зарылчылыгы пайда болуп турган жана бир тараптуу субдуралдык гематомалуу 20 оруулууга, эки тараптуу гематомалуу 3 пациентке бул ыкма колдонулган.

238 оорулууда (94,8%) мээни кыспаган шишик 92 (36,7%) оорулууда байкалса, 25(17,0%) баш сөөктүн сыныктарынын же гематоманын мээни кысып калуусу катталган. 67 (26,7%) оорулуунун гана мээси баш сөөктүн сыныктарысыз гематома менен кысылганын байкадык.

Баш сөөктөн тышкаркы жаракат алгандардын ичинен (147-58,6%) 47

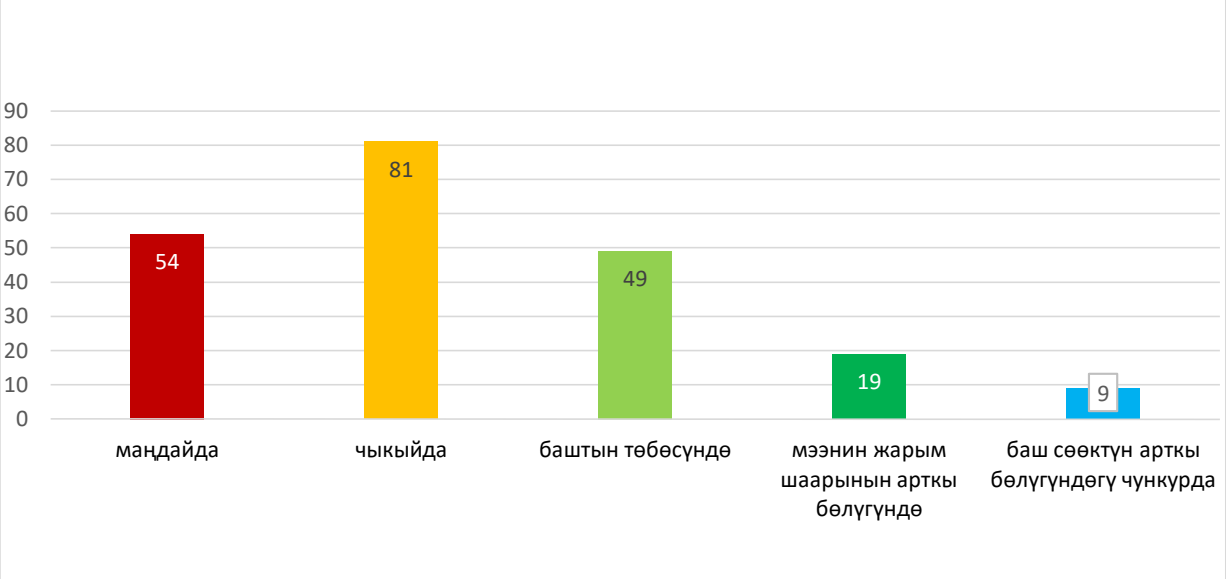
оорулуу (17,1%) кабыргаларынын, көкүрөк сөөгүнүн жана акырегинин сынуусу менен көкүрөк клеткаларынын жабык травмасы, пневмоторакс 19 жабыркоочуда (7,6%) жана гемоторакс 31 жабыркоочуда (12,4%) кездешкен. 56 оорулуу (22,3%) курсак көңдөйүнөн жана паренхиматоздук органдарынан жабыркаган, алардын ичинен 22 (39,3%) жабыркоочунун боору жарылган, ичегиси үзүлүп же тешилгендер 22 (39,3%) жана айрымдарынын (21,4%) көк боору жарылган.

Эреже катары, жабыркагандар оор абалда стационарларга келип түшүшкөн, 17 оорулуу терминалдык абалда болгон. БМАЖ көпчүлүк учурларда (37 – 14,7%) травмалык шок менен коштолгон. 12 оорулууда шоктун эректилдик фазасы, ал эми калгандарында (25 жабыркоочу) шоктун торпиддик фазасы байкалган. Алардын ичинен I даражадагы шок – 8, II даражадагы шок – 9, III даражадагы шок – 8.

Шок абалдын созулушу жана кайталанышы, терминалдык абал жаракаттын оордугуна жана ага медициналык жардам көрсөтүүнүн деңгээлине жараша болгон (эстен тануу – 18, сопор – 1, кома – 52, травмалык шок 37, гемаррагиялык шок – 9, аралаш шок - 19). Көпчүлүк учурларда шоктук абал баш сөөк–мээнин айкалыша жаракат алуусунун курсак көңдөйүнүн (34 – 1,6%), көкүрөк клеткасынын (43 -17,1%) жана жаак-беттин (25 – 10,0%) жаракат алуусу менен коштолгон. Шокко кабылган жана БМАЖтан жаракат алган 65 оорулуунун артериалдык басымын, күрөө тамырларынын согушун, дем алуусун өлчөгөндө оорулуулардын организминде төмөнкүдөй өзгөрүүлөр болгондугун байкадык: бракардия – 10%, нормадагы пульс – 15%, шоктун баштапкы стадиясындагы дем алуунун ритминин бузулуусу менен болгон брадипноэге болгон тенденция - 12,5% жана диастологиялык артериялык басымдын төмөндөшү жана салыштырмалуу түрдөгү систолдук артериялык басымдагы алсыз жана начар пульс - 14.

Бир топ анатомиялык органдардын жана дене мүчөлөрүнүн бир эле мезгилде жаракат алуусунда бир канча хирургиялык операцияларды жасоого туура келген. Баш сөөк–мээнин айкалыша жаракат алуусунда, баш сөөктүн ичиндеги гематоманын пайда болуусунда жана ага кошумча башка жаракат алууларда төмөнкүдөй көрүнүштөргө күбө болдук: чыкыйдагы жаракат – (81 – 63,3%), маңдайдагы (бешене) жаракат (54 – 42,2%), баштын төбөсүндөгү (чоку) жаракат (49 -38,3%), мээнин жарым шарынын арткы бөлүгүндөгү (19 – 14,8%) жана баш сөөктүн арткы бөлүгүндөгү чуңкурчадагы жаракаттар (9 – 7,0%). 50 (19,9%) жабыланууучунун баш мээсинин козголуусу 5 ммге чейин,121 (48,2%) оорулуунун мээсинин козголуусу 5-15 мм, ал эми 80 (31,9%) жабыланууучудагы жылышуу 15 ммден жогору болгон. Биз тараптан баш сөөк–мээнин айкалыша жаракат алуусундагы мээни өз жайына жайгаштыруунун ыкмалары сунушталды (“Баш сөөк–мээнин айкалыша

жаракат алуусундагы мээни өз жайына жайгаштыруунун жолдорун аныктоонун ыкмалары”, 10.06.2015. №27/15).



8 сүрөт. Баш сөөктүн ичиндеги гематоманын бөлүктөрдөгү жайгашуусу.

Гематомалардын өлчөмдөрү боюнча төмөнкүдөй көрүнүштөрдү аныктадык: 77 (30,7%) жабырлануучуда 100см^{3}дан жогору, 107 (42,6%) оорулууда 50-100 см^3, 67 (26,7%) оорулууда 50 см^{3}га чейин. Биз баш сөөк ичиндеги гематомалардын көлөмүн аныктоонун ыкмаларын да иштеп чыктык (“Баш сөөк ичиндеги гематомалардын көлөмүн аныктоонун ыкмалары” 10.06.2015. №26/15).

БМАЖтын оор-жеёилдигин, деңгээлин билүүдө команы жана натыйжаларды аныктоонун Глазго шкаласын колдонуу максатка ылайыктуу. Биздин изилдөөбүздө жаракат алган жерлердин терисинин, тери алдындагы катмардын, таламустун, кабарып катып калган тери бөлүктөрүнүн өзгөрүүсүн жана жараланышын эске алуучу МРТ корреляциясы баш сөөк ичиндеги травмалык гематомалардын түпкү абалы (натыйжасы) менен кошо байкалды (Глазгонун кома шкаласы боюнча маалыматтар: R_1=-0,63, $p<0,05$; Глазгонун натыйжа шкаласы R_2 =-0,71, $p<0,05$).

4-бап. Баш сөөк–мээнин айкалыша жаракат алуусунан жаракат алгандарды хирургиялык дарылоонун натыйжасы. Баш сөөк–мээнин айкалыша жаракат алуусундагы баш сөөк ичиндеги травмалык гематомаларды дарылоо комплексинде нейрохирургиялык иш-аракеттердин өз убагында жана радикалдуу түрдө аткарылуусу чоң мааниге ээ, ансыз жабыркоочулардын өмүрүн сактап калуу дээрлик мүмкүн эмес. Оор абалдагы БМАЖта нейрохирургиялык аракеттерди жүргүзүү ары татаал, ары жооптуу жана алар ар тараптуу жоопкерчиликтерди өз ичине камтыйт. Бул медициналык иш-аракеттер жалпы формада интенсивдүү терапиянын,

хирургиялык жана нейрохирургиялык иш-аракеттердин комплексинен, ал эми зарыл учурларда реанимациялык жардам көрсөтүүдөн турат. Мындай учурлардагы медициналык иш-чаралардын ырааттуулугу жана зарылдыгы жабырлануучунун абалына жараша болот.

Опперациялык кийлигишүүлөрдүн максаты –мээнин компрессиясынын очогун жок кылуу, кан кетүүнү токтотуу, так жана кылдат гемостаз жүргүзүү ж.б. БМТны нейрохирургиялык дарылоо учурунда баш сөөктү резекциялык трепенациялоо (РТЧ) жана баш сөөктү сөөк-пластикалык трепенациялоо иштери жүргүзүлгөн. Жабырлануучулардын абалынын абдан оор учурларында гана гематома фрезалук тешикти салуу аркылуу алынган.

4-таблица. Оорулуулардын аң-сезиминин бузулуу даражасына Глазгонун кома шкаласы боюнча баа берүү

Оорулуулардын жаш курагы	Глазгонун кома шкаласы боюнча баллдар			Жалпысы
	12-15	9-11	< 8	
<20	0	25	13	38
21-40	4	56	23	83
41-60	3	38	30	71
>61	1	38	20	59
Баары	8 (3,2%)	157 (62,5%)	86 (34,3%)	251(100,0%)

4-таблицада баш сөөк–мээнин айкалыша жаракат алуусунан жабыркагандардын абалына Глазгонун шкаласы боюнча баа берүү келтирилген. Көпчүлүк жабырлануучулардын абалынын оор болгондугу жана алардын айрымдарынын абалы 8 баллга чейин жана - 86 баллдан төмөн экендиги көрүнүп турат. Ошол эле учурда 157 (62,5%) оорулуунун абалы 9-11 баллдын чегинде, 8 (3,2%) жабырлануучунун абалы 12-15 баллдын ($p<0,05$) чегинде болгон.

БМАЖтын курч мезгилинде жабырлануучуларды дарылоонун негизги принциптери: дем алуунун бузулуусун калыбына келтирүү; анальгеттик терапия; иммобилизация; инфузиондук-трансфузиондук терапия; суу-электролиттик алмашуунун жана кислота-щелочтук баланстын бузулуусун калыбына келтирүү; баш сөөктүк басымдын бузулуусун калыбына келтирүү; кийинки пайда болуучу жаракаттардын алдын алуу жана анын теапиясы; операциялык иш-аракеттер ж.б.

Биз баш сөөккө жана курсак көёдөйүндөгү ички органдарга синхрондуу түрдө операция жасоонун төмөнкүдөй методикаларын сунуш кылдык:

1) Операцияга нейрохирургдардын жана жалпы хирургдардын бригадалары чогуу катыша алат.

2) Жалпы хирургдардын бригадасы убактылуу гемостаз жасашат жана

канды реинфузиялашат. Бул мезгилде нейрохирургдар гематоманы алышат.

3) Жалпы хирургдардын бригадасы өз иштерин аякташат.

Жабырлануучулар шоктон чыгаруучу палатада жатышканда 89 (35,5%) оорулуунун баш сөөктөн сыркаркы органдарына операция жасалган. 49 оорулууга лапаротомия, 2 оорулууга торакотомия жүргүзүлгөн.

5-таблицада көрүнүп тургандай, 18 (7,8%) пациенттин 16сынын эпидуралдык гематомасы фрезетомия жолу менен, эки оорулуунун гематомасы РТЧ жолу менен алынган.

5-таблица. Гематомалардын түрүнө жараша операциялардын типтери (p<0,05)

Гематоманын түрү	**Операциянын типтери**						Баары	
	Фрезеотомия		РТЧ		КПТЧ		абс.	%
Эпидуралдык	13		5		0		18	7,8
Субдуралдык	4		42		0		46	18,3
Мээ ичиндеги	0		2		1		3	1,2
Эки тараптуу	1		5		0		6	2,8
Жалпысы	абс.	%	абс.	%	абс.	%	73	100,0
	18	24,7	54	74,0	1	1,3		

46 (18,3%) жабырлануучунун ичинен 42синин субдуралдык гематомасы РТЧ жолу менен, ал эми 4 пациентте фрезеотомия колдонулган. 3 пациенттин ичинен 2 жабырлануучунун мээ ичиндеги гематомасы РТЧ жолу менен, ал эми 1 пациенттин гематомасы КПТЧ менен алынган. 6 (2,4%) жабырлануучунун ичинен 5 оорулуунун эки тараптуу субдуралдык гематомасы РТЧ жолу менен, ал эми 1 пациентте фрезеотомия колдонулган (p<0,05).

Баш сөөк ичиндеги травмалык гематомаларды хирургиялык жол менен дарылоонун ыкмаларын иштеп чыктык жана сунуштадык. Бул сунуштун жана ойлоп табуунун максаттары жана *артыкчылыктары* төмөнкүчө: трефинациялык эки тешик салуу аркылуу баш сөөктүн бүтүндүгү сакталып калат; гематоманын рецидиви (кайталап пайда болушу) болбойт; пациент операциядан кийинки баш оорудан жапа чекпейт; косметикалык дефекттен чочулоо күтүлбөйт. (“Баш сөөктүн ичиндеги травмалык гематомаларды хирургиялык дарылоонун жолдору” 31.07.2017-жылдагы №1974 издеп табууга берилген патент.)

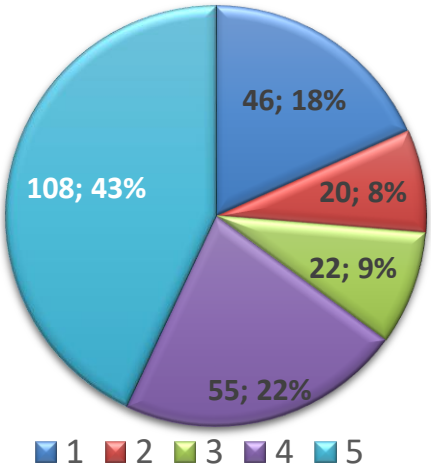
Жалпысынан алганда, 67 жабырлануучуга 73 операция жасалган. Биздин байкоолорубуз жана каттоого алууларыбыз боюнча операцияларда РТЧ ыкмасы көбүрөөк колдонулган (54 операция – 74%), бул болсо БМАЖ алгандардын стационарга оор абалда келип түшкөндүгү менен түшүндүрүлөт. 46 (18,3%) учурда жабырлануучулардын өлүмгө учурашы катталган.

Жаракат алган мезгил менен операция жүргүзүүнүн ортосундагы мөзгилди туура тандап алуу чоң маниге ээ. Жаракат моментинен кийин 6 сааттан аз убакыттын ичинде операция жасоо учурларында жабырлануучулардын өлүмгө учурашы (14,3%) салыштырмалуу түрдө азыраак болгон (p<0,023). Бирок да, операциялардын жүргүзүлүшүнүн убакыт боюнча созулушу госпиталь ичиндеги өлүмгө учуроого өз таасирин тийгизген эмес. Операциялардын жүргүзүлүш мөөнөтүнүн дарылоонун натыйжасына тийгизген таасирин талдоого алып көрдүк (6-таблица).

6-таблица. Операция жасоонун мөөнөтү жана дарылоонун натыйжасы боюнча оорулуулардын бөлүштүрүлүшү (p<0,023).

Натыйжа	**Операция жасоонун мөөнөтү**			**Жалпысы**	
	3 саатка Чейин	24 саатка Чейин	Бир суткадан ашык	абс.	%
Айыгуу	31	83	91	205	81,7
Өлүм	26	10	10	46	18,3
Баары	57 (22,7%)	93 (37,1%)	101 (40,2%)	251	100,0

Биз дарылаган жабырлануучулардын ичинен Глазгонун натыйжа шкаласы боюнча алганда минималдык кемчиликтер менен нормалдуу жашоого кайткандар (5 балл) 108 (43,0%); орточо инвалиддүүлүктөгүлөр (4 балл менен 55 – 21,9%); оор инвалиддүүлүктөгүлөр (3 балл менен 22 – 8,8%); туруктуу вегетативдик абалдагылар (2 балл менен 20 – 8,0%) болду (p<0,05).



9 сүрөт. Глазгонун натыйжа шкаласы боюнча баа берүү

БМЖнын түпкү натыйжасына жана айыгышына төмөнкүдөй факторлор таасир эткен: травманын оордугу, баш сөөк ичиндеги травмалык гематомалардын контузиялык очоктор менен коштолушу, операция алдындагы оорулуунун абалы, операциянын созулуш убактысы, анын методикалары жана техникалары, оорулууга операциянын тийгизген таасири жана анын өзүн сезиши ж.б. “Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусун айыктыруунун инвазивдик эмес прогноздоонун жолдору” №30/15. 10.06.2015).

10 сүрөт. Өлүмгө учуроонун себептерине анализ.

Баш сөөктөн сырткары жаракат алуудан өлүмгө учуроонун себептерине анализ. Биздин изилдөөлөрүбүз боюнча буга төмөнкүдөй себептер болгон: баш сөөктөн сырткаркы жаракаттар менен коштолгон оор абалдагы БМЖ – 16 (34,8%) оорулуу; диагностикалык жаёылыштыктар – 5 (10,9%) учурда, анын ичинде 3 жабырлануучунун баш сөөк ичиндеги жаракаты (гематома) диагностикаланган эмес; бирден жабырлануучунун боору жана көк боору жарылып кеткен; 14 (30,4%) оорулууда экинчи, кайталанма татаалдашуу пайда болгон, анын ичинен 12 пациент шамалдоодон, суук тийүүдөн өлүм тапкан (пневмония – 9, перитонит – 2, менингит - өпкө артериясынын тромбоэмболиясы – 2. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусундагы мээнин кысылып калуусунан жана шок абалдан 70,8% жана операциядан кийин 63,0% пациент өлүмгө учураган. Көпчүлүк өлүмгө учуроолор мээнин кысылып калуусунан жана торако-абдоминалдык жаракат алуулар менен коштолгон БМЖтан болгон.

КОРУТУНДУЛАР:

1. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусундагы диагностикалык жана дарылоо иш-чараларынын көлөмү жана мазмуну жабырлануучунун шок абалы, мээнин, баш сөөктөн сырткаркы жаракат жана алардын оордугу, алардын ар түрдүү өзгөчөлүктөрү, жаракатты дарылоонун убактысы менен аныкталат.

2. Жеткиликтүү клиникалык көрсөткүчтөрдү (жабырлануучунун өзүн абалы, пульстун ылдамдыгы, систолдук артериалдык басымдын чоңдугу, жаракаттын оор-жеңилдиги ж.б.) эске алууга негизделген алгоритм баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунун себептерин, аны дарылоонун жолдорун так аныктоого мүмкүнчүлүк берет.

3. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунан жана баш сөөктөн сырткаркы жаракаттардан жабыркагандардын мээсинин жаракат алуусуна алдын ала баа берүү жеткиликтүү клиникалык көрсөткүчтөргө (дем алуунун жана гемодинамиканын мүнөзү, жабырлануучунун абалы, каректердин жарыкка болгон реакциясы жана чоңдугу, жаракаттын оор-жеёилдиги ж.б.) анализ жасоого негизделүүгө тийиш. Жабырлануучуну андан ары дарылоо прогноздук көрсөткүчтөргө байланыштуу пландаштырылат.

4. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып оор жаракат алуусунда операциянын түрүн тандап алуу жаракттын оор-жеңилине, жабырлануучунун жалпы абалына жараша болот.

5. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусундагы гемодинамикалык бузулуулар төмөнкүлөр: диастолдук артериалдык басымдын төмөндөөсүнө болгон тенденция, бул айрыкча оор жаракат алган учурларда ачык байкалат; брадикардияга болгон тенденция; систоликалык артериалдык басымдын салыштырмалуу түрдө канааттандыраарлык абалындагы пульстун начарлашы. Бул гемодинамикалык бузулуулар начар прогноздук маанаге ээ.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Шоктук экстракраниалдык жаракат алуу менен коштолгон баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусуна толук кандуу жана туура баа берүү дарылоо диагностиканын инструменталдык методдорунун комплекси менен клиникалык текшерүүгө алуу, дарылоонун ырааттуулугун туура уюштуруу аркылуу гана мүмкүн.

2. Стационардагы бардык жаракаттарга экспресс-диагностика жүргүзүү адис-дарыгердин – жалпы хирургдун, нейрохирургдун, травматологдун, реаниматологдун консилиуму менен текшерүүнүн кошумча методдорун колдонуу аркылуу ишке ашат.

3. Жабырлануучунун абалынын оор учурунда анын өмүрүн сактап

калууга багытталган зарыл түрдөгү операциялар жасалат. Мээнин кысылып калуусунун күчөгөн синдрому ички органдардан кан кетүү менен коштолгондо операция синхрондуу түрдө хирургдардын эки бригадасы менен жүргүзүлөт.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫК КӨРГӨН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Ыдырысов, И.Т.** Значение факторов риска больных в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / К.Б. Ырысов, И.Т. Ыдырысов, Т.Т. Сейитбеков // Теоретические и прикладные аспекты современной науки. - Белгород, 2014. - Часть II. - С. 147-153.

2. **Ыдырысов, И.Т.** Результаты лечения и исходы при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме [Текст] / К.Б. Ырысов, И.Т. Ыдырысов, // Теоретические и прикладные аспекты современной науки. - Белгород, 2014. - Часть II. - С. 147-153.

3. Особенности диагностики и лечения при сочетанной черепно-мозговой травме [Текст] / [**И.Т. Ыдырысов**, А.Ы. Муратов, К.Б. Ырысов и др.]. // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – Астана, 2014. - №4 (37). - С 15-18.

4. **Ыдырысов, И.Т.** Анализ причин проведения санационной релапаротомии [Текст] / З.А. Туйбаев, И.Т. Ыдырысов // Аспирант и соискатель. – Москва, 2015. - №2(86). – С. 33-36.

5. **Ыдырысов, И.Т.** Диагностическая лапароскопия при травмах живота [Текст] / З.А. Туйбаев, И.Т. Ыдырысов, О.И. Курбанбаев // Вестник ОшГУ. – Ош, 2015. - №3. - С. 181-182.

6. **Ыдырысов, И.Т.** Хирургическая тактика при сочетанных ранениях груди и живота [Текст] / И.Т. Ыдырысов // Вестник ОшГУ. - 2015. - №3. - С. 183-185.

7. **Ыдырысов, И.Т.** Общая характеристика организации специализированной помощи при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме в Ошской области [Текст] / И.Т. Ыдырысов // Вестник КГМА им. И.К Ахунбаева. Бишкек, 2015. - №3 (1). - С.103-106.

8. **Ыдырысов, И.Т.** Тяжелая сочетанная черепно-мозговой травма: послеоперационная летальность [Текст] / И.Т. Ыдырысов, А.Ы. Муратов // Вестник КазНМУ. - Алматы, 2015. -№2. - С.423-426.

9. **Ыдырысов, И.Т.** Тяжелая черепно-мозговая травма: Особенности диагностики и лечения. [Текст] / И.Т. Ыдырысов, А.Ы. Муратов // Вестник КазНМУ. - Алматы, 2015. -№2. - С. 467-470.

10. **Ыдырысов, И.Т.** Диагностическая лапароскопия при травмах грудной клетки и брюшной полости [Текст] / О.И. Курбанбаев, З.А. Туйбаев, И.Т. Ыдырысов // Novainfo.ru. – Грязовец, 2017. - №5. – С.80-87.

11. **Ыдырысов, И.Т.** Факторы риска и их влияние на исход сочетанной черепно-мозговой травмы [Текст] / И.Т. Ыдырысов, А.Т. Бакасов // Вестник ОшГУ. – Ош, 2017. - Специальный выпуск. - С. 54-57.

12. Общая характеристика организации специализированной помощи при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме в ошской области [Текст] / [К.Б. Ырысов, И.Т. Ыдырысов, А.А. Ибраимова и т.д.]. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – Москва, 2017. - №. 1-4. - С. 82-85.

13. **Ыдырысов, И.Т.** Способ хирургического лечения внутричерепных травматических гематом [Текст] / К.Б. Ырысов, Ж.Т. Ташибеков, И.Т Ыдырысов // Изобретение. Кыргызпатент. - Патент №1974. - 2017.

14. **Ыдырысов И.**Т. Исследование результатов диагностической лапароскопии травм органов брюшной полости [Текст] / И.Т. Ыдырысов, З.А. Туйбаев, О.И. Курбанбаев // Территория науки. - Воронеж, 2017. - №1. - С.17-20.

15. **Ыдырысов, И.Т.** Осложнения в послеоперационном периоде при сочетанной черепно-мозговой травме [Текст] / И.Т. Ыдырысов, К.Б. Ырысов // Синергия. - Воронеж, 2017. - №5(13). - С.73-80.

16. **Ыдырысов, И.Т.** Неотложные состояния в хирургии и травматологии с основами нейротравматологии [Текст] / И.Т. Ыдырысов, Ж.А. Кочконбаев, К.М. Калыев // Вестник ОшГУ. – Ош, 2017. -154 с.

17. **Ыдырысов, И.Т.** Причины риска и их влияние на исход сочетанной черепно-мозговой травмы [Текст] / И.Т. Ыдырысов, К.М. Калыев // Территория науки. - Воронеж, 2018. - №1. - С.21-28.

18. **Ыдырысов, И.Т.** Результаты нейрохирургического лечения при сочетанной черепно-мозговой травме [Текст] / И.Т. Ыдырысов, К.Б. Ырысов // Синергия. - Воронеж, 2018. - №2. - С.59-66.

Ыдырысов Исматилла Токтосуновичтин 14.01.17 – хирургия жана 14.01.18 – нейрохирургия адистиктери боюнча медицина илимдеринин доктору окумуштуулук даражасын изденүүгө «Айкалышкан баш мээ жаракатын аныктоо жана дарылоо» темасындагы диссертациялык ишине

КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусу, мээнин оор даражадагы жаракаты, баш сөөктүн ичиндеги гематома, магниттик-резонанстык томография, диагностика.

Изилдөөнүн объектилери: Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунан жапа чеккен 251 оорулуу. Алардын ичинен эркектер – 201 (80,1%), аялдар – 50 (19,9%). Жабыркагандардын жаш курагы 13төн 86 жашка чейин.

Изилдөөнүн максаты: Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунан жапа чеккендерге туура диагноз коюунун жана аларга ыкчам

жардам берүүнүн принциптерин иштеп чыгуу менен дарылоонун сапатын жакшыртуу.

Изилдөөнүн ыкмалары: неврологиялык, рентгенологиялык, эхоэнцефалография, мээнин КТ/МРТсы.

Изилдөөнүн жыйынтыктары: Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусун диагностикалоо жана дарылоо иштеринин көлөмү жана мазмуну шоктун пайда болуу себептерин жана андан чыгаруунун жолдорун табуу, мээнин жана баш сөөктөн сырткаркы жаракаттардын оор-жеңилдигин, өзгөчөлүктөрүн тактоо, дарылоо жолдорун туура жолго коюу менен аныкталат.

Жеткиликтүү клиникалык көрсөткүчтөрдү колдонууга (жабырлануучунун жалпы абалы, пульстун жыштыгы, систоликалык артериалдык басымдын көрсөткүчү, каректердин жарыкка болгон реакциясы жана чоңдугу, жаракаттын оор-жеңилдиги ж.б.) негизделген алгоритм баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусун натыйжалуу дарылоого мүмкүнчүлүк түзөт.

Шоктук экстракраниалдык жаракат алуу менен коштолгон баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусуна толук кандуу жана туура баа берүү дарылоо диагностиканын инструменталдык методдорунун комплекси менен клиникалык текшерүүгө алуу, дарылоонун ырааттуулугун туура уюштуруу аркылуу гана мүмкүн. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып оор жаракат алуусундагы операциянын түрүн тандап алуу жабырлануучунун абалына, жаракаттын өзгөчөлүгүнө жараша болот.

Изилдөөнүн илимий жаңылыгы. Баш сөөктүн жана мээнин айкалышып жаракат алуусунан жабыркагандардын абалына бай клиникалык материалдардын негизинде баа берүүнүн жаңы методикалык ыкмалары иштелип чыкты жана сунушталды. Жаракаттын себебин, анын кесепеттерин, туруктуу эмес гемодинамиканын же сопороздук-коматоздук абалдын узакка созулушун жөнөкөй жана жеткиликтүү клиникалык көрсөткүчтөр менен жогорку тактыкта аныктоого мүмкүнчүлүк берүүчү алгоритм иштелип чыкты.

Жабырлануучунун абалынын оордугуна объективдүү мүнөздөмө берүүчү жана айыгуунун болжолдуу убактысын прогноздоонун көрсөткүчтөрүн эсепке алуунун негизинде уюштуруучулук жана дарылоо-диагностикалык программалар негизделди жана иштелип чыкты.

Колдонуу чөйрөсү: саламаттыкты сактоо тармагы, неврология, хирургия, реаниматология, нейрохирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Ыдырысова Исматиллы Токтосуновича на тему: «Диагностика и лечение сочетанной черепно-мозговой травмы», на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.17 – хирургия и 14.01.18 – нейрохирургия.

Ключевые слова: Сочетанная черепно-мозговая травма, тяжелая

черепно-мозговая травма, внутричерепная гематома, магнитно-резонансная томография, диагностика.

Объект исследования. 251 пациентов с сочетанной черепно-мозговой травмой. Мужчин среди обследованных было 201 (80,1%), женщин - 50 (19,9%). Возраст пострадавших колебался в пределах от 13 до 86 лет.

Цель исследования. Улучшение результатов с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой путем разработки оптимальных принципов диагностики и оказания неотложной помощи пострадавшим.

Методы исследования: неврологические, рентгенологические, ЭхоЭГ, КТ/МРТ головного мозга.

Результаты исследования. Объем и содержание диагностических и лечебных мероприятий при сочетанной черепно-мозговой травме определяется вероятным исходом шока, локализацией, характером и тяжестью травмы головного мозга и внечерепных повреждений.

Алгоритм, основанный на использовании общедоступных клинических показателей (сознание пострадавшего, частота пульса, величина систолического артериального давления и тяжесть травмы, позволяет с высокой точностью определять вероятный исход сочетанной черепно-мозговой травмы.

Достоверная и полноценная оценка тяжести, локализации и характера травмы головного мозга у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой, протекающей на фоне шокогенных экстракраниальных повреждений, возможна лишь при дополнении клинического обследования комплексом инструментальных методов диагностики, допустимость и последовательность выполнения которых определяется соответствующими показаниями и противопоказаниями.

Выбор вида оперативного вмешательства при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме проводится с учетом его травматичности и результатов оценки общего состояния пострадавшего, характеризующегося данными прогноза.

Научная новизна. На большом клиническом материале применен новый методический подход, основанный на объективной параметрической оценке тяжести состояния пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой.

Разработан алгоритм, позволяющий с высокой точностью определить вероятный исход травмы и продолжительность периода нестабильной гемодинамики или сопорозно-коматозного состояния по наиболее простым и общедоступным клиническим показателям.

Обоснованы и разработаны организационные и лечебно-диагностические программы, основанные на учете показателя прогноза, объективно характеризующего тяжесть состояния, пострадавшего и предполагаемый исход травмы.

Область применения: здравоохранение, неврология, хирургия, реаниматология, нейрохирургия

SUMMARY

the dissertation work of Idyrysov Ismatilla Toktosunovich on the topic: Diagnosis and treatment combined craniocerebral trauma, for a doctorate in medical sciences by specialties:14.01.17- surgery and 14.01.18 - neurosurgery.

Key words: Combined craniocerebral trauma, Heavy craniocerebral trauma, intracranial hematoma, magnetic resonance imaging, diagnosis.

Object of research. 251 patients with severe combined craniocerebral trauma. The men among the 201 (80.1%) females. 50 (19.9%) The age of the victims ranged from 13 to 86 years.

Goal of research . Improvement of results with severe combined craniocerebral trauma by developing optimal diagnostic principles and providing emergency care to the victims.

Methods of research: neurological, radiological, echoencephalography, CT scan, magnetic resonance imaging of the brain.

Results of the research: The scope and content of diagnostic and therapeutic measures in case of combined craniocerebral trauma is determined by the probable outcome of shock, localization, nature and severity of brain injury and extracranial of damage.

Algorithm based on the use of generally available clinical indicators (victim consciousness, heart rate, amount systolic blood pressure and severity of trauma) It allows to determine with a high accuracy the probable outcome of a combined craniocerebral trauma.

A reliable and complete assessment of the severity, location and the nature of brain trauma in patients with a combined craniocerebral trauma, proceeding against the background of shockogenic extracranial damages only when completing the clinical examination complex of instrumental methods of diagnostics, permissibility and sequence of execution which is determined by appropriate indications and contraindications.

Choice of surgical procedure in heavy combined craniocerebral trauma is conducted taking into account its traumatism and the results of assessing the general condition of the victim, characterized by forecast data.

Scientific novelty, On a large clinical material, a new methodical approach based on objective parametric estimation gravity of the condition of the victims with a combined craniocerebral trauma.

The algorithm is developed, It allows to determine with a high accuracy the probable outcome of an injury and duration of unstable hemodynamics or co-morbid-coma for the simplest and generally available clinical indicators. The organizational and medical diagnostic programs, based on the forecast indicator, objectively characterizing the heaviness of the state, affected and the expected outcome of the injury.

Application area: healthcare, neurology, surgery, intensive care, neurosurgery.