

**FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI**

**«Tasdiqlayman»**

**Farg‘ona jamoat salomatligi  
tibbiyot instituti rektori,  
t.f.d., professor**

\_\_\_\_\_ **A.A.Sidiqov**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ **2024 y.**

**TO‘RAEVA YORQINOY MAMADALIEVNA**

**BOSH MIYA JAROHATLARI O‘TKIR DAVRIDA KO‘RUV A‘ZOLARI  
ZARARLANISHINING KLINIK DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH  
USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH**

**(Monografiya)**

**Farg‘ona - 2024**

**UO‘K: 616.995.1**

***Muallif:***

***Yo.M.To‘raeva-Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrasi assistenti, PhD***

***Taqrizchilar:***

***N.X.Fattaxov – Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti  
Fakultativ va gospital jarrohlik kafedrasi mudiri, t.f.d.***

***A.F.Ikramov – Andijon davlat tibbiyot instituti Oftalmologiya  
kafedrasi mudiri, t.f.d., professor***

*Monografiya Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti ekspertlar Kengashining  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 yil № \_\_ bayonnomasi bilan tasdiqlangan va nashrga tavsiya  
etilgan.*

***Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti  
Ekspertlar Kengashining kotibasi:***

***A.R.Muradimova***

**ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

**ректор Ферганского медицинского  
института общественного здоровья,**

**д.м.н., профессор**

\_\_\_\_\_ **А.А. Сидиков**

**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024г.**

**ТУРАЕВА ЁРКИНОЙ МАМАДАЛИЕВНА**

**МЕТОДЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ  
И СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ  
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО - МОЗГОВЫХ ТРАВМ**

**(Монография)**

**Фергана - 2024**

**УДК: 616.995.1**

**Автор:**

***Ё.М.Тураева-ассистент кафедры общая хирургия Ферганского  
медицинского института общественного здоровья, к.м.н.***

**Рецензенты:**

***Н.Х.Фаттахов– заведующий кафедрой факультативной и госпитальной  
хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья,  
д.м.н.***

***А.Ф.Икрамов-Заведующий кафедрой офтальмологии Андижанского  
государственного медицинского института, д.м.н., профессор***

*Монография одобрена и рекомендована к публикации протоколом  
Экспертного совета Ферганского медицинского института общественного  
здравоохранения «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года №\_\_.*

***Секретарь Экспертного совета  
Ферганского медицинского института  
общественного здоровья :***

***А.Р.Мурадимова***

**FERGANA PUBLIC HEALTH MEDICAL INSTITUTE**

**"I approve"**

**Public health of Fergana**

**Rector of the Medical Institute,**

**DSc., professor**

\_\_\_\_\_ **A.A. Sidikov**

**" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2024.**

**TORAEVA YORKINOY MAMADALIEVNA**

**IMPROVEMENT OF CLINICAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT  
METHODS OF VISUAL INJURIES IN THE ACUTE PERIOD OF HEAD  
INJURIES  
(Monograph)**

**Fergana - 2024**

**UOC: 616.995.1**

**Authors:**

***Yo.M.Toraeva-assistant of the Department of Surgical Diseases of the Fergana Public Health Medical Institute, Ph.D***

**Reviewers:**

***N.H. Fattakhov - Head of the Department of Faculty and Hospital Surgery of the Fergana Public Health Medical Institute, DSc.***

***A.F. Ikramov-Head of the Department of Ophthalmology of the Andijan State Medical Institute, DSc., Professor***

*The monograph was approved and recommended for publication by the protocol of the Expert Council of Fergana Public Health Medical Institute "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2024 No. \_\_.*

***Secretary of Fergana Public Health Medical Institute  
Council of Experts:***

***A.R.Muradimova***

## MUNDARIJA

|                                                                                                                 | <i>Sahifalar</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <i>Annotatsiya</i>                                                                                              | <i>13</i>        |
| <i>KIRISH</i>                                                                                                   | <i>15</i>        |
| <i>I BOB. ADABIYOT SHARHI</i>                                                                                   | <i>32</i>        |
| <i>§ 1.2. Bosh miya va ko‘ruv a‘zolari qo‘shma jarohatlarining diagnostikasi</i>                                | <i>36</i>        |
| <i>§1.3. Bosh miya jarohatlarining o‘tkir davrida ko‘ruv azolari zararlanishlarini klinikasi</i>                | <i>40</i>        |
| <i>§ 1.4. Bosh miya va ko‘ruv azolari qo‘shma jarohatlarini davolashda qo‘llanilgan usullar</i>                 | <i>44</i>        |
| <i>§ 1.5. Bosh miya va ko‘ruv azolari qo‘shma jarohatlarini jarrohlik usulida zamonaviy davolash prinsplari</i> | <i>48</i>        |
| <i>II BOB.TEKSHIRILGAN BEMORLARNING UMUMIY TAVSIFI VA FOYDALANILGAN TADQIQOT USULLARI</i>                       | <i>54</i>        |
| <i>§2.1. Tadqiqot materiallari umumiy xarakteristikasi.</i>                                                     | <i>54</i>        |
| <i>§ 2.2. Tadqiqot usullari</i>                                                                                 | <i>59</i>        |
| <i>2.2.1. Umumiy klinik tashhislash usullari</i>                                                                | <i>59</i>        |
| <i>2.2.2. Oftalmologik tashxislash usullari</i>                                                                 | <i>61</i>        |

|                                                                                                                                       |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>2.2.3. Oftalmologik maxsus tashxislash usullari</b>                                                                                | <b>64</b>  |
| <b>2.2.4. Maxsus tashxislash usullari</b>                                                                                             | <b>65</b>  |
| <b>2.2.5. Bosh miya jarohatlarining o'tkir davrida ko'ruv a'zolari zararlanishlarini kompleks davolash usullari</b>                   | <b>66</b>  |
| <b>2.2.6. Tadqiqot natijalariga statistik ishlov berish</b>                                                                           | <b>68</b>  |
| <b>III BOB. BOSH MIYA JAROHATLARINING O'TKIR DAVRIDA KO'RUV A'ZOLARI ZARARLANGAN BEMORLARNING KLINIK FUNKTSIONAL HOLAT NATIJALARI</b> | <b>69</b>  |
| <b>§3.1. Tadqiqot ob'ektining klinik funksional holati</b>                                                                            | <b>69</b>  |
| <b>§3.2. Tadqiqot tekshiruv usullarining natijalari</b>                                                                               | <b>75</b>  |
| <b>§3.3. Kranioorbital jarohatlar tasnifi</b>                                                                                         | <b>87</b>  |
| <b>Rezyume</b>                                                                                                                        | <b>90</b>  |
| <b>Xotima</b>                                                                                                                         | <b>91</b>  |
| <b>Xulosa</b>                                                                                                                         | <b>98</b>  |
| <b>AMALIY TAVSIYALAR</b>                                                                                                              | <b>100</b> |
| <b>ADABIYOTLAR RO'YXATI</b>                                                                                                           | <b>101</b> |



|                                                                                                                               | <i>Страница</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <i>Аннотация</i>                                                                                                              | <b>13</b>       |
| <b>ВВЕДЕНИЕ</b>                                                                                                               | <b>15</b>       |
| <b>ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР</b>                                                                                            | <b>32</b>       |
| <i>§ 1.2. Диагностика сочетанных повреждений<br/>головного мозга и органов зрения</i>                                         | <b>36</b>       |
| <i>§1.3. Клиника поражения зрительного нерва в<br/>остром периоде черепно-мозговой травмы</i>                                 | <b>40</b>       |
| <i>§ 1.4. Методы лечения сочетанных повреждений<br/>головного мозга и зрительного нерва</i>                                   | <b>44</b>       |
| <i>§ 1.5. Принципы современного хирургического<br/>лечения сочетанных повреждений головного<br/>мозга и зрительного нерва</i> | <b>48</b>       |
| <b>ГЛАВА II. ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ<br/>ОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ И<br/>ИСПОЛЬЗОВАННЫХ МЕТОДОВ<br/>ИССЛЕДОВАНИЯ</b>                     | <b>54</b>       |
| <i>§2.1. Общая характеристика материалов<br/>исследования</i>                                                                 | <b>54</b>       |
| <i>§ 2.2. Методы исследования</i>                                                                                             | <b>59</b>       |
| <i>2.2.1. Общие клинические методы диагностики</i>                                                                            | <b>59</b>       |
| <i>2.2.2. Методы офтальмологической диагностики</i>                                                                           | <b>61</b>       |

|                                                                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>2.2.3. Офтальмологические специальные методы диагностики</b>                                                                           | <b>64</b>  |
| <b>2.2.4. Специальные методы диагностики</b>                                                                                              | <b>65</b>  |
| <b>2.2.5. Комплексные методы лечения повреждений органов зрения в остром периоде черепно-мозговых травм</b>                               | <b>66</b>  |
| <b>2.2.6. Статистическая обработка результатов исследований</b>                                                                           | <b>68</b>  |
| <b>ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМ ГОЛОВЫ</b> | <b>69</b>  |
| <b>§3.1. Клинико-функциональное состояние объекта исследования</b>                                                                        | <b>69</b>  |
| <b>§3.2. Результаты методов исследования</b>                                                                                              | <b>75</b>  |
| <b>§3.3. Классификация краниоорбитальных повреждений</b>                                                                                  | <b>87</b>  |
| <b>Резюме</b>                                                                                                                             | <b>90</b>  |
| <b>ВЫВОДЫ</b>                                                                                                                             | <b>91</b>  |
| <b>Краткое содержание</b>                                                                                                                 | <b>98</b>  |
| <b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b>                                                                                                          | <b>100</b> |
| <b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b>                                                                                                                  | <b>101</b> |

## CONTENT

|                                                                                                         | <i>Page</i> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Annotation</b>                                                                                       | <b>13</b>   |
| <b>INTRODUCTION</b>                                                                                     | <b>15</b>   |
| <b>CHAPTER I. LITERATURE REVIEW</b>                                                                     | <b>32</b>   |
| <i>§ 1.2. Diagnosis of combined injuries of the brain and organs of vision</i>                          | <b>36</b>   |
| <i>§1.3. Clinic of optic nerve damage in the acute period of brain injuries</i>                         | <b>40</b>   |
| <i>§ 1.4. Methods used in the treatment of combined injuries of the brain and optic nerve</i>           | <b>44</b>   |
| <i>§ 1.5. Principles of modern surgical treatment of combined injuries of the brain and optic nerve</i> | <b>48</b>   |
| <b>CHAPTER II. GENERAL DESCRIPTION OF EXAMINED PATIENTS AND USED RESEARCH METHODS</b>                   | <b>54</b>   |
| <i>§2.1. General characteristics of research materials.</i>                                             | <b>54</b>   |
| <i>§ 2.2. Research methods</i>                                                                          | <b>59</b>   |
| <i>2.2.1. General clinical diagnostic methods</i>                                                       | <b>59</b>   |
| <i>2.2.2. Methods of ophthalmological diagnosis</i>                                                     | <b>61</b>   |
| <i>2.2.3. Ophthalmological special diagnostic methods</i>                                               | <b>64</b>   |
| <i>2.2.4. Special diagnostic methods</i>                                                                | <b>65</b>   |

|                                                                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b><i>2.2.5. Complex treatment methods of damage to organs of vision in the acute period of brain injuries</i></b>                        | <b>66</b>  |
| <b><i>2.2.6. Statistical processing of research results</i></b>                                                                           | <b>68</b>  |
| <b><i>CHAPTER III. CLINICAL FUNCTIONAL STATUS RESULTS OF PATIENTS WITH DAMAGED VISUAL ORGANS IN THE ACUTE PERIOD OF HEAD INJURIES</i></b> | <b>69</b>  |
| <b><i>§3.1. Clinical functional status of the research object</i></b>                                                                     | <b>69</b>  |
| <b><i>§3.2. The results of research investigation methods</i></b>                                                                         | <b>75</b>  |
| <b><i>§3.3. Classification of cranioorbital injuries</i></b>                                                                              | <b>87</b>  |
| <b><i>Resume</i></b>                                                                                                                      | <b>90</b>  |
| <b><i>Quit</i></b>                                                                                                                        | <b>91</b>  |
| <b><i>Summary</i></b>                                                                                                                     | <b>98</b>  |
| <b><i>PRACTICAL RECOMMENDATIONS</i></b>                                                                                                   | <b>100</b> |
| <b><i>LIST OF REFERENCES</i></b>                                                                                                          | <b>101</b> |

### *Annotatsiya*

*Tez tibbiy yordam sharoitida bosh miya va ko'ruv azolari qo'shma jarohatlarini diagnostikasi va davolash taktikasini optimal usulini aniqlash va uni takomillashtirish, shoshilinch tizim sharoitida kranioorbital jarohatlar bilan murojaat qilgan bemorlarni qisqa vaqt ichida, holatini og'irlik darajasiga qarab saralash, diagnostika va davo usullarini olib borish imkoniyatini beradi. Ushbu monografiyada bosh miya jarohatlari o'tkir davrida ko'ruv a'zolari zararlanishining klinik diagnostikasi va davolash usullarini takomillashtirish haqida muallif tomonidan keng yoritilgan.*

*Monografiyadan tibbiyot oliy o'quv yurti talabalari, klinik ordinatorlar, magistratura bosqichi talabalari va ushbu yo'nalishda tadqiqot olib borayotgan ilmiy izlanuvchilar keng foydalanishlari mumkin.*

### *Аннотация*

*Выявление и совершенствование оптимального метода диагностики и тактики лечения суставных повреждений головного мозга и зрительного нерва в условиях неотложной медицинской помощи дает возможность в короткие сроки сортировать больных с краниоорбитальной травмой в системе неотложной помощи, в зависимости от тяжести их состояния. А также проводить методы диагностики и лечения. В монографии автор подробно описывает совершенствование клинической диагностики и методов лечения повреждений органов зрения в остром периоде черепно-мозговых травм.*

*Монография может быть широко использована студентами медицинских вузов, клиническими ординаторами, научными исследователями, проводящими исследования в этом направлении.*

### *Annotation*

*Identifying and improving the optimal method of diagnosis and treatment tactics of joint injuries of the brain and optic nerve in emergency medical care conditions, provides an opportunity to sort patients with cranioorbital injuries in the emergency system in a short time, according to the severity of their condition, and carry out diagnostic and treatment methods. In this monograph, the author describes in detail the improvement of clinical diagnosis and treatment methods of damage to the organs of vision in the acute period of brain injuries.*

*The monograph can be widely used by medical university students, clinical residents, graduate students and researchers conducting research in this direction.*

## *KIRISH*

Prezidentimiz Sh.M.Mirziyoev tomonidan “O‘zbekiston tibbiyoti – inson qadri uchun” degan ulug‘vor g‘oyaning ilgari surilishi va ushbu g‘oya asosida davlatimiz sog‘liqni saqlash tizimi faoliyati samaradorligini yuksaltirish, yangi bosqichga olib chiqishga qaratilgan keng ko‘lamli chora-tadbirlar ishlab chiqildi va amaliyotga tadbiiq etilmoqda.

O‘tgan besh yil davomida amalga oshirilgan islohotlar natijasida mamlakatimizda Yangi O‘zbekistonni barpo etish uchun zarur bo‘lgan siyosiy-huquqiy, ijtimoiy-iqtisodiy, ilmiy-ma’rifiy asoslar yaratildi.

O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrdagi “O‘zbekiston respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar to‘g‘risida” gi Farmonining imzolanishi tibbiy oliy ta’lim tizimida ham qator istiqbolli rejalarni amalga oshirilishiga zamin yaratdi. Ushbu farmon doirasida quyidagilarni keng rivojlantirish masalalari belgilab olindi:

-tibbiy kadrlarni tayyorlash, qayta tayyorlash va malakasini oshirishning samarali tizimini shakllantirish, tibbiyot fanini rivojlantirish, shu jumladan, tibbiyot ilmiy va ta’lim muassasalarini xalqaro standartlar bo‘yicha sertifikatlashtirish (akkreditatsiyadan o‘tkazish) zamonaviy ta’lim dasturlari, usul va texnologiyalarini joriy etish asosida shakllantirish;

-o‘rta va oliy tibbiy ta’lim tizimini isloh qilish, o‘quv rejalari, dasturlari, o‘quv-uslubiy materiallari va nazariy mashg‘ulotlarni yanada optimallashtirish va amaliy mashg‘ulotlarni ko‘paytirish nuqtai nazaridan qayta ko‘rib chiqish, shuningdek, ularni tibbiyot fani va amaliyotining umumjahon yutuqlariga muvofiqlashtirish;

- ilg'or ilmiy ishlanmalar va texnologiyalarni amaliy sog'liqni saqlashga integratsiya qilishda tibbiy oliy ta'lim muassasalari klinikalarining rolini kuchaytirish;

- tor mutaxassisliklar bo'yicha tibbiy kadrlarni tayyorlashni takomillashtirish, magistratura va klinik ordinaturada o'qitish muddatlarini klinik ko'nikmalarni egallash murakkabligidan kelib chiqqan holda maqbullashtirish;

- oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim tizimini, sog'liqni saqlash mutaxassislarining malakasini oshirish va ularni qayta tayyorlash tizimini qayta ko'rib chiqish, muammolarga yo'naltirilgan modulli o'quv dasturlarini joriy etish, masofadan o'qitish mexanizmlarini keng qo'llash;

- boshqaruv va o'quv jarayoniga yuqori malakali va malakali xorijiy mutaxassislar, olimlar va o'qituvchilarni keng jalb etish;

- o'qitishning kredit-modul tizimini bosqichma-bosqich joriy etish va ularning amaliy jihatlarini oshirish orqali oliy ta'lim va oliy o'quv yurtidan keyingi ta'limning ta'lim standartlari va o'quv dasturlarini takomillashtirish;

- klinik ixtisoslikni egallash murakkabligidan kelib chiqib, magistratura va klinik ordinaturada (rezidenturada) yuqori malakali kadrlar tayyorlash muddatlarini xalqaro standartlarga muvofiq 1 yildan 5 yilgacha etib optimallashtirish;

- xorijiy tibbiyot ta'lim muassasalari bilan keng hamkorlik qilish, shu jumladan ularning filiallari va fakultetlarini ochish, shuningdek, ikkita diplom berish tizimini joriy etish;

- ta'lim dasturlarini amalga oshirishda tarmoq hamkorligi va ochiq kurslardan foydalanish orqali xorijiy universitetlar resurslaridan foydalanish hisobiga ta'lim imkoniyatlarini kengaytirish, shuningdek tibbiy ta'limning elektron milliy platformalarini ishlab chiqish va elektron ta'lim muhitini shakllantirish;

- ilg'or ilmiy ishlanmalar va texnologiyalarni sog'liqni saqlash amaliyotiga integratsiya qilishda tibbiyot oliy ta'lim muassasalari klinikalari va o'quv bazalarining rolini kuchaytirish;

- yuqori malakali kadrlar tayyorlashda, ularni davolash-tashxis qo'yish jarayonida ishtirok etganligi uchun moddiy rag'batlantirish yo'li bilan yangi ilmiy



ishlanmalar va texnologiyalarni joriy etishda tibbiyot oliy ta'lim muassasalari va ilmiy muassasalar professor-o'qituvchilari rolini oshirish;

- tibbiyot ta'lim muassasalarida o'qitish to'ldirilgan va virtual reallik sharoitida, tibbiy trenajyor va manekenlarda olib boriladigan simulatsion markazlarni tashkil etish;

- tibbiyot ilmiy va ta'lim muassasalarining bazaviy hamda dasturiy-maqсадli moliyalashtirilishini, innovatsion ishlanmalar va texnologiyalar transferini amalga oshirish uchun tibbiyot va ilmiy jamoalarni davlat tomonidan manzilli qo'llab-quvvatlashni ta'minlash, ularni sog'liqni saqlash amaliyotiga joriy etish;

- oliy tibbiyot o'quv muassasalari tibbiy-profilaktik yo'nalishi kafedralarining ta'lim dasturlari tan olingan xalqaro tashkilotlar, shu jumladan Yevropa mintaqasida jamoat sog'lig'ini saqlash maktabi uyushmasi (ASPHER — The Association of Schools of Public Health in the European Region) tomonidan akkreditatsiya qilinishini ta'minlash;

- tibbiy ta'lim tizimi va tibbiyot fanini rivojlantirish to'g'risida O'zbekiston Respublikasi Prezidentining qarori loyihasini ishlab chiqish va kiritish, shu jumladan ta'lim muassasalari tarkibi va yo'nalishlarini optimallashtirish, "ta'lim-ilm-amaliyot" integratsiyasi va uzluksizligini joriy etish, oliy va o'rta tibbiyot ta'limning yangi yo'nalishlarini belgilash, anatomik morg va o'quv-biologik laboratoriyalarini tashkil etish, yetakchi xorijiy oliy o'quv yurtlari xalqaro fakultetlari va filiallari ochilishini nazarda tutish;

- ta'lim standartlari hamda oliy ta'lim va oliy ta'limdan keyingi ta'limning o'quv dasturlarini, shu jumladan kredit-modulli ta'lim tizimini joriy etish va ularda amaliy komponentni oshirish orqali takomillashtirish shular jumlasidandir.

2022-2026 – yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning taraqqiyot strategiyasini "Insonga e'tibor va sifatli ta'lim yili"da amalga oshirishga oid davlat dasturi to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2023-yil 28-fevraldagi PF-27-sonli farmoni doirasida ham mamlakatimiz sog'liqni saqlash tizimini yanada rivojlantirish, aholi salomatligini mustahkamlashga oid qator istiqbolli vazifa va maqsadlarni amalga oshirish belgilab olindi.

Jumladan aholiga birlamchi tibbiy xizmatlarni yaqinlashtirish va fuqarolarni sifatli tibbiy xizmatlar bilan ta'minlash, kasalliklarni erta bosqichda aniqlash, shuningdek, bemorlarga qo'shimcha qulayliklar yaratish, aholi orasida yuqumli bo'lmagan kasalliklarning oldini olish, sog'lom turmush tarzini shakllantirish va bolalarda jismoniy faollik darajasini oshirish borasidagi chora-tadbirlarni keng ko'lamda tashkil etish shular jumlasidandir.

Ushbu farmon doirasida aholiga tibbiy xizmat ko'rsatish sifatini yanada yaxshilash, onalik va bolalalikni muhofaza qilish, aholi orasida sog'lom turmush tarzini faol targ'ib qilish, profilaktik tadbirlarni keng yo'lga qo'yish kabi say-harakatlarni amalga oshirish belgilandi.

Respublikamizda o'rta va oliy tibbiy ta'lim tizimini isloh qilish, o'quv rejalari, dasturlari, o'quv-uslubiy materiallari va nazariy mashg'ulotlarni yanada optimallashtirish va amaliy mashg'ulotlarni ko'paytirish nuqtai nazaridan qayta ko'rib chiqish, shuningdek, ularni tibbiyot fani va amaliyotining umumjahon yutuqlariga muvofiqlashtirish masalalariga Prezidentimiz va hukumatimiz tomonidan alohida e'tibor qaratilmoqda.

Xususan, oliy o'quv yurtidan keyingi ta'lim tizimini, sog'liqni saqlash mutaxassislarining malakasini oshirish va ularni qayta tayyorlash tizimini qayta ko'rib chiqish, muammolarga yo'naltirilgan modulli o'quv dasturlarini joriy etish, masofadan o'qitish mexanizmlarini keng qo'llash, o'qitishning kredit-modul tizimini bosqichma-bosqich joriy etish va ularning amaliy jihatlarini oshirish orqali oliy ta'lim va oliy o'quv yurtidan keyingi ta'limning ta'lim standartlari va o'quv dasturlarini takomillashtirish borasida qator say-harakatlar amalga oshirilmoqda.

Respublikamizda "Ilm-fanni 2030-yilgacha rivojlantirish konsepsiyasi"ning ishlab chiqilishi ham boshqa fan tarmoqlari kabi oliy tibbiy ta'lim tizimida qator islohotlar amalga oshirilishiga turtki bo'lmoqda.

Xususan, Konsepsiyada doirasida hududiy ilmiy-tadqiqot va oliy ta'lim muassasalari, tarmoq ilmiy tashkilotlar tomonidan amalga oshirilayotgan ilmiy-tadqiqot ishlari samaradorligini oshirish, ilmiy faoliyatga oid davlat dasturlari doirasida bajariladigan ilmiy loyihalarni amalga oshirishda fan va texnologiyalar

sohasida ilg'or xorijiy ilmiy markazlar va universitetlarning yetakchi olimlari va mutaxassislarini ijrochi sifatida jalb etish, ilmiy tashkilotlarni tadqiqotlarni olib borish, ma'lumotlarni tahlil qilish hamda raqamli modellashtirish uchun maxsus elektron dasturlar bilan ta'minlash, ilmiy va ilmiy-texnikaviy rivojlanishni yanada yuksaltirish bosh maqsad etib belgilangan.

Ilm-fanni 2030-yilgacha rivojlantirish konsepsiyasining ishlab chiqilishi ham boshqa fan tarmoqlari kabi oliy tibbiy ta'lim tizimida qator islohotlar amalga oshirilishiga turtki bolmoqda. Konsepsiyada quyidagilarni bosqichma-bosqich amalga oshirish belgilab olingan:

Hududiy ilmiy-tadqiqot va oliy ta'lim muassasalari, tarmoq ilmiy tashkilotlar tomonidan amalga oshirilayotgan ilmiy-tadqiqot ishlari samaradorligini oshirish.

Ilmiy faoliyatga oid davlat dasturlari doirasida bajariladigan ilmiy loyihalarni amalga oshirishda fan va texnologiyalar sohasida ilg'or xorijiy ilmiy markazlar va universitetlarning yetakchi olimlari va mutaxassislarini ijrochi sifatida jalb etish.

Ilmiy tashkilotlar va oliy ta'lim muassasalarida ilmiy asbob-uskunalardan jamoaviy foydalanish markazlarini tashkil etish xarajatlarini moliyalashtirish.

Ilmiy tashkilotlarni tadqiqotlarni olib borish, ma'lumotlarni tahlil qilish hamda raqamli modellashtirish uchun maxsus elektron dasturlar bilan ta'minlash.

Ilmiy va ilmiy-texnikaviy rivojlanishni prognozlash.

Ilm-fanni 2030-yilgacha rivojlantirish konsepsiyasida belgilangan vazifalarni bajarish, tegishli ko'rsatkichlarga erishish, shuningdek chet eldagi ilmiy yutuqlarni O'zbekiston sharoitida qo'llash maqsadida ilmiy-texnik qidiruv va tahlil tizimini rivojlantirish.

Ixtirochilik va ratsionalizatorlik faoliyatini qo'llab-quvvatlash kabilarni amalga oshirish ustuvor vazifalar etib belgilangan.

### **O'zbekiston Respublikasida sog'liqni saqlashning bugungi holati**

Yurtimizda aholi salomatligini saqlash va yaxshilash imkonini beradigan sifatli sog'liqni saqlash tizimini tashkil etish, sog'lom avlod tarbiyasi uchun shart-sharoit yaratish davlat siyosatining ustuvor yo'nalishi hisoblanadi.

Mamlakatimizda ko‘rilayotgan chora-tadbirlar natijasida aholiga tibbiy xizmat ko‘rsatishning samaradorligi, sifati va qulayligini oshirish ta‘minlandi, BMT Ming yillik rivojlanish maqsadlarining asosiy parametrlariga erishildi.

Mustaqillik yillarida sog‘liqni saqlash sohasida mamlakatimiz erishgan yutuqlarga xalqaro hamjamiyat tomonidan ijobiy baho berildi. Masalan, aholining umr ko‘rishi 4,6 yoshga — 1995-yildagi 69,1 yoshdan 2017-yilda 73,7 yoshga oshdi.

Onalar o‘limi ko‘rsatkichi 3,1 baravarga kamayib, 100 ming nafar tirik tug‘ilgan chaqaloqqa nisbatan 21 ta holatni tashkil etdi, chaqaloqlar o‘limi esa 3,1 baravarga kamayib, 1000 nafar tirik tug‘ilgan chaqaloqqa nisbatan 11,5 ta holatni tashkil etdi. Bolalarda eng ko‘p uchraydigan kasalliklarga qarshi emlash va profilaktika tadbirlari bilan qamrab olish darajasi 96 — 98 foizda qat‘iy saqlanib turibdi.

Yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish bo‘yicha kompleks profilaktika, epidemiyaga qarshi va sanitariya-gigiyena tadbirlarining joriy etilishi o‘ta xavfli yuqumli kasalliklar (o‘lat, vabo), poliomyelit, difteriya, chaqaloqlar qoqsholi, mahalliy kelib chiqqan bezgak, qizamiq va qizilcha yuzaga kelishidan to‘liq himoya qilish imkonini berdi. Poliomyelitning yovvoyi shtammi (2002-yil), qizamiq va qizilcha (2017-yil), bezgak (2018-yil) yo‘q qilinganligi to‘g‘risida Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining sertifikatlari olindi.

Shu bilan birga, sog‘liqni saqlashni tashkil etishda fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash tizimini yanada takomillashtirishga oid vazifalarni samarali hal qilishga to‘sqinlik qilayotgan ayrim muammoli masalalar va salbiy holatlar saqlanib qolmoqda.

Xususan, tarmoqni kompleks huquqiy tartibga solishning mavjud emasligi, o‘lim va nogironlikni keltirib chiqarish ehtimoli katta bo‘lgan kasalliklarning oldini olish va ulardan aholini ijtimoiy himoya qilish sohasidagi qonunosti va idoraviy hujjatlarning haddan ortiq ko‘pligi sog‘liqni saqlash tizimi barqarorligini ta‘minlash imkonini bermayapti. Transplantologiya, ko‘makchi reproduktiv texnologiyalar, teletibbiyot kabi talab yuqori bo‘lgan yo‘nalishlarning tartibga solinmaganligi milliy

sog'liqni saqlash tizimi tibbiyot ilm-fani va amaliyotining zamonaviy yutuqlaridan ortda qolib ketishiga sabab bo'lmoqda.

Bugungi kunga qadar majburiy tibbiy sug'urta tizimini joriy etish uchun shart-sharoitlar yaratilmagan. Natijada hanuzgacha sog'liqni saqlash sohasini moliyalashtirish asosan budget mablag'lari hisobiga amalga oshirilmoqda. Respublikada tibbiyot xizmatlarining klinik tavsiyalari (bayonnomalari) va standartlari bilan uzviy bog'liq klinik-xarajat guruhleri (DRG tizimi) ishlab chiqilmagan.

Sog'liqni saqlash birlamchi bo'g'inining profilaktika, patronaj va o'z vaqtida davolash-tashxis qo'yish ishlari, shu jumladan ambulatoriyada davolashni oxirigacha yetkazish samaradorligi qoniqarsizligicha qolmoqda. Buning natijasida aholi sog'lig'ini saqlash tizimida qimmat turadigan statsionar yordam asosiy o'rinni egallamoqda.

Aholiga, ayniqsa bolalar va fertil yoshidagi ayollarga patronaj xizmati darajasi past ekanligi (72 — 77%) qayd etilmoqda, umumiy amaliyot shifokorlarining bilim va ko'nikmalari darajasi onalar va bolalarga tibbiy yordamni to'liq hajmda ta'minlash imkonini bermayapti.

Sog'liqni saqlashning jadal rivojlanayotgan xususiy sektorini davlat tibbiyot tashkilotlari bilan hamkorlikka faol jalb qilishga g'ov bo'layotgan to'siqlar qo'shimcha moliya resurslaridan sog'liqni saqlash uchun samarali foydalanish imkonini bermayapti.

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari klinikalari ekstensiv tarzda rivojlanmoqda, u erda tibbiyot fanlari doktorlarining 70 foizi ishlasada, ularning salohiyatidan yetarlicha foydalanilmayapti. ixtisoslashgan markazlarning innovatsion salohiyati pastligi sharoitida tibbiyot amaliyotining ta'lim berish jarayoni va ilm-fan bilan sust integratsiyalashganligi tibbiyotning ilg'or yutuqlarini davolash-tashxis jarayoniga joriy etish qoniqarsiz darajada ekanidan darak bermoqda.

Shu bilan birga, tibbiyot kadrlarini tayyorlash va qayta tayyorlashning zamonaviy tizimlarini tatbiq etishdagi sustkashlik va buning oqibatida shifokorlar

hamda o'rta tibbiyot xodimlari kasbiy bilimlari darajasining yetarli emasligi ko'rsatilayotgan tibbiy xizmatlar sifatiga salbiy ta'sir ko'rsatmoqda.

Tibbiyot xodimlarini ijtimoiy-moddiy himoya qilish darajasi pastligi, ular ijtimoiy-huquqiy holatining o'z zimmasiga yuklanayotgan javobgarlik darajasiga mos kelmasligi malakali kadrlarning tizimdan chiqib ketishi va korrupsiya holatlari yuzaga kelishi uchun sharoit yaratmoqda.

Sog'liqni saqlash tizimiga axborot-kommunikatsiya texnologiyalarining yetarlicha joriy etilmaganligi, tibbiyot hujjatlarining juda katta hajmi qog'oz shaklida yuritilishi qabul qilinayotgan qarorlar ijrosini tezkor kuzatib borish va samarali ijrosini ta'minlash imkonini bermayapti, shuningdek, ortiqcha byurokratizm va katta xarajatlarga sabab bo'lmoqda.

Yuqorida sanab o'tilgan kamchiliklar sog'liqni saqlashning sifatiga bo'lgan aholining tobora ortib borayotgan talablarini qondirish, joylarda to'planib qolgan muammolarga tezkorlik bilan munosabat bildirish va tibbiy xizmat ko'rsatish sohasida ijobiy o'zgarishlarga erishish imkonini bermayapti.

Shu munosabat bilan quyidagi maqsadlar, vazifalar va asosiy yo'nalishlarni nazarda tutuvchi 2019 — 2025-yillarda O'zbekiston Respublikasida sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish konsepsiyasini muvaffaqiyatli amalga oshirish orqali sog'liqni saqlashning konseptual yangi modelini shakllantirish zarurati paydo bo'ldi.

### **O'zbekiston Respublikasining sog'liqni saqlash tizimini yanada rivojlantirish maqsadlari va vazifalari**

2019 — 2025-yillarda O'zbekiston Respublikasida sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish konsepsiyasi (keyingi o'rinlarda Konsepsiya deb yuritiladi) sog'liqni saqlash sohasidagi faoliyatni tartibga soladigan O'zbekiston Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlariga, shuningdek, Salomatlik-2020 va Barqaror taraqqiyot maqsadlari — 2030 mintaqaviy siyosati doirasida aholi sog'lig'ini saqlash sohasidagi xalqaro shartnomalarga muvofiq ishlab chiqildi.

Konsepsiya Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining tavsiyalariga, shuningdek, sog‘liqni saqlash tizimini isloh qilishda katta muvaffaqiyatlarga erishgan ilg‘or mamlakatlar tajribasiga asoslangan yondashuvlarni o‘z ichiga olgan.

### **Konsepsiya maqsadlari:**

1. Kasalliklarning va ko‘pchilik hollarda bevaqt o‘lim va nogironlikka olib keladigan holatlarning oldini olish va ularni davolash natijalarini yaxshilash orqali kutilayotgan umr ko‘rish davrini oshirish.

2. Tibbiy yordamdan teng foydalanishni, aholini moliyaviy jihatdan himoya qilishni va resurslarni adolatli taqsimlashni ta‘minlash uchun sog‘liqni saqlashni moliyalashtirish va tashkil etish tizimini isloh qilish.

3. Konsepsiya vazifalarini bajarish va respublika aholisiga ko‘rsatiladigan tibbiy yordam sifatini yaxshilash uchun sog‘liqni saqlashning boshqaruv organlari salohiyatini kuchaytirish, ularning rahbarlari roli va javobgarligini oshirish.

### **Konsepsiya vazifalari:**

1. Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining xalqaro standartlari va tavsiyalarini implementatsiya qilgan holda tarmoqni kompleks huquqiy tartibga solishni ta‘minlash.

2. Fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash sohasida idoralararo samarali hamkorlik va aloqalar mexanizmlarini rivojlantirish, shu jumladan salomatlikning ijtimoiy va iqtisodiy determinantlariga salbiy ta‘sir ko‘rsatayotgan muammolarni hal qilish, sog‘lom va xavfsiz atrof-muhitni rivojlantirish, suv ta‘minoti va sanitariyani, sog‘lom ovqatlanish, shu jumladan chaqaloqlar va bolalarning sog‘lom ovqatlanishini yaxshilash, shuningdek, sog‘lom turmush tarzini shakllantirish.

3. Jamiyat sog‘liqni saqlash tizimini mustahkamlash, shu jumladan sanitariya-epidemiologiya xizmatini rivojlantirish, yuqumli va yuqumli bo‘lmagan surunkali kasalliklarni nazorat qilish tizimini takomillashtirish, Xalqaro tibbiy-sanitariya qoidalarini joriy etish va bajarish.

4. Sog‘liqni saqlashning birlamchi va ikkilamchi darajadagi, tez tibbiy yordam tibbiyot muassasalarining samarali integratsiyasini ta‘minlash uchun sog‘liqni saqlashning tuman bo‘g‘inini isloh qilish, ona va bola sog‘lig‘ini saqlashni

mustahkamlash, ixtisoslashgan va palliativ tibbiy yordamni takomillashtirish hamda rivojlantirish.

5. Sog‘liqni saqlashni moliyalashtirish va tashkil etish tizimini takomillashtirish, bepul tibbiy yordamning davlat tomonidan kafolatlangan hajmini qonunchilik yo‘li bilan mustahkamlab qo‘yish hamda majburiy tibbiy sug‘urtani bosqichma-bosqich joriy etish.

6. Xususiy sog‘liqni saqlash tizimi, davlat-xususiy sheriklik va tibbiyot turizmini rivojlantirish, sog‘liqni saqlash sohasiga investitsiyalarni keng jalb qilish uchun qulay shart-sharoit yaratish va raqobat muhitini yaxshilash.

7. Sog‘liqni saqlash tizimi, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi markaziy apparati va uning hududiy boshqaruv organlari tashkiliy tuzilmasini funksional vazifalar va javobgarlik sohaslarini aniq belgilagan holda takomillashtirish.

8. Tibbiyot va farmatsevtika tashkilotlarini akkreditatsiya qilish, shuningdek, shifokorlik va farmatsevtika faoliyatini litsenziyalash tizimini bosqichma-bosqich joriy etish.

9. Farmatsevtika tarmog‘ini yanada rivojlantirish, yangi dori vositalari va tibbiyot buyumlari hamda tibbiy texnikani ro‘yxatga olish tartib-taomillarini xalqaro standartlar bilan uyg‘unlashtirish, narx belgilash mexanizmlarini takomillashtirish, dori vositalari, tibbiyot buyumlari va tibbiy texnikani ishlab chiqarish hajmlari hamda turlarini kengaytirish, ularni markirovkalash va treking tizimlarini joriy etish.

10. Tibbiyot kadrlarini tayyorlash, qayta tayyorlash va ular malakasini oshirishning, tibbiyot ilm-fanini rivojlantirishning samarali tizimini, shu jumladan ilmiy va tibbiyot ta‘lim muassasalarini xalqaro standartlar bo‘yicha sertifikatlashtirish (akkreditatsiya qilish), zamonaviy ta‘lim dasturlari, usullari va texnologiyalarini joriy etish asosida shakllantirish.

11. “Elektron sog‘liqni saqlash” tizimlarini keng joriy etish, yagona milliy standartlar asosida integratsiyalashgan axborot tizimlari va ma‘lumotlar bazalari majmuini yaratish.



## **O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini yanada rivojlantirishning asosiy yo‘nalishlari**

### **Sog‘liqni saqlash sohasidagi qonun hujjatlarini takomillashtirish**

1. Sog‘liqni saqlash sohasidagi milliy qonun hujjatlarini birxillashtirish va to‘g‘ridan to‘g‘ri ta’sir ko‘rsatadigan qonunlar qabul qilish orqali normativ-huquqiy bazani takomillashtirish.

2. Sog‘liqni saqlash sohasidagi amaldagi qonun hujjatlarini bir-biriga muvofiqligiga erishish va qo‘llash uchun qulayliklar yaratish maqsadida yagona hujjatda kodifikatsiyalash, O‘zbekiston Respublikasining Sog‘liqni saqlash kodeksini qabul qilish.

3. Bepul tibbiy yordamning davlat tomonidan kafolatlangan hajmini huquqiy mustahkamlab qo‘yish.

4. Majburiy tibbiy sug‘urta sohasidagi normativ-huquqiy hujjatlarni ishlab chiqish va qabul qilish.

5. Onalik va bolalikni muhofaza qilish sohasidagi, shu jumladan onalar va bolalarni emlash, dispanserizatsiya qilish va ularga kafolatlangan bepul tibbiy xizmat ko‘rsatish tartibini belgilovchi qonun hujjatlarini takomillashtirish, Ko‘krak suti o‘rnini bosuvchi ozuqa marketingi to‘g‘risidagi xalqaro kodeks normalarini implementatsiya qilish hamda Chaqaloqlarni va kichik yoshdagi bolalarni ovqatlantirish to‘g‘risidagi milliy dasturni qabul qilish.

6. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti va boshqa xalqaro tashkilotlar tavsiyalariga muvofiq oziq-ovqat mahsulotlari va alkogolsiz ichimliklar marketingini tartibga solishning, shuningdek, aholining keng qatlamlarini jismoniy tarbiya bilan shug‘ullanishga va sport tadbirlariga jalb qilishga rag‘batlantirishning huquqiy mexanizmlarini takomillashtirish.

7. Tibbiyot xodimlari o‘z kasbiy majburiyatlariga rioya etishini ta’minlash, manfaatlar to‘qnashuvi va korrupsiya holatlari yuzaga kelishining oldini olish mexanizmlarini takomillashtirish, shu jumladan Tibbiyot xodimlarining axloq kodeksini qabul qilish va ularning kasbiy javobgarligini sug‘urta qilish.

### **Sog‘liqni saqlashni tashkil etish va boshqarish tizimini takomillashtirish**

1. Innovatsion g'oyalar, ishlanmalar va texnologiyalardan keng foydalanishga asoslangan davlat boshqaruvining zamonaviy shakllarini joriy etish orqali O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi markaziy apparati va hududiy organlar tuzilmasini takomillashtirish.

2. Tibbiy yordamning zarur bosqichma-bosqichligi va izchilligini ta'minlash uchun bir-birini to'ldiruvchi va kuchaytiruvchi har xil darajadagi va tor ixtisoslikdagi tibbiyot tashkilotlarini boshqaruvning yagona tizimiga integratsiya qilishni nazarda tutuvchi "klaster" yondashuvi asosida hududlarda sog'liqni saqlashni tashkil etish tizimini takomillashtirish.

3. Tibbiy yordam ko'rsatish darajalari, hajmi va turlari bo'yicha tibbiyot tashkilotlari toifalari klassifikatorini, shuningdek, ularni qurish, moddiy-texnik va aholi jon boshiga hisoblab chiqqan holda, aholi zichligini va transport infratuzilmasi rivojlanganligini hisobga olib, kadrlar bilan ta'minlash normativlarini ishlab chiqish.

4. Tibbiyot va farmatsevtika tashkilotlari hamda faoliyati giyohvand vositalar, psixotrop moddalar va prekursorlar aylanmasi bilan bog'liq tashkilotlarni akkreditatsiya qilishning, shuningdek, shifokorlik va farmatsevtika faoliyatini litsenziyalashning mexanizmlarini ilg'or xorijiy tajribani hisobga olgan holda ishlab chiqish va bosqichma-bosqich joriy etish.

5. Xalqaro standartlar asosida menejment va tibbiyot xizmatlari sifatini boshqarishning zamonaviy tizimlarini, shuningdek, aholining sog'liqni saqlash sifatidan qoniqqanligini baholash mexanizmlarini joriy etish.

6. Tibbiyot xodimlari mehnatiga haq to'lash va ularni ijtimoiy himoya qilishning ular malakasiga, ko'rsatiladigan tibbiy xizmat hajmi, murakkablik darajasi va sifatiga qarab toifalangan zamonaviy mexanizmlarini joriy etish, shu jumladan qo'llanilayotgan tarmoq tarif setkasi o'rniga tibbiyot xodimi faoliyati natijalariga qarab klinik-xarajat guruhlari va jon boshiga moliyalashtirishning tegishli mezonlariga ko'ra to'lanadigan mehnatga haq to'lash bo'yicha bazaviy lavozim maoshlari va o'zgaruvchan (mukofotlash) stavkasini joriy etish.

7. Birlamchi tibbiyot-sanitariya yordami muassasalari, ayniqsa qishloq joylardagi muassasalarning tibbiyot xodimlarini moddiy rag‘batlantirish va ijtimoiy qo‘llab-quvvatlash dasturlarini ishlab chiqish.

8. Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati tizimini takomillashtirish, ularning sanitariya qoidalari, normalari va gigiyena normativlariga rioya etilishini, fuqarolar sog‘lig‘i xavfsizligi ta‘minlanishini nazorat qilishdagi roli va javobgarligini oshirish, kasallik qo‘zg‘atuvchi omillarga laboratoriyada va ekspress tashxis qo‘yishning yangi texnologiyalarini joriy etish.

9. Tibbiyot tashkilotlarining asbob-uskunalar, sarflash materiallari va ehtiyot qismlarga bo‘lgan ehtiyojini aniqlashning yagona mexanizmlari va standartlarini joriy etish, ularni hisobga olishning axborot tizimini yaratish.

10. Davlat-xususiy sheriklik shartlari asosida tibbiyot uskunalariga texnik xizmat ko‘rsatadigan va ularni metrologik tekshiradigan hududiy xizmatlarni tashkil etish.

### **Sog‘liqni saqlashni moliyalashtirish tizimini takomillashtirish**

1. Quyidagilarni nazarda tutadigan klinik-xarajat guruhlari bo‘yicha “har bir davolangan holat” uchun tibbiy xizmatlarga haq to‘lash tizimini va jon boshiga moliyalashtirishning yangi mexanizmlarini bosqichma-bosqich joriy etish:

hududlarning xususiyatlari, muassasalar turi, aholi zichligi va boshqa omillarni hisobga oluvchi toifalangan tuzatish koeffitsiyentlariga ega moliyalashtirishning yagona jon boshiga to‘g‘ri keladigan normativini joriy etish hisobiga birlamchi tibbiy-sanitariya yordamining hududiy budjet ta‘minlanganligini tenglashtirish bo‘yicha tadbirlarni amalga oshirish;

respubika, viloyat va tuman (shahar) davolash-profilaktika muassasalarida ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam xizmatlariga klinik-xarajat guruhlari bo‘yicha “har bir davolangan holat” uchun haq to‘lashning zamonaviy usullariga o‘tish;

davlat tomonidan kafolatlangan bepul tibbiy yordam dasturlari bo‘yicha tibbiy xizmatlar ko‘rsatish uchun tibbiy xizmatlarning davlat va xususiy yetkazib beruvchilari bilan kontraktlar tuzish tizimiga o‘tish.

2. Asoslangan strategik qarorlar qabul qilish, shuningdek, majburiy tibbiy sug'urta dasturlari joriy etilishini qo'llab-quvvatlash uchun sog'liqni saqlashga sarflanadigan xarajatlarni hisobga olish va daliliy bazani tashkil etish maqsadida sog'liqni saqlash hisobvaraqlari milliy tizimini yaratish.

3. Majburiy tibbiy sug'urta dasturlari bo'yicha moliyaviy mablag'larni jamlovchi va taqsimlovchi Majburiy tibbiy sug'urta jamg'armasini tashkil etish.

4. Respublikaning barcha hududlarida tibbiy xizmatlarning kafolatlangan hajmlarini hisoblab chiqish va klinik-xarajat guruhlarini shakllantirish asosida bemorlarning maqsadli kontingentlari va tibbiy yordamning maqsadli turlari uchun majburiy tibbiy sug'urtaga oid maxsus dasturlarni joriy etish.

5. Fuqarolarni tibbiy resurslardan oqilona foydalanish hamda o'z sog'lig'ini saqlash va mustahkamlashdan manfaatdor bo'lishga undaydigan dasturlarni joriy etish.

6. Respublika fuqarolarini majburiy tibbiy sug'urta bilan to'liq qamrab olishni bosqichma-bosqich ta'minlash.

**Tibbiy yordam sifati va qulayligini oshirish, sog'lom turmush tarzini qo'llab-quvvatlash, yuqumli va yuqumli bo'lmagan kasalliklarning oldini olish hamda ularga qarshi kurashish**

1. Yirik ko'p tarmoqli davolash muassasalarini, shu jumladan tor ixtisoslikdagi maxsus tibbiyot tashkilotlarini (ularning filiallarini) birlashtirish hisobiga tashkil etish orqali joylarda yuqori sifatli tibbiyot xizmatlaridan foydalanish imkoniyatini oshirish.

2. Asosiy va eng ko'p uchraydigan kasalliklar va holatlar bo'yicha isbotlovchi tibbiyotga asoslangan hamda xalqaro standartlarga uyg'unlashtirilgan milliy klinik standartlarni ishlab chiqish va joriy etish.

3. Xizmatlar ko'rsatish texnologiyasi, zarur kadr resurslari, dori vositalari va sarflash materiallari tavsiflashni nazarda tutadigan sog'liqni saqlash sohasidagi tibbiy xizmatlarning yagona reyestrini yaratish.

4. Tibbiy yordam ko'rsatish bosqichlarining maqbul ketma-ketligi va izchilligini ta'minlaydigan bemorlarga yo'nalish beruvchi sxemalarni ishlab chiqish hamda joriy etish.

5. Oliy tibbiy ta'lim muassasalarining klinikalarini yanada rivojlantirish, ularning moddiy-texnika bazasini, kadrlar salohiyatini mustahkamlash, tashxis qo'yish va davolashning yuqori texnologik usullarini joriy etish, shu jumladan "ta'lim — amaliyot — fan" aloqasi yagonaligi prinsipi asosida ularni 4-darajagacha modernizatsiya qilish.

6. Sog'liqni saqlash amaliyotiga xalqaro standartlarga muvofiq kichik invaziv yuqori texnologik jarrohlik aralashuvlarini (radiojarrohlik, mikrojarrohlik, robotlashtirilgan jarrohlik, shuntlash va boshqalar) joriy etish, qisqa muddatli bir kunlik ambulatoriya jarrohlik yordamini ("bir kunlik jarrohlik"ni) rivojlantirish.

7. Tibbiyot tashkilotlarida individual elektron qurilmalar yordamida qayd etilgan xavf ostidagi guruhga kiruvchi ambulatoriya bemorlarining sog'lig'i ko'rsatkichlari o'zgarishiga shoshilinch choralar ko'rish tizimini yaratish.

8. Shoshilinch va tez tibbiy yordam xizmatini yanada rivojlantirish, uning moddiy-texnika bazasini mustahkamlash (qiyin yo'llarda yura oladigan avtomobillar, reanimobillar va aviatsiya texnikasi bilan jihozlash), shoshilinch va favqulodda holatda harakatlanuvchi boshqa xizmatlar bilan yaqin hamkorlik o'rnatish.

9. Regenerativ, shu jumladan biotibbiy hujayra, additiv va boshqa yangi texnologiyalarga asoslangan tibbiyotni rivojlantirish.

10. Prediktiv tibbiyotni rivojlantirish (nasliy moyillikning oldini olish), sog'liq holatiga molekulyar-genetik tashxis qo'yish, skrining va monitoring qilishning zamonaviy usullarini joriy etish.

11. Yuqumli bo'lmagan kasalliklar rivojlanish omillarini, shu jumladan birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalarida xavf ostidagi guruhga kiradigan bemorlar orasida dispanserizatsiya va skrining-tadqiqotlarni, patronaj va dispanserizatsiyaning samarali modellarini joriy etish, reabilitatsiya tibbiyotini rivojlantirish, "uyda statsionar" xizmatini kengaytirish orqali erta aniqlash.

12. Katta va keksa yoshdagi fuqarolarga uzoq muddatli tibbiy yordam ko'rsatishning zamonaviy modelini yaratish, uyda ijtimoiy va tibbiy xizmat ko'rsatish va boshqa qator chora-tadbirlarni nazarda tutuvchi gerontologik yordam sifati va qulayligini oshirish.

13. Jamiyat sog'liqni saqlash tizimini yanada rivojlantirish, sog'lom turmush tarzi va to'g'ri ovqatlanishni keng targ'ib qilish, fuqarolarda o'z salomatligi va atrofdagilar sog'lig'i uchun javobgarlik hissini shakllantirish, shuningdek ularning madaniyati va tibbiy savodxonligini oshirish.

14. Mikrobgga qarshi chidamlilik tarqalishining oldini olish, shu jumladan mikrobgga qarshi terapiyaning oqilona sxema va reglamentlariga qat'iy rioya qilish, antibakterial terapiya tayinlashda mikrobiologiya diagnostikasi usullarini rivojlantirish va kengaytirish, antibakterial preparatlarning yangi turlarini ishlab chiqish.

### **Xususiy sog'liqni saqlash tizimi, davlat-xususiy sheriklik va tibbiyot turizmini rivojlantirish**

1. Quyidagilarni nazarda tutuvchi xususiy sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirish strategiyasini ishlab chiqish:

hududlar ehtiyojini hisobga olgan holda nodavlat tibbiyot tashkilotlari uchun ambulatoriya va statsionar tibbiy xizmatlarni rivojlantirishning istiqbolli yo'nalishlarini belgilash;

aholining ehtiyoji katta bo'lgan tibbiyotning ayrim yo'nalishlari rivojiga investitsiyalar, shu jumladan xorijiy investitsiyalarni jalb qilish;

sog'liqni saqlash sohasida davlat-xususiy sheriklik mexanizmlarini keng tatbiq etish;

nodavlat notijorat tashkilotlari va jamoat birlashmalarining sog'liqni saqlash sohasidagi rolini kuchaytirish, shuningdek, ularning negizida xususiy sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirishning asosiy yo'nalishlari yuzasidan axborot bilan ta'minlash uchun yagona dispetcher xizmati (Call-markazi) tashkil etish shular jumlasidandir.

Avtohalokatlar sonining ortishi, kriminal travmatizm, shuningdek, tabiiy va texnogen xarakterdagi favqulotda vaziyatlarning ko'payishi, kranioorbital zararlanishlar diagnostikasi va davosining ahamiyatini kuchaytiradi. Bosh miya jaroxatlari tarkibida kranioorbital jarohatlar 6-7% ni, umumiy qo'shaloq bosh miya jaroxatlarining 34% ni tashkil etadi (Kallela I.,1994; Lebedev V.V., Krilov V., 2000 ; Lusevich E.E., 2005). Kraniofassial jarohatlarning 98% da orbita devorlari sinadi. Ko'z kosasi sinishining 66% holatlarida, ko'z olmasi va uning yordamchi qismlari zararlanadi (Povertovski g.,1968; Eolchiyan S.A., Serova N.K. , 2002). Ko'ruv nervining zararlanishi, bosh miya jarohatlarida 0,5-5%, kranioorbital jarohatlarda - 11,2% uchraydi (Vetter J.D. 1991; Kiselyov A.S, Danilichev V.F., Gorbachyov D.S.,1997). Travmatik neyropatiya, ko'zning og'ir jaroxatlari 50% holatlarda ko'rishning keskin pasayishiga olib keladi (Wolfe A.S., Jonson P.,1998). Ko'ruv a'zolarining zararlanishi, yaqqol kosmetik defekt, bemorning yashash sifatining buzilishi, ish qobiliyatining yo'qolishiga sabab bo'ladi.(Eolchiyan S.A., Potapov A.A., Van Damm F.A., Ippolitov V.P., 2002; Jabaley M. 1975; Matrasova Yu.V., Kataev M.G., Fabrikantov O.L., 2021).

Diagnostika va davo taktikasi algoritmining yo'qligi, orbita suyaklarida jarrohlik amaliyotini kech bajarilishiga olib keladi. Hozirgi kunda bosh miya jarohatlarining o'tkir davrida kranioorbital zararlanishlar oftalmologik simptomatikasini aniqlash to'liq echim topmagan muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Kechikib, noto'g'ri qilingan davo, ko'rish funksiyasining pasayishiga, og'ir kosmetik defektlarga, yiringli-septik asoratlarga sabab bo'ladi (Ide C.H., Webb R.W., 1971; Gundorova P.A., Moshetova L.K., Maksimov I.B., 2000; Belchenko V.A.,2006).

Neyrooftalmologning dolzarb vazifasi, kranioorbital zararlanishda neyroxirurg va boshqa mutaxassislar bilan birgalikda shunday diagnostika va davo taktikasini ishlab chiqishi kerakki, natijada orbita anatomiyasi, ko'z olmasi va uning yordamchi apparati funksiyasi maksimal darajada to'liq tiklansin (Danilevich M.O.,1996; Kiselyov A.S, Danilichev V.F., Gorbachyov D.S.,1997; Luce E.A., 1998). Zamonaviy adabiyotlarda kranioorbital zararlanishlarda bajariladigan

rekonstruktiv amaliyotlarning oftalmologik aspektlari haqida kam ma'lumotlar bor (Danilevich M.O.,1996; Potapov S., Yeolchiyan V., Tcherakaev ,1996). BMJ va kranioorbital travmalar o'tkir davrida bemorlarga o'tkazilgan neyrooftalmologik tekshiruvlar ko'rsatilgan malumotlar sanoqli desa xam bo'ladi (Gundorova P.A., Moshetova L.K., Maksimov I.B., 2000., Belchenko V.A., 2000).

Yuqorida bayon etilganlar shuni ko'rsatadiki, shikastlanganlarga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish sharoitida kranioorbital qo'shma jarohatlarida zamonaviy diagnostika va davolash texnologiyalaridan to'liq foydalanmaslik, to'g'ri diagnoz qo'yishda ko'p xatolarga sabab bo'ladi, hamda o'z vaqtida yuqori malakali shoshilinch va ixtisoslashgan yordam ko'rsatish hajmiga salbiy ta'sir ko'rsatadi, natijada turli xil asoratlarga olib keladi.

Shunday ekan, bosh miya jarohatlari o'tkir davrida ko'rish a'zosi shikastlanishi sababli kranio-orbital jarohatlarni tashxislashda neyrooftalmolog sifatida yangi klinik – funksional tamoyillarni asoslab berish, bu kasalliklarning tashxislash muammolarini o'rganish, yangi davolash sxemalarini ishlab chiqish masalasi oftalmologiyada dolzarb va amaliy jihatdan muhim hisoblanadi.

### ***I BOB. ADABIYOT SHARHI***

XX asrning oxiri va XXI asr boshining o'ziga xos xarakterli xususiyatlaridan biri tabiiy kuchlar ta'sirida vujudga kelayotgan talofatlar, kishilarning texnologik faoliyati tufayli sodir bo'layotgan halokatlar, insoniyat jamiyatida ijtimoiy epidemiyaning, ya'ni aholi orasida jarohatlanishlarni o'sib borishiga sabab bo'lmoqda. Ilmiy-texnikaviy jadallashuv insoniyat faoliyatining barcha sohalarini qamrab olib, sanoat, qurilish, transportning gurkurab rivojlanishi bilan birga jarohatlanish ko'rsatkichlarini turg'un o'sib borish tendentsiyasiga sabab bo'lmoqda. Yo'l harakati hodisalari, ishlab chiqarishdagi jarohatlanishlar,



dunyoning boshqa mamlakatlari kabi bizning respublikamizda ham o'sish tendentsiyasiga ega. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining (JSST) ma'lumotlari bo'yicha jarohatlanish, yurak qon-tomir kasalliklari, xavfli o'smalar qatorida dunyo aholisining orasida uchta asosiy o'lim sabablaridan biri hisoblanib, 45 yoshgacha aholi orasida birinchi o'rinni egallaydi. Neyroxirurg olim Vlasov A.M. (2005) malumotlariga ko'ra, o'lim holatiga olib kelgan baxtsiz hodisalarning taxminan 50%, bosh miya jarohatlari tashkil etadi. Bosh miya va ko'ruv a'zolari qo'shma jarohatlari shu og'ir shikastlanishlar toifasiga kirib, kishilarning salomatligi va hayotiga katta xavf tug'diradi (Levanova O.G., 2010; Kirichenko V.O., 2011; Kasimov F.O., 2015; i dr., 2011).Kranioorbital jarohat - kalla suyagi va bosh suyagi suyaklariga, miya tuzilmalariga, ko'ruv a'zolari va orbitaning suyak tuzilmalariga etkazilgan qo'shaloq zarar. Bu juda muhim tibbiy va ijtimoiy muammo, chunki aksariyat kuzatuvlarda, tirik qolganda ham bu bolalar va mehnatga layoqatli odamlarning nogironligiga, yuz tuzilishining o'zgarishiga va hatto ruhiyatiga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi [Sergeeva L.A., 2012; Hopper R.A., Salemy S., Sze R.W., 2006).

1. Ko'pincha kranioorbital travma yo'l-transport hodisalari (YTH), shaxslararo nizolar, ishdagi baxtsiz hodisalar, o'q otish jarohatlari natijasida yuzaga keladi (Alyabev M. V., 2012; Bessonova L.A. , 2010; Danilov S.S., Chupova H.A., 2011; Hwang K., 2010). Yo'l - transport shikastlanishi, bir necha o'n yillardan buyon dunyoda echilmagan muammo bo'lib kelmoqda. Avtohalokat natijasida yiliga million odam hayotdan ko'z yumadi, tirik qolganlari ham, ko'pincha nogiron bo'lib qoladi (Ikromov A.F., Ikromov O.A.; 2020). Turli mualliflarning ma'lumoti bo'yicha shikastlanganlar orasidan erkaklar 75% dan 89% gachani tashkil etib, ular asosan mehnatga layoqatli yoshdagilar (20 yoshdan 50 gacha) bo'lib, bu ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega bo'lgan muammodir [Bessonova L.A., 2010; Bogdanov G.S., 2008; Eliseeva N.M., 2009; Zernova L.A., 2010; Haug R.H., Van Sickels J.E., Jenkins W.S., 2002). Jarohatlanish o'limning asosiy sabablari sifatida 20 yoshdan to 60 yoshgacha aholi orasida etakchi o'rinni egallamoqda (Djambinova N.S., 2010).

Transport to'qnashuvlarida eng ko'p bosh skeletining yuz sohasi shikastlanib, shundan 38% ida og'ir yuz va ko'z sohasi jarohatlari kuzatiladi va bosh miya jarohati bilan qo'shma holda uchrab, kuchli travmatik ta'sir ko'rsatadi va suyaklarning sinishi bilan birga yumshoq to'qimalarning og'ir shikastlanishiga olib keladi.

2. Yo'l-transport hodisalaridan sodir bo'luvchi jarohatlarni o'rganuvchi tadqiqotchilar alkogol iste'mol qilish avtomobil halokatlarida o'lim salmog'ini 25% dan 50% gacha oshishiga sabab bo'luvchi asosiy monelik omillardan biri ekanligini ko'rsatganlar (Andrianova A. V., 2016; Balarev A.Yu., 2006; Agadzhanyan V.V., 2015; Mackinnon C.A., David D.J., Cooter R.D., 2002).

A.G. Lostovsskiyning (2014) fikriga ko'ra, yo'l-transport hodisalaridan va maishiy sharoitda yuz bergan jarohlardan ko'proq qismini 20-30 yoshdagi aholining aziyat chekishi va doimiy mehnat qobiliyatini yo'qotilishi bilan bog'liq bo'lgan dalillarga alohida e'tiborni qaratish lozim. Ko'z jarohatlari Amerika jamiyatining oxirgi xulosalariga ko'ra, 8,7% jarohatlar avtoxalokatlar natijasida yuz bergan, 14% ko'z jarohatlar katta avtotrassada bo'lgan.

Amerika ko'z jarohatlari jamiyati bo'yicha, ko'z jarohatlari kelib chiqish manbasining barcha turlari 1.1-jadvalda sanab o'tilgan.

Serbiya ko'z klinikasining ilmiy taxliliga ko'ra, 2000 yildan 2008 yilgacha, avtoxalokat natijasida 36 ta bemor ikkala ko'zi shikastlanishi bilan davolangan. Kuzatilgan 9 yil davomida, 23 ta erkak, erkaklar va ayollar nisbati 1,8:1, o'rtacha yosh 33,9 ni tashkil etgan.

1.1 - jadval

### Ko'z jarohatlarining sabablari

| <b>№</b> | <b>Jarohat sabablari</b>                     | <b>Foizlarda (%)</b> |
|----------|----------------------------------------------|----------------------|
| 1        | Avtohalokat                                  | 9                    |
| 2        | To'ntoq predmet bilan jarohat (kontuziya)    | 31                   |
| 3        | O'tkir predmet bilan jarohat (teshib o'tgan) | 18                   |
| 4        | Mix kirishi                                  | 5                    |
| 5        | Pnevmatik qurol bilan jarohatlanish          | 6                    |

|    |                                            |   |
|----|--------------------------------------------|---|
| 6  | Yuqoridan tushib ketish                    | 4 |
| 7  | Metal ZANGI                                | 5 |
| 8  | Portlovchi quroldan jarohatlanish jarohati | 3 |
| 9  | O'q otar quroldan jarohatlanish            | 5 |
| 10 | Mushak otish                               | 5 |
| 11 | Noma'lum                                   | 1 |
| 12 | Boshqalar                                  | 8 |

Ko'p xollarda mashina oldida o'tirgan yo'lovchilar 20 ta (55,6), shofyorlar 15 ta (41,7%), 1 bemor (2,7%) orqa o'rindiqlarda o'ng tomonda bo'lgan. 33 holatda (91,4%) bemorlar himoya kamarini taqmagani, 18 tadan (50%) bemorlar alkogol holatida bo'lgan. 66,7 % holatda ko'z olmasini yorib kirgan jarohat va ko'z olmasini fibroz kapsuladan kontuzion yorilishi aniqlangan. 1 bemorda (2,8%) ikkala ko'zining yopiq jarohati, 22 holatda ko'z olmasining yordamchi qismlari jarohatlanib kelgan [86, 77-b].

Mirzoyan, A.O. (2014) ilmiy izlanishlarida ko'rsatishicha, avtoxalokat natijasida qo'shaloq tan jarohati olganlarning jarohat strukturasi mos ravishda to'liq kelishgan holda bemorlar 48,9% neyroxirurgiya bo'limiga, 26,5% xirurgiya bo'limiga, 20,4% travmatologi bo'limiga yotqizilgan.

Nurmamedov R.A (2009) fikriga ko'ra, avtoxalokat natijasida olingan kranioorbital jarohatlar o'ziga xos xususiyati, natijasining bog'liklik ko'rsatkichlari quyidagilardan iborat:

- 1) birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish vaqti va sifatining qoniqlilik darajasi;
- 2) qo'shaloq bosh miya jarohatlarida, ko'z olmasini teshib kirgan jarohat (38,7%), oyoq-qo'llarning shikastlanishi (18,3%), umurtqa shikastlanishi (16,3%) uchraydi;
- 3) ko'z olmasi teshib o'tgan jarohat, ko'z ichida yot jism bilan (38,7%), teshib o'tgan korneoskleral jarohat (36,7%), shox pardada teshib o'tgan jarohat (24,3%) uchraydi;

4) ko‘z olmasining shikastlanishini polimorfligi, optik tiniq muhitlarning travmatik zararlanishining yaqqolliligi, amaliliy barcha bemorlarda uchrashi;

5) infeksiyon asorat (5,3%);

4) ikkala ko‘zda jarohatning 21,3% yuqori darajada uchrashi [97, 2-b].

Lastoveskiy A.G. (2014) avtoxalokatlar travmasini quyidagicha xulosalagan:

Avtoxalokatlar shikastida, yo‘l harakati xavfsizligi choralarini kuchaytirish va jarohat joyidan boshlab, toki maxsuslashgan davo muassasigacha bo‘lgan masofada ko‘rsatilgan tibbiy yordam sifatini yaxshilash kabi kompleks yondoshuv bo‘lgandagina avtoxalokatlarga qarshi kurash natijasi yaxshi bo‘ladi. Bolalardagi avtoxalokat shikastlanish muammosi asosiy etiborni talab etadi.

Bu keltirilgan dalillar qo‘shaloq tan jarohatlar va ko‘ruv azolarini shikastlanishi, nafaqat murakkab tibbiy muammo bo‘libgina qolmasdan, balki muhim ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ham egaligini ko‘rsatadi.

## **§ 1.2. BOSH MIYA VA KO‘RUV A‘ZOLARI QO‘SHMA JAROHATLARINING DIAGNOSTIKASI**

Bosh miya va ko‘ruv azolari qo‘shma jarohatlari diagnostikasini murakkabligi shundan iboratki, orbitani tekshirishni noqulayligi, orbita va ko‘ruv nervi zararlanganda klinik simptomatikani bir xilligi, bosh ichi jarohatlari va ko‘ruv azolari zararlanishida differentsial diagnostikaning murakkabligi, tekshirish usullarini chegaralanganidir [17, 90-b; 94, 57-b].

V.P.Nikolaenko (2009) fikriga ko‘ra, bosh miya va ko‘ruv azolari qo‘shma jarohatlarini diagnostikasi, klinik simptomlar, asbob-uskunalar va apparatlar tekshiruv natijasidan olingan ma’lumotlar yig‘indisiga asoslangan.

Gundorova P.A. (2014) fikriga ko‘ra, ko‘ruv azolari jarohatlanganda, bemorlarni tekshiruv jarayoni quyidagilarni o‘z ichiga oladi: 1) ko‘z olmasini

tekshirish; 2) yumshoq to'qimalarni tekshirish; 3) orbitani tekshirish 4) yuzni tekshirish.

Qo'shaloq tan jarohatlari va ko'ruv azolari shikastlanishida yana diagnostika uchun quyidagi oftalmologik tekshiruvlar xam o'tkazilgan:

1. Ko'rish o'tkirligini aniqlash.
2. Ko'ruv maydonini aniqlash (perimetriya).
3. Biomikroskopiya.
4. Ko'z olmasining ultratovushli tekshiruvi.

L.K. Moshetova (2009) o'z tadqiqotida, kranioorbital jarohatlangan bemorlarni neyroxirurg, yuz-jag'jarroxi, oftalmologdan iborat multidissiplinar brigada ko'ruvidan, neyrooftalmologik tekshiruvdan, orbita va bosh miyani KT, MRT diagnostikasidan, ko'z olmasi va retrobulbar bo'shliq uzi tekshiruvi va ko'z arteriyasida dupleks skanir tekshiruvlaridan o'tkazgan. Birgalikdagi ko'ruv vazifasiga, bosh miya jarohati xajmini, ko'z olmasi, yordamchi qismlari, yumshoq to'qimalari (ko'ruv nervi, ko'z olmasi muskullari, nervlari, tomirlari), ko'z kosasi devorlarini shikastlanishi darajasini aniqlash kiradi. Oftalmologik tekshiruv xajmi, bemorning bemorning xolatini og'irligiga qarab o'zgaradi. Bemor xushida bo'lsa, ko'rish o'tkirligi, Rabkin jadvali bo'yicha rang ajratish, perimetriya, oftalmoskopiya tekshiruvlari o'tkazilgan. Bemor xushini pasayishi, alaxsirash xolatida bo'lsa, ko'rish o'tkirligi Rozemblyuma jadvali bo'yicha, perimetriya kontrol usulda bajarilgan. Bemor sopor, koma xolatida bo'lsa, faqat oftalmoskopiya bajarilgan. Tekshiruv natijalarida, ko'z olmasi va retrobulbar to'qima UTT, ko'z arteriyasi Uzdgsi 48 (13,4%) bemorda o'tkazgan.

S.I. Nurgaleevning fikriga ko'ra, bosh miya jarohatlari o'tkir davrida neyrooftalmologik tekshiruvlardan to'r parda Markaziy venasi spontan pulsini aniqlash yana bir diagnostik belgilardan xisoblanadi. To'r parda Markaziy vena qon tomir spontan pulsi, jinsiga bog'liq bo'lmagan xolda xar bir sog'lom odamda (97,8%) bo'ladi. 60 yoshdan keyin qon tomir elastikligi pasayishi xisobiga diagnostika foizi 66,7% ga kamayadi. To'r parda venoz pulsasiyasi, bosh miya venoz kon aylanishini, bosh ichki bosimini, likvorodinamikasi buzulishini

ko'rsatuvchi nozik indikator sifatida ishlatiladi. Bosh miya jarohatlanganidan keyin 2 soatdan 3 sutkagacha, to'r parda Markaziy venasida spontan puls aniqlanmasa, bosh ichki bosimini ortganligini ko'rsatuvchi simptom xisoblanadi. Davo jarayonida bu jarayon dinamik kuzatilib, to'r pardada venoz pulsning aniqlanishi, bemorga olib borilayotgan degidratasion terapiyani samaraliligi, bosh ichki bosimini me'yorlashayotganini ko'rsatadi. To'r parda Markaziy vena qon tomir pulsasiyasi, bevosita oftalmoskopiyada, ko'k-yashil svetofiltr orqali aniqlanadi. Ushbu usulning qulayligi:

- bemor va tibbiyot xodimi uchun xavfsiz;
- davo natijasiga yuqori malumot beruvchi;
- tekshiruvni noinvazivligi va mablag'talab qilmasligi;
- midriatik moddalarsiz ko'rish mumkinligi;
- stasionar davolanayotgan bemorning kutish mumkinligi (Zagidullina A.Sh., 2006).

Orbita jarohatlari diagnostikasiga klinik va maxsus tekshiruv usullari kiradi. Klinik tekshiruvda diplopiya, enoftalm, ekzoftalm, ko'z olmasi xarakatining buzulishi, ko'z osti nervi innervasiyasi sezuvchanlining pasayishi, konyuktiva xemozi kabi klinik xolatlar xisobga olinadi (Andrianova A. V., 2016; Bakushev A.P., 2016; Kutrovskaya N.Yu., 2011). Yuqoriga qaraganda predmetlarni ikkita ko'rish, ko'z olmasida enoftalm bo'lishi, orbita suyagini pastki devori sinishidan dalolat beradi [Medvedev Yu.A. Primenenie implantatov iz tkanevogo nikelida titana dlya rekonstruktsii nijney stenki glaznisi/ yu.A. Medvedev, A.S. Shamanaeva, P.S. Petruk i dr., 2014). Har doim ham jarohatlanish xarakterini va hajmini baxolovchi bunday shikoyatlar va klinik belgilar yig'indisi aniqlanmasligi mumkun. Shu xolatda bemorlarda navbatdagi nur tekshiruv bosqichi yuzaga keladiki, bu orqali klinik diagnoz, davo taktikasini belgilash va natijalar aniq bo'ladi. Avvaliga ko'shaloq tan jarohatlari, ko'ruv azolari shikastlanishining diagnostikasida gipoteza, nazariyalar yaratilgan bo'lsa, vaqt o'tgan sari, texnika, tibbiyot rivojlanib borib, o'tgan asrnig 80-yillariga kelib, asbob-uskunalar bilan tekshirish usullaridan asosan rentgenografiya tibbiyotga kirib keldi. Maxsus mo'ljalli rentgen suratlar bosh

skeletining, koʻz kosasi, yuz sohasini siniqlarini joylashishini, suyak siniqlarini xarakteri va siljishini etarli darajada aniqlashga imkon berdi. Turli burchaklar ostida olingan ikkita rentgen tasvirlarini bir-biriga qoʻshish yordamida bosh suyagini strukturaviy holatini stereoskopik tasvirini olishga harakat qilindi. Ammo, yuz sohasining oʻrta zonasi shikastlanishini diagnostikasidagi yangi sifat bosqichiga oʻtishi, klinik amaliyotga kompyuter tomografiyasini tadbqiq etilishi bilan boshlandi [Eolchiyan S.A., Serova N.K.,2007).

Koʻpgina tadqiqotchilarning fikricha shuni taʼkidlash lozimki, kompyuter tomografiyasidan foydalanish, yuz sohasi oʻrta zonalari jarohati bilan shikastlanganlarni tekshirishda tradision rengenografiya usulidan foydalanishni inkor etmaydi. Aksincha, yuz va jagʻlar sohasi bilan bosh miya sohasining qoʻshma jarohatlarini tekshirishda kompleks yondoshishni taqozo etib, rentgenografiya usulini qoʻllash bilan birgalikda kompyuter tomografiyasi va nur diagnostikasi, ultratovush osteometriyasi elektroentsefalografiya, exoentsefalografiya, shuningdek, Gertel ekzoftalmometri yordamida koʻz olmasini holatini (ekzoftalm yoki enoftalm) aniqlash, yuz simmetriyasini buzilishini baholashda fotometrik tekshiruvini oʻtkazish davolash rejasini va reabilitasiya tadbirlarni amalga oshirishda muhim ahamiyat kasb etadi (Gundorova P.A., 2014).

MRT, KT, MSKT kabi zamonaviy kaminvaziv tekshiruv usullarini qoʻllanishi bosh ichi va orbitadagi barcha oʻzgarishlarni toʻliq praktik vizual tekshirish imkoniyatini berdi [Lipniskaya A.V., Proxoskaya V.A.,2017). Danilov malumotiga koʻra, MSKT malumotlarida orbital deformasiya topografiyasi, orbitadagi yot jism va uni xarakatlanayotgan strukturalar bilan munosabati aniqlangan. Funktsional sinamada, muskullarni joylashishi, jarohatlanganini borligi, muskul xarakatini chegaralashi baxolangan.

Tekshirishning yangi usullarini amaliyotga tadbqiq etilishi (kompyuter tomografiyasi, spiral kompyuter tomografiyasi, magnit yadroli tomografiya, ultratovush tekshirish, endovideoskopiya) qoʻshma jarohatlarda yuqori samarada dominant shikastlanishni aniqlash imkonini beradi va ustivor davolash tadbirini belgilaydi.

Axamiyatli darajadagi yutuqlarga erishilishiga qaramasdan, xali xam ko'p muammolar echilmasdan qolmoqda [Nikitina T.V., 2008; 9 Nikonenko, M.A., 2006; Nurmamedov R.A., 2009; Sandaval R.X., 2011). Differentsial diagnostika uchun ko'ruv nervi yo'li itrakranial va intraorbital travmatik zararlangandagi MSKT xulosa natijalari kam [Mirzoyan A.O., 2014; Moshetova L.K., Romodanovskiy P.O., Andrianova A.V., Kutrovskaya N.Yu., 2014; Sirko A.G., Pilipenko G.S., 2012). MSKT tekshiruvida, orbita yumshoq to'qimasi zararlanish xarakteri, orbita va uning atrof qismlardagi patologik prosesslar rivojlanishida keltirib chiqargan funktsional buzilishlar sabablari aniq ko'rinadi. Yaqqol ekzoftalmi bor bemorlarni, itrakranial patologiyalarini MSKT da baxolanishi, neyroxirurglar uchun diagnostika muddatini qisqarishiga, davo muolajalarini boshlanishini tezlashishiga sabab bo'ladi [grusha ya.O., 2009; Gundorova P.A., Moshetova L.K., Maksimov I.B. 2014). Kam invaziv angiografiya tekshiruvi imkoniyati, travma olgandan so'ng xar qanday muddatgacha dinamik kuzatish mumkinligi MRT, MSKT, KT tekshiruvlarga ko'rsatma bo'ladi.

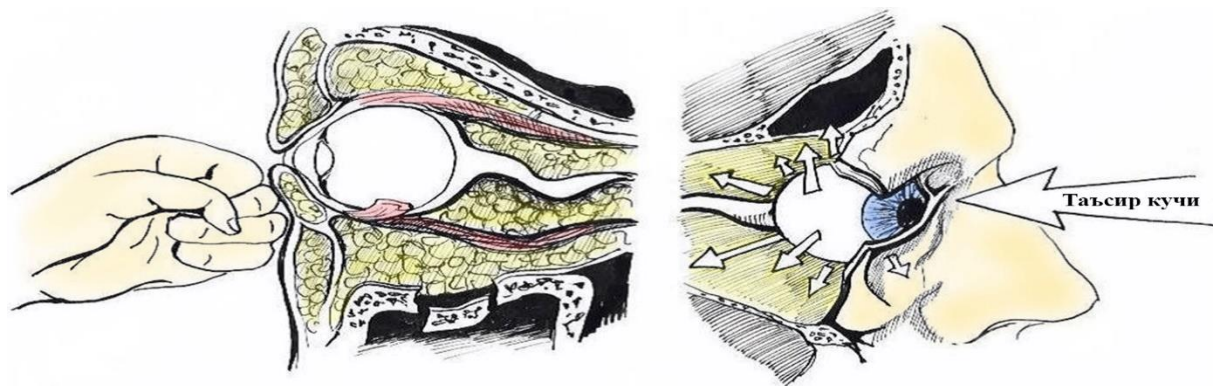
### ***§1.3. BOSH MIYA JAROHLARINING O'TKIR DAVRIDA KO'RUV AZOLARI ZARARLANISHLARINI KLINIKASI***

Tarixiy malumotlarga ko'ra, dastlabki travmatik enoftalm xaqidagi malumot, 1889 yili 12 yoshli bolani ko'z soxasiga to'mtoq jarohat olishi natijasida kelib chiqqanligi xaqidagi fotoregistrasiyalar W. Lang tomonidan yozilgan. 1901 yilda R. Le Fort orbita sinishida «mexanik» gipoteza yaratdi. 1943 yili R. Pfeiffer, enoftalm ko'z kosasining sinishi natijasi ekanligini ko'rsatdi. 1956 yilga kelib, ko'z kosasi sinishlari xaqida J.M. Conwers va V. Smith malumot berishdi, keyinroq yana B. Smith va W.F. Regan orbita sinishida axamiyatga ega bo'lgan «gidravlik» nazariyasini ilgari surishdi (Bakushev A.P., 2016) (1.1 – rasmga qarang).

Bu nazariyaga ko'ra, jarohat keltirib chiqargan tashki agent, ko'z kosasi o'lchamidan katta bo'lsa, ko'z olmasini deformasiyalab, uni pastga ko'z kosasi



chuqurligiga siljitadi, koʻz kosasi ichidagi kismlar qisiladi va orbita ichki bosimini keskin oshib, koʻz kosasining eng nozik pastki devorini, gaymorova boʻshligʻi devor suyaklari sinishi, ezilishiga olib keladi (Nikonenko, M.A., 2006).



1.1-rasm. Orbita sinishida «gidravlik» nazariyasi (sxematik) [5, 11-b]

Nikonenko M.A.(2006) oftalmologiya tarixidan koʻruv azolari jarohatini oʻrganib, koʻruv aʼzolarini shikastlanishini anamnez va klinikasini xisobga olib, bir-birini toʻldirgan xar xil klassifikasiyalar ishlab chiqilganligi xaqida soʻz yuritgan:

- koʻruv aʼzolarini toʻmtiq jarohatlar klassifikasiyasi (polyak B.L., 1953, Petropavlovskaya G.A., 1975);
- teshib oʻtgan jarohatlar ogʻirligi boʻyicha klassifikasiyasi (Lebexov P.I., 1974);
- qoʻshaloq va kombinirlangan jarohatlar boʻyicha klassifikasiya (Volkov V.V., Shilyaev V.G., 1976);
- sosial sharoitga koʻra klassifikasiya (Volkov V.V., Starkov G.L., 1980);
- travma faktori asoratiga koʻra klassifikasiya (Gundorova P.A., Yujakov A.M., 1986);
- boʻyicha klassifikasiya (Volkov V.V. s soavt., 1986);
- tabiiy ofatlar va favqulodda vaziyatlarga koʻra jarohatlar klassifikasiyasi (Gundorova P.A. s soavt., 1986) (Balarev A.Yu. N., Baxritdinova F.A., Akshay Kxera, Arnopolskaya D.I., 2021; Djioeva A.V., 2011; Kamilov X.M., Kasimova M.S., Maxkamova D.K., 2014).

Bakushev A.P. (2016) ma'lumotlarida, ko'z olmasining joylashishini patologik o'zgarishini bir necha turlari keltirilgan. Gipoftalm - ko'z olmasini pastga siljishi. Enoftalm - orbita devori ekstra orbital sinib siljishida, ko'z olmasini me'yordan ichkariga tushib qolishi. Ekzoftalm - orbita devori intra orbital sinib siljishida, ko'z olmasini me'yordan tashqariga siljib qolishi. Orbita soxada ko'proq nozik, anatomik jixatdan yupqa bo'lgan medial va pastki orbita suyak devorlari shikastlanadi. Ko'z olmasini tekshirishda, ko'z olmasida jarohat bormi, qorachiq xolati, uni yorug'likka reaksiyasi, ko'z tubi xolatiga etibor beriladi.

Yumshoq to'qimalar jarohatini tekshirish, jarohatning joylashishi, chuqurligi, tarzoorbital fassiya zararlanishi, qovoq qirg'oqlari yorilishi xaqida tushuncha beradi.

Yuz tekshirilganda statistik va mimik simmetriklikka etibor beriladi. T.V. Nikitina (2008) ilmiy izlanishlarida keltirilishicha , ko'z jarohatlari strukturasiga ko'ra, ko'z olmasini teshib o'tgan jarohat, ko'z ichida yot jism bilan bo'lgan shikastlanish, jarohat xajmi va darajasiga ko'ra eng og'ir turi xisoblanadi. Ko'z olmasini teshib o'tgan jarohatida, ko'z olmasi ichki pardasida gematooftalmik barer butunligi buzulib, patologik jarayon yuzaga keladi. Ichki chegara membranasi defekti orqali glial xujayralari shishasimon tananing chegara qatlamiga siljiydi va vitreoretinopatiya proliferasiyasiga sabab bo'ladi. Shishasimon tana xujayra invaziyasi, ichki chegaralovchi membranaga yopishishi, proliferasiya, va xujayradan tashqari matriks molekulalar sekresiyasi yuz beradi. Bu o'zgarishlar epiretinal membrana xosil bo'lishi, to'r parda ko'chishiga olib keladi.

Gelmgols nomidagi Moskva ko'z kasalliklari ilmiy-tekshirish instituti bazasida 2003-2006 yilgacha arxiv malumotlari, 2006-2008 yilgacha davolangan qo'shma tan jarohatlari va ko'ruv azolari shikastlangan bemorlarning klinik malumotlari, KT va MRT xulosalari taxlil etildi. Panfasial siniklar tarkibida koj 211 (59,3%), ko'ruv nervi kanali devorining sinishi 5 (1,4%), intraorbital suyak siljishi 43 (12,8%). Ko'ruv nervi zararlanishi 5 (1,4%), ko'ruv nervi pardalari gematomasi 1 (0,3%), retrobulbar gematoma 127 (35,7%), retrobulbar to'qima emfizemasi 28 (7,7%) bemorda aniqlandi.

C. Ioannides (1988), T. Cook (2002) ma'lumotlari bo'yicha orbitasi singan bemorlarning 26% da periokulyar yumshoq to'kima va ko'z olmasi zararlanadi, lekin shoshilinch yordamga muxtoj bo'lgani 6,5% ni tashkil etadi. Orbita tashqi devorini, orbita uchki kismi, yuz suyaklarini Le for III tipi bo'yicha sinishida ko'zning og'ir jarohatlari uchraydi (Nurgaleev S.I., 2006).

N. Takizawa (1988) ko'z kosasini eksperiment va kompyuter modellari asosida, ko'z kosasining yuqori yoysimon devori deformasiyalarga chidamliligi, orbitaning pastki devori esa, yassi, deformasiyalarga chidamsiz, sinuvchanligi bilan tushuntirdi. Ichki devori yupqa, lekin orqadan g'alvirsimon labirint xujayralari mustaxkamlab turadi, shuning uchun medial devorni parchalanishiga, orbita tubini parchalanishiga ketgan mexanik energiyadan ham ko'proq energiya kerak bo'ladi (Nurgaleev S.I., 2006).

E. Fueger va A.T. Milauskas (1966) bo'yicha, orbita suyak devorlari sinishining sinflanishi:

1. Klassik - pastki devorining medial kismi sinishi. 50% uchraydi.
2. Ko'z osti nervi zararlanishi.
3. Pastki va medial devor sinishi, pastki devor sinishining 31 % dan 68 % gachasini tashkil etadi. Boshqa variantdagi siniklar 10 %.
4. Orbita pastki devorining to'liq (totalniy) sinishi[96, 59-b].

L.K. Moshetova (2009) o'z tadqiqotida, kranioorbital jarohatlangan bemorlarni tekshiruv vaqtida 39 ta bemorda (10,9%) retrobulbar gematoma, retrobulbar to'qima emfizemasi 11 (3,1%), ekstraokulyar muskullar zararlanishi 5 (1,4%), qisman va subtotal gemoftalm 12 (3,4%), to'r parda travmatik ko'chishi 1 (0,3%) aniqlagan.

Xulosa qilib aytganda kranioorbital jarohatlar o'ziga xos murakkab klinik xususiyatga ega bo'lib, o'z vaqtida erta multibrigada mutaxassislar yondashuvini, diagnostika va davo choralarini talab etadi.

#### **§ 1.4. BOSH MIYA VA KO'RUV AZOLARI QO'SHMA JAROHATLARINI DAVOLASHDA QO'LLANILGAN USULLAR**

Jaxon tibbiyotida 70-yillarning o'rtalariga kelib shikastlanganlarga tibbiy yordamni tashkillashda o'zgarishlar boshlandi, ya'ni ixtisoslashtirilgan yordamni hodisa sodir bo'lgan joyga maksimal yaqinlashtirish va shikastlanuvchilarni eng qisqa davrda og'ir jarohatlarini davolash bo'yicha ixtisoslashtirilgan markazlarga etkazilishini ta'minlanishi stasionarga yotqizishgacha bosqichdagi letallik xolatini kamaytirishga imkon berdi [Potapov S., Yeolchiyan V.,1996; Skopintsev D.A., Kravtsov SA, Shatalin AV., 2011).

Qo'shaloq tan jarohatida maxsus oftalmologik yordamni tashkil etishni taxlil kilinganda,uning o'ziga xos tomonlari quyidagilar:

1) nisbatan qisqa davrda oftalmoxirurgik yordam ko'rsatish: jarohatdan keyin dastlabki 24 soat ichida; jarohatdan keyin 24 soatdan 72 soatgacha bo'lgan vaqt ichida; jarohatdan keyin 3 kun va undan ko'p vaqt oralig'ida ko'rsatilgan oftalmoxirurgik yordam;

2) birlamchi oftalmologik yordam ko'rsatilgan tibbiyot muassasasida qoniqarli sifatdagi mikrobg qarshi davo muolajalarini olib borish, infeksiyon asoratni oldini olish;

3) maxsus oftalmologik birlamchi xirurgik ishlovda, jaroxatdagi yot jismni to'liq olishga erishish (Kutrovskaya N.Yu., 2011).

Kranioorbital jarohatlar bir vaqtning o'zida, neyroxirurg, yuz - jag'jarroxi, oftalmolog birgalikda kombinirlangan davo muolajalarini olib borishini talab etadi [Kariev M.X., 1972; Lipniskaya A.V., Proxoskaya V.A.,2017; Drozdova E.A., Buxarina E.S., Xakimova G.M., Sirotkina I.A.,2011). Birinchi bosqichda ko'rsatma, miyani ezib turgan( sinib siljib miyani ezib turgan bosh suyak sinig'i, miya lat eyishi, bosh ichi gematomasi), zararlagan o'choq bartaraf etiladi, so'ng yuz suyagida rekonstruktiv operasiya o'tkaziladi [Lipniskaya A.V., Proxoskaya V.A., 2017).

Roncevic Radmilo (1999) bo'yicha, kranioorbital jaroxatlarda eng yaxshi natija, xirurgik davo muolajalari erta davrda o'tkazilgan vaqtdagina olinadi.

Jarohatdan ikki hafta va undan ko'p vaqt o'tgandan keyingi bajarilgan rekonstruktiv xirurgik muolajalardan qoniqarli estetik va funktsional natija olinishiga kafolat berilmaydi. Shunday ekan, kranioorbital jarohatlarda, operatsiyani bosh miya jarohatlari o'tkir davrida bajarish kerak. Aynan shu davrda orbitadagi singan suyak siniqlari lizisga uchramagan, yumshoq to'qimaning maxalliy klinik reaksiyasi rivojlanmagan bo'ladi. Ko'z olmasi, yordamchi apparatlar va orbita shikastlanishi, ko'rish uchun xalokatli oqibatlariga olib kelishi mumkin. Bu o'zgarishlarni har doim xam, bemorga birinchi yordam ko'rsatgan reanimatolog, travmatolog adekvat baxolay olmasligi mumkun. Shuning uchun, tekshiruv va davoning dastlabki vaqtidan, oftalmolog qatnashishi zarur. Mutaxassislarning birinchi vazifasi, ko'z olmasini xavfsizligini taminlashdan iborat.

Jarohatdan 3-4 kun muddat o'tganda shunday extiyot choralarini qo'llash kerakki, asoratli deformasiyalar shakllanmasin (birinchi o'rinda chandiqli lagofthalm, qovoq buralishi, trixiyaz). So'ngra bemorning umumiy xolatini xisobga olgan holda, barcha choralarni zararlangan strukturalarni (qovoq, yosh yo'llari, muskullar, ko'z kosasi devorlari)shaklini va funktsiyasini tiklash, saqlashga qaratiladi.

Aloxida takidlash lozimki, xozirgi kunda jarohatlanganlarning mexnat faoliyatiga qaytishida, ularning tashqi ko'rinishiga qattiq talab qo'yilmoqda. Shuning uchun, birlamchi xirurgik ishlov, kosmetik ko'rinishni maksimal qayta tiklashi kerak. Orbita yumshoq to'qimalar lat eyishida, konservativ davo asosiy davo xisoblanadi. Agar ko'rish keskin pasaymagan bo'lsa, bosuvchi asseptik bog'lam, sovuq qo'yiladi. Davo choralari, to'qima degidratatsiyasiga, yallig'lanish reaksiyasini pasaytirishga, qon quyulishini so'rdirishga qaratilgan bo'ladi (Gundorova P.A., Moshetova L.K., Maksimov I.B., 2014).

**Birlamchi davo taktikasi.** Diagnostik tekshiruvlarda siniq aniqlansa, yallig'lanishga qarshi, antibakterial davo tavsiya etiladi. Keyin, xirurgik rekonstruktsiya haqidagi savol xal qilinadi. Agar funktsional buzulish (ko'z olmasini orbitada noto'g'ri joylashuvi, diplopiya, ko'z olmasi xarakatini cheklanishi) bo'lmasa, unda bemorni xoxishiga qarab, kosmetik reabilitatsiya (ko'z, orbita assimetriyasi) xal qilinadi. Jaroxatdan keyingi yuz, ko'z assimetriyasida,

diplopiyada, okulomotorika buzulishida xirurgik rekonstruktsiya tavsiya etiladi. Funktsional-kosmetik reabilitasiyaning optimal usuli orbitaning birlamchi rekonstruktsiyasi xisoblanadi. Notoʻgri fiksasiya boʻlishga ulgurmagan, erkin suyak siniqlarini repozisiya etish, anatomik xolatni maksimal tiklash, yumshoq toʻqima, muskul oldi toʻqimalarini chandiqli deformasiyasini kamaytirish imkoniyatini beradi.

**Birlamchi rekonstruktsiya** (shuningdek kechiktirilgan) aniq sharoitdan kelib chiqib, yuz - jagʻjarroxi, neyroxirurg, otorinolaringolog, oftalmolog mutaxassislar xamkorligidan iborat brigada yordamida bajariladi. Diagnostik va davo taktikasini rejalashtirish, operatsiyani oʻtkazishda oftalmologni qatnashmasligi, koʻz olmasi va yordamchi apparat patologiyalarini davolashda toʻliq boʻlmagan klinik natija olinishiga sabab boʻladi.

Rekonstruktiv operatsiyalar keng tarqalishiga qaramasdan, bosh miya jarohatlari oʻtkir davrida kranioorbital shikastlar xirurgiyasiga qarashli bir qancha savollar echilmasdan qolmoqda. Koj chuqur funktsional buzulish, likvoreya, xamrox kasallik boʻlganida, kasalning ogʻirlik xolatiga qarab, diagnostik algoritm, operatsiyani bajarilish muddati oxirigacha aniqlanmagan. Oʻtkir davrda ochiq va yopiq jarohatlarda xirurgik davo, har xil turdagi implantlar qoʻllanganida yiringli-septik asoratlar xavfi oʻrganilmagan. Bosh miya jaroxatlari oʻtkir davrida, kranioorbital shikastlanganlarda, zararlangan strukturani anatomiya va funktsiyasini toʻliq maksimal qayta tiklanishiga qaratilgan diagnostik, kompleks xirurgik davo muolajalarini ishlab chiqish, neyrot travmatologiya, oftalmologiyaning eng dolzarb muammosi.

Ogʻir qoʻshma jarohatlarni davolashda faol jarrohlik usuliga oʻtilishi bilan davolash sifatini yanada oshirilishiga, shikastlanganlarga tibbiy yordam koʻrsatish tizimining takomillashuvi, bir qator ilmiy-amaliy yutuqlarni amaliyotga taqbiq etilishiga imkoniyat yaratdi. V.P. Nikolaenko boʻyicha, muolajalar erta, bir vaktda, xamma tomonlama boʻlishi kerak [Nurmamedov R.A., 2009). Boshlangʻich uch sutkada orbita plastikasiga koʻrsatmalar quyidagicha:

- orbita tubining Total sinishi, erta gipo - va enoftalm;

- bolalarda orbita pastki devorining qopqonsimon sinishi;
- okulkardial refleks (Cook T., 2002; Chang E.W.,2005).

Boshqa holatlarda qo'shaloq tan jarohati, ko'ruv azolari shikastlanganda, orbita butunligini tiklashni, xayotga xavf bo'lmaganda, ko'rish faoliyatida jiddiy o'zgarish bo'lmaganda, 3-9 sutkalarda bajarish mumkin. Uchtadan ikkita amerikalik plastik jarrohlar bunday operatsiyalarni birinchi 14 kunlikda bajaradilar (Kallela I. et al., 1994). Britan jarrohlarining yarmi, singan orbita pastki devorini travmaning 6-10 kunlarida operatsiya kiladilar. Ko'z kosasi devorlarini sinish muammosi, oftalmolog, neyrooftalmolog, otorinolaringolog, yuz-jag'jarrohi mutaxassislar doirasida xal bo'lishi kerak. Hozirgi kunda orbita devorlari defekti TSITO to'qima bankasida tayyorlangan demineralizatsiyalangan suyak «Perfoost» alloimplantanti yordamida xirurgik davolanmoqda. Dastlab bunday jarroxlik usuli M.F. Vladimirov nomidagi yuz-jag'jarroxlik klinikasida 2005-2007 yilgacha orbitada singan defekti bor 19 bemorda alloimplantat qo'yish operatsiyasi bajarilgan. Operatsiya travmadan so'ng 2-15 sutka muddatda qilingan,kiprik osti va transantral (kombinirlangan) usul qo'llanilgan.

V.P. Nikolaenko (2009), shikastlanish turiga qarab, umumiy xirurgik standartlarda yiringli - asseptik asoratlarni oldini olish uchun, antibiotik qo'llash bo'yicha takliflar kiritgan:

I tip — jarohat toza; bakterial infektsiyani riojlanish xavfi 1,5% dan oshmaydi.Profilaktik antibiotikoterapiya tasdiqlanmagan;

II tip — jarohat shartli ravishda toza. Infektsion asorat xavfi 7,7%, profilaktik antibiotikoterapiyaga ko'rsatma berilgan;

III tip — oshqozon-ichak trakti bilan kontaktda bo'lgan jarohat. Infektsion asorat xavfi 15,2%, profilaktik antibiotikoterapiyaga ko'rsatma berilgan;

IV tip — infektsiyalangan jarohat (eskirgan jarohat,yiringli ajralma borligi, yashovchanligi qolmagan to'qima, yot jism). Jarohat infektsiyasini rivojlanish xavfi 40%, profilaktik antibiotikoterapiyaga ko'rsatma berilgan.

### ***§ 1.5. BOSH MIYA VA KO‘RUV AZOLARI QO‘SHMA JAROHATLARINI JARROHLIK USULIDA DAVOLASHNING ZAMONAVIY YO‘LLARI VA PRINTSIPLARI***

L.K. Moshetova va xammualliflar bo‘yicha, avtomobil va kriminal travmatizm sonining o‘sishi, texnogen baxtsiz xodisalarning ko‘payishi natijasida jabr ko‘rganlarning kranioorbital jarohatlariga bir vaqtning o‘zida neyroxirurg, oftalmoxirurg, yuz-jag‘jarroxi birgalikda tibbiy yordam ko‘rsatishiga to‘g‘ri kelyabdi. Koz (kranioorbital zararlanish) bosh miya jarohatlarining 11.4% ni tashkil etadi. N.V. Sklifosovskiy nomidagi NII neyroxirurgiya ilmiy markazida kuzatuvda bo‘lgan kranioorbital zararlangan 356 bemordan, 11 (22,3%) bemor ko‘ruv nervi zararlanishi bilan davolangan [3, 20, 57]. Rekonstruktiv operatsiyalar 131 (36,8%) ta bajarilgan. Og‘ir qo‘shaloq tan jarohati va og‘ir bosh miya jarohati bo‘lgan bemorlarda rekonstruktiv operatsiyalar bemor axvoli turg‘unlashgandan keyin bajarilgan. Bemorning axvoli stabil xolatda, birinchi ikki kunlikda 68 (51,9%), 7 kungacha 23 (17,5%), 14 kungacha 31 (23,7%), ikki hafta va undan ko‘p muddatda 9 (6,9%) jarohatlanganlarga rekonstruktiv operatsiyalar o‘tkazilgan.

Rekonstruktiv operatsiyalar xar xil implant bilan 84 (64,1%), titan implant 27 (20,6%). Polimer implantli birlamchi plastika 11 (8,4%), saralangan autosuyak bo‘lak 5 (3,8%), kombinirlangan implant 2 (1,5%). Ko‘ruv nervi dekompressiyasi 2 (1,5%) bemorda bajarilgan.

Orbita pastki devorida qo‘llanilgan operativ usullar: infraorbital, subtarzal, xar xil modifikasiyalı subtsiliar, transkonyunktival operatsiyalar. Yuqoridagi operativ usullarning qulay tomonlari va kamchiliklari xam bor (Bakushev A.P., 2016; Pool M.D.,1989).

Infraorbital texnik jixatdan oddiy, lekin qo‘pol chandiqlar paydo bo‘lishi, infraorbital kesish natijasida, burun yosh nasosining funktsiyasi buzilishi, to‘xtovsiz



yosh oqishi, limfatik kollektorlar kesilishidan limfastaz yuzaga kelishiga olib keladi (polyak B.L. P.,1972; Bakushev A.P., 2016).

Rekonstruktiv operatsiyalar bir vaqtda neyroxirurg bilan bajarilgan. Davo muolajalarini minimal erta davrda boshlash kerak, tezda xirurgik operatsiyani muddati, xajmini belgilashi kerak (jarohatdan keyin 24-48 soatgacha). Medikamentoz davo 42% bemorlarni ko'rish funktsiyasini yaxshilagan bo'lsa, operatsiyadan keyin 68,8% optik neyropatiyasi bor bemorlarda ijobiy tomonga dinamika siljigan. Rekonstruktiv operatsiyalar natijasida, bemorlarning ko'z faoliyati 82,5% ga, ko'z xarakati 86,6%, diplopiya 86,5% ga to'liq tiklangan ( Moshetova L.K., Kochergin S.A., Levchenko O.V., Xamidova L.T. i dr., 2009). Bunday bemorlar orbita deformasiyasi va defekt plastikasi uchun qayta hospitalizatsiyaga muxtoj emaslar, bu esa o'z navbatida, reabilitatsiya muddatining qisqarib, mexnatga layoqatni tez tiklanishiga olib kelgan. Davo jarayonida tezkor o'tkazilgan neyrooftalmologik tekshiruvlar, neyroxirurg bilan birgalikda operativ va konservativ muolajalarni olib borish uchun juda muxim.

Bunda ayrim mualliflar ixtisoslashgan yordam ko'rsatish muddatini qo'shma yuz va ko'z va bosh miya sohasi jarohatlarini og'irlik darajasiga bog'lab, engil jarohatlarda 2 sutka davomida, og'irroq holatlarda esa ixtisoslashgan davolashni kechiktirib 7-12 kundan keyin amalga oshirish kerakligi haqida tavsiyalar berganlar. Jarrohlik nuqtaiy nazarida mushohada qilishning rivojlanish evolyusiyasi, anesteziologiya va reanimatologiya fanlarining yutuqlariga asoslangan holda, qo'shma yuz va jag'lar bilan bosh miya sohasi jarohatlari mummosini to'g'ri tushunishda kompleks sohalararo yondashish tizimini yaratishga imkon berdi (Maxkamov K.E., Salaev A.B., Maxkamov M.K., Israyilov D.U.,2018).

Qo'shma jarohatlardagi suyak sinishlarini davolashda 70 yillarning o'rtalarida rivojlangan jarrohlik usulini qo'llash tarafdorlari tobora ko'payib borib, so'nggi o'n yillar davomida umumiy qabul qilingan davolash taktikasiga aylandi. Ushbu dalil, avvalo qo'shma jarohatlarda konservativ va operativ davolash usullarini qo'llashda sezilarli o'zgarishlar sodir bo'lganligi bilan isbotlanadi.

Xomutnikova N.E. (2016) bo'yicha, Nijniy Novgoroddagi (GBUZ no NOKB

N.A. Semashko nomidagi va kb № 3 Poms FMBA Rossiya) shifoxonada 2011-2015 yilgacha kranioorbital qo'shma tan jarohati olgan 65 bemorlarning klinik va xirurgik davo natijalari taxlil qilingan. Barcha bemorlarga operativ davo, orbita devoridagi plastik operatsiyalar, umumiy og'riqsizlantirish ostida bajarilgan. Xirurgik davo muddatlari quyidagicha: travmadan keyingi birinchi sutkada 6 (9,2%), 5-14 sutkada - 51 (78,5%), 1-2 oyda - 8 (12,3%).

Skuloorbital kompleks va orbitaning pastki devorini xirurgik davosi ishlab chikilgan metodlari asosida qilingan (patent na izobretenie № 2476161 ot 27.02.2013 yil). Repozisiya va fiksasiya transkonyuktival kesilib, lateral kantotomiya orqali kirilib, orbitaning pastki devori topilib, ko'z olmasi oxista ko'tarilib, orbita pastki devori cho'qqisigacha reviziya kilinib, pastki to'g'ri muskul bo'shatilib, pastki devor suyak defektiga Nijniy Novgorodda tayyorlangan endoprotez qo'yilib, «Reperen» sintetik implantanti joylashtirilgan.

Orbita zararlanishining rekonstruktsiyasi xozirgi kungacha zamonaviy tibbiyotning murakkab va aktual muammosi bo'lib qolmoqda ( Bakushev A.P., 2016). Bu muammoni echish uchun Rossiyada va xorijda ko'p ilmiy ishlar olib borildi. Orbita atrofi patologiyalari yuz-jag'jarroxi, oftalmolog, neyroxirurg, otorinolarinolog va plastik jarroxlarning etiborini qaratadi. Mutaxassislar o'zaro kelishgan xolda, o'z vaqtida sinishlar, deformasiyalarni standartlarga muvofiq to'g'rilab, davolab, bemorlarni mexnat reabilitasiyasi va sosial adaptasiyasini taminlashi kerak (Sidikov Z.U., 2014; Kostenko D. I., 2017).

Agar orbita jarohatida bemorda xech kanday funktsional va kosmetologik shikoyat bo'lmasa, bunday jabrlanganlar xirurgik davoga muxtoj emas. Bemorda diplopiya, enoftalm, ekzoftalm, ko'zni xarakati buzilishi bo'lsa, bunday bemorlar repozisiya, rekonstruktiv operatsiyaga muxtoj. ( Nikolaenko V.P., 2009; Bakushev A.P., 2016)

Rekonstruktiv operatsiya kompleksiga osteotomiya, repozisiya, suyak fragmentlarini o'rniga qo'yib maxkamlash kiradi. Xirurgik muolajalarni birinchi 14 sutkagacha bajarish kerak, chunki 14 sutkadan so'ng, suyak defekti, siniqlarda fibroz chandig'i paydo bo'lib, suyak fragmentlarini anatomik o'z xolatiga keltirish murakkab bo'ladi

(Nikolaenko V.P., 2009; Bakushev A.P., 2016). Umumiy xisoblaganda travmadan so‘ng bir oygacha yaxshi natija olish imkoniyati bo‘ladi. Kechiktirilgan operatsiya travmadan 3 haftadan 4 oygacha davrda qilinadi, bunda o‘sib ketgan siniqlar osteotomiyasiz mobilizasiyalanadi.

Vanixoyat kechki, travmadan so‘ng 4 va undan ortik oy o‘tganda osteotomiya bilan bajariladi. Bu vaqtda siniq atrofini qoplagan chandiq yumshoq to‘qimalar xisobiga, yaxshi estetik va funktsional natija olinishi qiyin bo‘ladi (grusha ya.O., 2012; Xomutinnikova N.E, Belousova N.Yu, Mishina N.V., 2016).

Shoshilinch tez tibbiy yordam sharoitida, halokat oqibatida birdaniga ko‘plab shikastlanganlarning stasionarga tushishi yuz berganda, yuqorida keltirilgan davolash usullari amalga oshirilganda operatsiya jarayonini uzoq davom etishi sababli ularni qo‘llash o‘zini oqlamaydi. Maksimal tez va samarali davolash usuliga, qo‘shma siniqlarni konsolidasiyasini ta‘minlash uchun maksimal erta qulay sharoitni, shikastlanuvchini foallashtirish, reabilitasiyalash va yaxshi funktsional natijalarga erishishga intilishda bir bosqichli, ayrim hollarda esa bir vaqtning o‘zida bir nechta soxalarda operatsiyalar bajarishni taqozo etadi (Levchenko o.V.,2010, Alyabev M. V., 2012).

V.P. Nikolaenko (2009) bo‘yicha, agar orbita sinig‘i, bemorning ko‘zini kosmetik va funktsional xolatiga tasir qilmasa, xech kanday operativ davo kerak emas, agar tasir qilsa, unda operativ davo kerak deyiladi [Back C. P., McLean N. R., Anderson P. J., David D. J., 2007). Operativ davodan maqsad, orbita xajmi, shaklini birlamchi xolatiga qaytarish, orbitadagi qismlarni repozisiya qilish, ko‘z olmasi xarakatini qayta tiklash. Siniq zonasini adekvat aniklash, orqangi chegaralar aniq vizualizasiyasi, defektini barcha yuzada to‘liq qoplash –muvaffakiyat garovidir (Kutrovskaya N.Yu., 2011; Lastoveskiy A.G., Lebedev M.B., Sklyarova O.V, Averyanova D.A., Olennikova M.M., 2014).

Bosh miya va ko‘ruv azolari qo‘shma jarohatlarida operatsiya bajarish muddati bo‘yicha 3 guruhga bo‘linadi:

- 1) birlamchi - jarohatlanishdan so‘ng 48 soatgacha;
- 2) erta muddatga qoldirilgan - 3-21 sutkagacha;

3) kech muddatga qoldirilgan - 21 sutkadan keyin. Jarohatga BXI dastlabki birinchi soatlarda o'tkazilishi muxim. Aniqlanishicha, agar jarohatga BXI birinchi sutkada bajarilsa, yiringli infektsiya 3,2%, bir sutkadan keyin bajarilsa infektsiya 21 % ni tashkil etar ekan.

Shunga qaramasdan, jarrohlik amallarni keyinga qoldirib amalga oshirish tarafdorlari ham saqlanib qolgan, ularning fikricha, iqtisodiy nuqtaiy nazaridan bemorning boshi, ko'krak, chanoq, oyoq-qo'llari og'ir qo'shma shikastlanganda erta osteosintezni bajarish maqsadga muvofiqdir. Bunday bemorlarda tirik qoluvchilar ulushi oz bo'lganligi sababli, mualliflar hayotga xavf soluvchi jarohat oqibatlarini yo'qotib va bemor holatini turg'unlashtirishga erishilgandan keyin rekonstruktiv operatsiyalarni bajarish maqsadga muvofiqdir, deb hisoblaydilar. Ular asoratlar darajasini, rekonstruktsiyani bajarish vaqtiga qaraganda, anatomik sohalarning shikastlanish og'irliligiga ko'proq bog'liqdir, deb hisoblashga moyildirlar [Ivanov V.V., Valeev E.K., Davudov I.A. va boshqalar 1981).

Shunday qilib, shoshilinch tez tibbiy yordam tizimida hozirgi paytda xalqilinmagan quyidagi muammolar mavjud:

Bosh va ko'ruv a'zolari shikastlanishi og'irligini ob'ektiv baholash;

Operativ amaliyotni bajarishning eng qulay muddatini aniqlash;

Bosh miya va ko'z sohasi shikastlanishini endogen intoksikatsiyasi darajasiga ta'sirining xarakteri va o'ziga xosligini aniqlash;

Ko'pchilik mualliflardan olingan ma'lumotlarga ko'ra, bosh va ko'ruv azolari jarohati, kasallikning so'nggi davrlari 7,1% dan 35,5% atrofida yiringli-infektsion asoratlar, suyak bo'laklarini siljishi natijasida orbitada qo'pol deformatsiyalar va defektlar, ko'z kosasi siniqlarini noto'g'ri bitishi, enoftalm, ekzoftalm, g'ilaylik, uchlamchi nerv yallig'lanishi kabi boshqa holatlar bilan xarakterlanadi (Belchenko V.A., 2006; Nikolaenko V.P., 2012; Bakushev A.P. X., 2016).

Tadqiqotchilar bosh va ko'z qo'shma jarohatarida yuqori darajadagi asoratlarni rivojlanishi sababli ayrim davolash natijalarini qoniqarsiz holatda kechishini ta'kidlaydilar ushbu davrda eng sezilarni yutuqlarga erishgan yo'nalishlardan biri, bu qo'shma jarohatlarni davolash muammosi hisoblanadi

(Belchenko V.A., 2006; Beslaneeva M.B., 2010; Andrianova A. V., 2016).

So'nggi paytlarda bosh miya va ko'zning qo'shma jarohatlarida faol jarrohlik taktikasini qo'llash to'g'rsidagi masala tabora muxim bo'lib bormoqda. Ammo xanuzgacha bosh miya va ko'z jarohatlarini konservativ davolash usuli keng tarqalganligicha qolmoqda va mazkur usul jarrohlik usulida davolashga nisbatan 3-4 marta ko'p qo'llanilmoqda, bazi xolatlarda adekvat xirurgik davo olib borilgan sharoitda xam, ko'rish o'tkirligi, 0,4 dan oshmaydi. 18,8 % jarohat xolatlarda nafaqat ko'rish o'tkirligini yo'qotilishi, vaholanki ko'z olmasini yo'qotish bilan ham yakunlanadi. Bu natijalar o'z vaqtida kvalifikasiyalı oftalmologik yordam ko'rsatilsa 50,6% xolatlarga yaxshilanishi mumkun. J. Katzen (2005) malumotiga ko'ra, koj da kechikib, noto'g'ri bajarilgan davo, ko'ruv azolarida funktsional buzulishlariga, kosmetik defektga va yiringli septik asoratlarga olib keladi (Bazarbaeva Ch.S., 2006; Belchenko V.A., 2006; Alyabev M. V., 2012).

Demak, yuqoridagi mummolarni hal etish bosh va ko'z sohasi shikastlanishlarini samarali davolash taktikasini ishlab chiqishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Xulosa kilib aytganda, bosh miya va ko'ruv azolari jarohatlari o'tkir davrida bemorlarga multidissiplinar brigada (anesteziolog-reanimatolog, neyroxirurg, oftalmolog yoki neyrooftalmolog, LOR, yuz-jag'jarrohi) dan iborat mutaxassislarning tezkor noinvaziv zamonaviy diagnostik usullardan foydalanib bemorni tekshirib, erta muddatda davo va rekonstruktiv operasialarni qo'llashi, o'lim xolatini kamaytirib, yaxshi funktsional natijalar olish imkonini beradi.

## ***II BOB.***

### ***TEKSHIRILGAN BEMORLARNING UMUMIY TAVSIFI VA FOYDALANILGAN TADQIQOT USULLARI***

#### ***§2.1. TADQIQOT MATERIALLARI UMUMIY XARAKTERISTIKASI***

Tadqiqotlar 2015-yil may oyidan 2021-yil dekabr oyigacha Fargʻonada (Respublika shoshilinch tez yordam ilmiy markaz Fargʻona filiali, Fargʻona jamoat salomatligi tibbiyot institutida) oʻtkazildi.

#### **Bemorlarni tadqiqotga kiritish boʻyicha kriteriylar:**

- 1) bosh miya jarohatlari oʻtkir davrida koʻruv azolari zararlangan, shoshilinch neyroxirurgiya boʻlimida stasionar davolanganlar;
- 2) 2015 yildan 2021 yilgacha olingan kranioorbital jarohatlar.

#### **Tadqiqotga kiritilmagan kriteriylar:**

- 1) 18 yoshgacha boʻlganlar;
- 2) qoʻshma tan jarohati olmaganlar;
- 3) kranioorbital jarohat olmaganlar.

Tadqiqot tekshiruvida 6 yil davomida shoshilinch neyroxirurgiya boʻlimida neyrooftalmolog tomonidan umumiy 1023 ta bemor koʻrilgan, bundan 132 ta bemorlar qoʻshma jarohatli bosh miya va koʻruv aʼzolari zararlangan kranioorbital jarohatlangan (koj) bemorlar boʻlib, tadqiqot olib borish uchun olingan. Koj olgan bemorlar jarohat mexanizmiga koʻra oʻtkir jarohat bilan 7 ta bemor (4,4%), koʻruv aʼzosi kontuziyasi bilan 125 ta bemor (95,5%) murojaat qildi (2.1-rasm).

Davo muolaja turiga qarab, ko jarohatlangan bemorlar ikki guruxga boʻlingan: 1 - guruhga 27 nafar (20,4%) bemor kiritilgan. Ushbu guruhda bosh miya jarohatlari oʻtkir davrida koʻruv azolari zararlangan bemorlarni klinik, diagnostik, operativ kompleks davo usullari aniqlandi. Kompleks davo taktikasiga koʻra, birinchi guruxdagi bemorlar qovoq, koʻz olmasi butunligini oʻzgarishi, yorilishi, kesilishi, orbita sinib siljishi bilan murojaat qilgan bemorlar boʻlib, ular shoshilinch operativ davoga muxtoj boʻlganlar. Ularga kerakli shoshilinch operativ davo

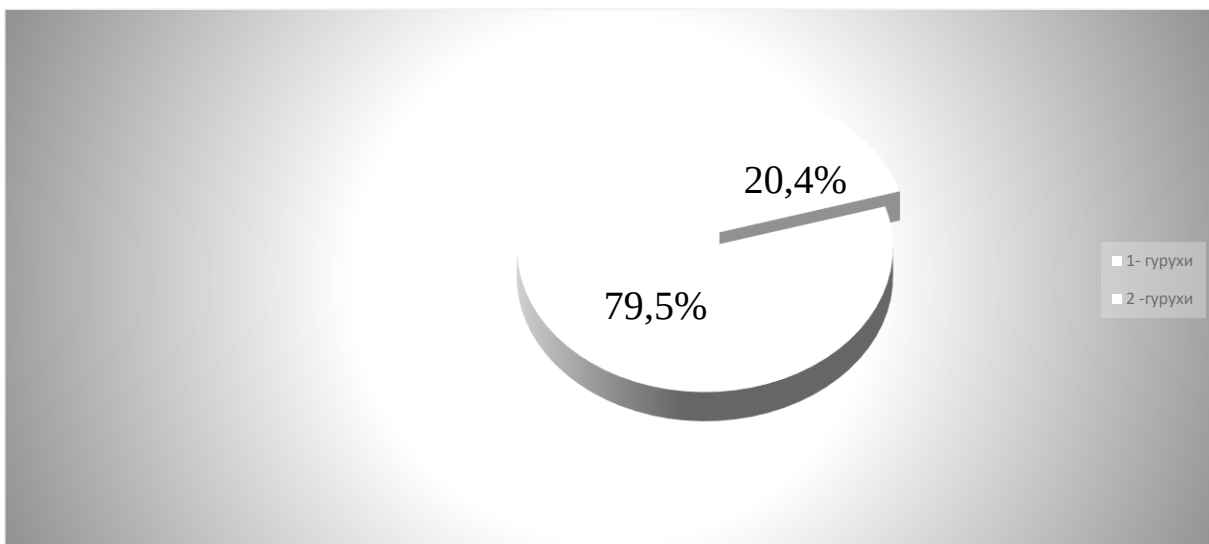
o'tkazilgandan so'ng, shoshilinch neyroxirurgiya bo'limida neyroxirurgik va oftalmologik konservativ davo muolajalarini olganlar.



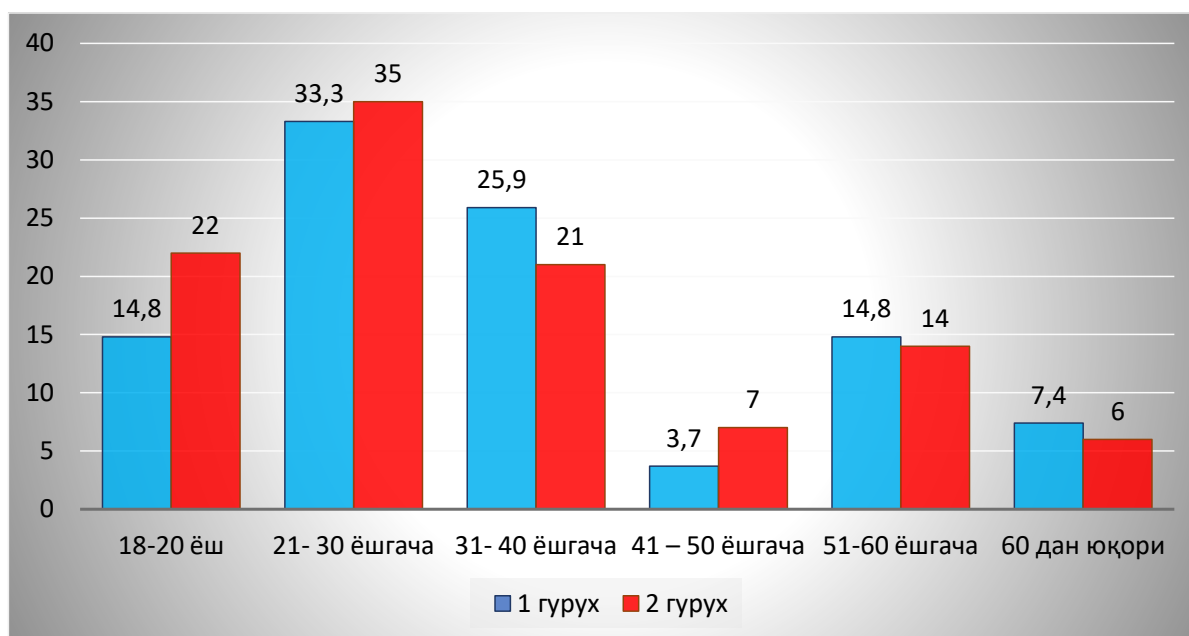
**2.1.-rasm. Tekshirilgan bemorlarni jarohat xarakteriga ko'ra guruhlarga bo'linishi**

2-guruhni 105 nafar bosh miya jarohatlari o'tkir davrida ko'ruv azolari zararlangan bemorlar tashkil etib, ularning klinik, diagnostik tekshiruv, konservativ davo usullariga baho berildi. Bu guruhga qovoq terisi, ko'z olmasi butunligi o'zgarmagan, to'mtoq predmetdan shikastlangan, operativ davoga muxtoj bo'lmagan, konservativ davo muolajalar buyurilgan bemorlar kiritilgan (2.2 - rasm).

Bemorlarni yoshi bo'yicha taxlil qilganimizda, operativ kompleks davo olgan 1-guruhdagi bemorlar yoshi 18 yoshdan 68 yoshgacha bo'lib, o'rtacha  $34,7 \pm 1,5$ , konservativ davolangan 2-guruxdagi bemorlar yoshi, 18 yoshdan 88 yoshgacha bo'lib, o'rtacha  $37,1 \pm 3,5$  yoshni tashkil etdi. 1-guruxda 18 - 20 yoshgacha 4 ta, 21-30 yoshgacha 9 ta, 31 - 40 yoshgacha 7 ta, 41-50 yoshgacha 1 ta, 51-60 yoshgacha 4 ta, 60 yoshdan yuqori 2 ta. 2 - guruxda 18-20 yoshgacha 21 ta, 21-30 yoshgacha 32 ta, 31-40 yoshgacha 22 ta, 41-50 yoshgacha 8 ta, 51-60 yoshgacha 15 ta, 60 yoshdan yuqori 7 ta (2.3-rasm).



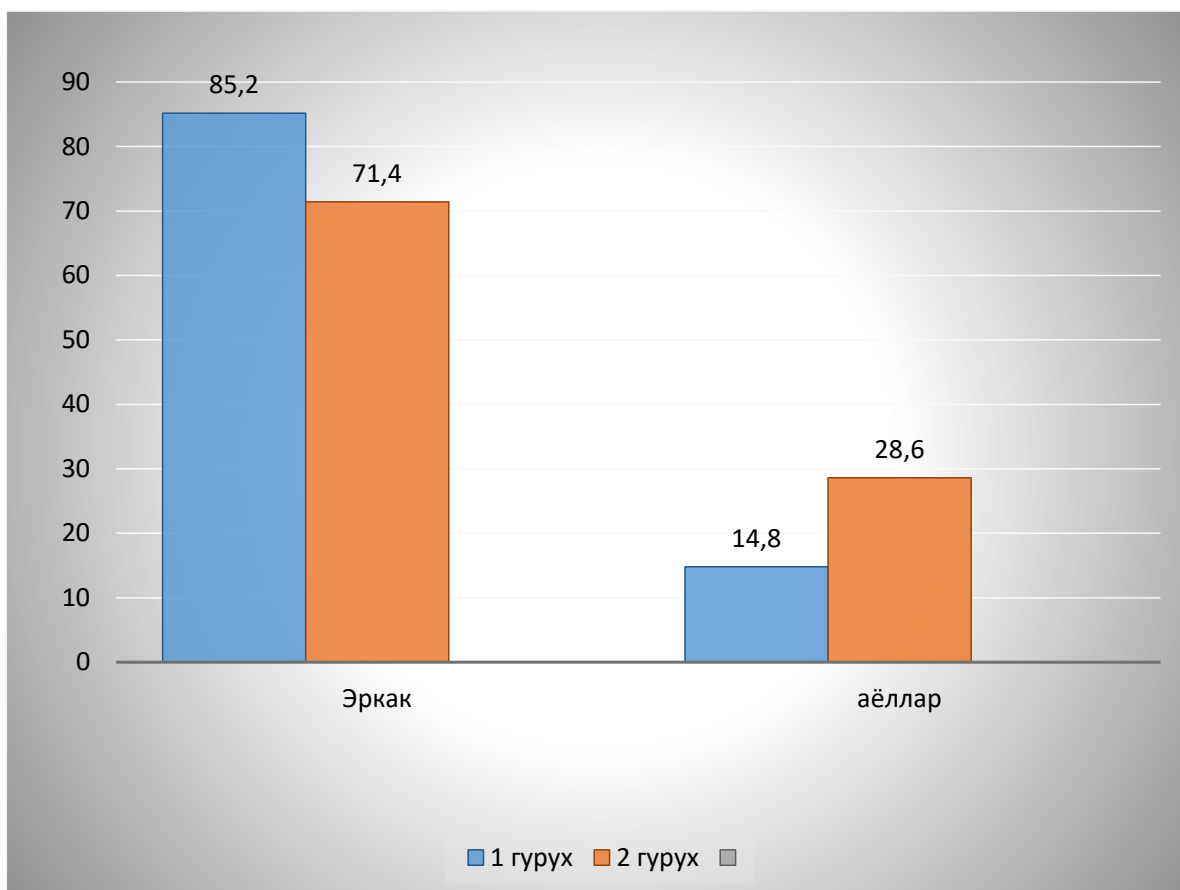
**2.2 - rasm. Tekshirilgan bemorlarni olgan davo muolajasiga ko‘ra guruhlarga bo‘linishi**



**2.3 - rasm. Bemorlar umumiy yoshi bo‘yicha taqsimoti**

Jarohatlanganlarni jinsi bo‘yicha o‘rganilganda 1-guruxda 27 operativ davolangan bemorlar orasida erkaklar ayollarga nisbatan ko‘proq xisoblandi: mos ravishda 85,2% va 14,8%. 2-guruhdagi konservativ davolangan bemorlar 105 nafar bemorlardan iborat bo‘lib, erkaklar 71,4%, ayollar 28,6% ni tashkil etdi (2.4-rasm).



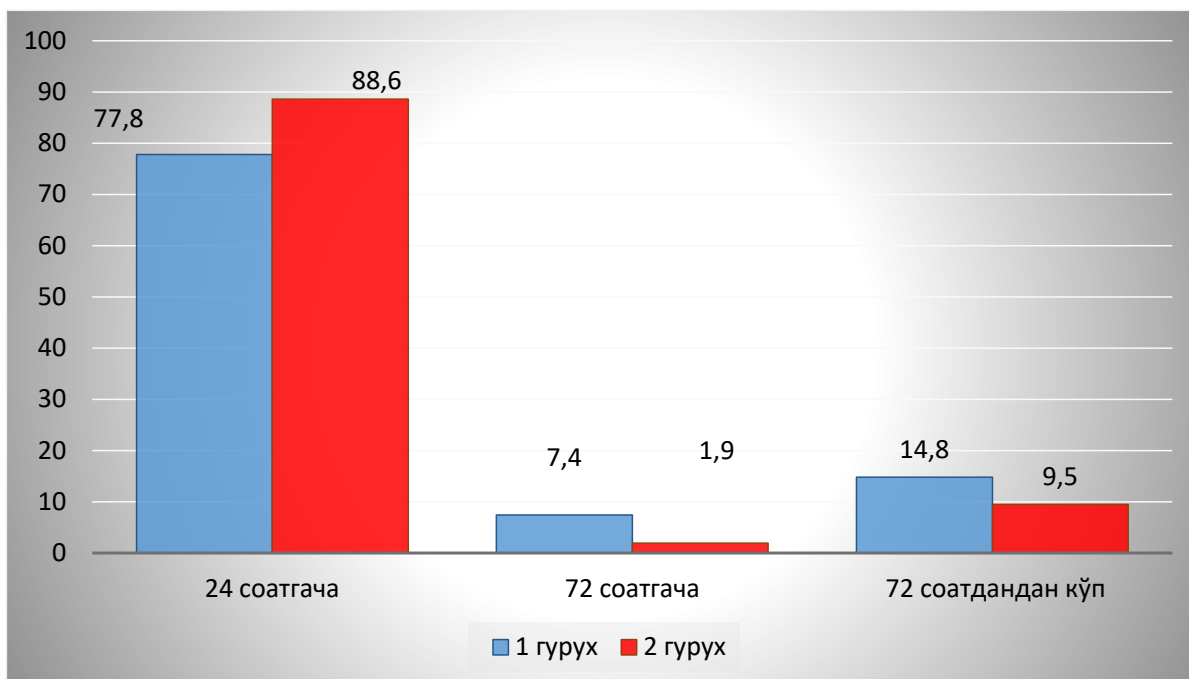


**2.4 - rasm. Bemorlarning jinsi bo'yicha taqsimlanishi.**

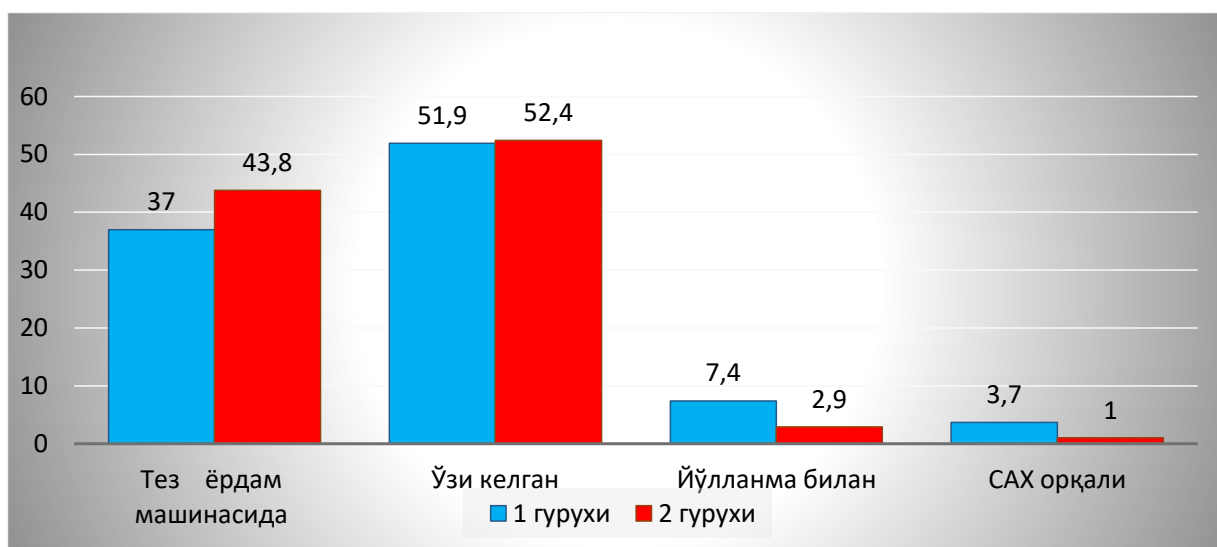
Jarohatlangan vaqtdan birlamchi tibbiy yordam ko'rsatilish vaqtigacha davr xar soniyasi davolanish natijasi va asoratlarni kamayishida muxim o'rin tutadi. Shoshilinch tizimda jarohatlanganlar taqdirini tibbiy yordam ko'rsatilguncha bo'lgan soniyalar xal qiladi. Shuning uchun oraliq vaqtni iloji boricha kamaytirishga erishishimiz kerak. Bemorlarni jarohat olgan vaqtdan shifoxonaga kelgan vaqt oraliq'i bo'yicha taxlil qilindi. 1 - guruxda 24 bemor 1-sutkada, 3 bemor 2-5 sutkada, 6-10 sutkada murojaat etganlar bo'lmagan. 2-guruxda 1-sutkada 80, 2-5 sutkada 18, 6-10 sutkada 5, 6 oydan so'ng 2 bemor shifoxonaga murojaat qilgan (2.5-rasm).

Bemorlar voqea joyidan tez yordam mashinasida yoki o'zi kelgan: travma joyidan, uydan, poliklinikadan, travmatologik punktdan, neyroxirurglar brigadasi borib ko'rib bergan maslahatidan keyin, ixtisoslashtirilmagan shifoxonadan keltirilgan. 1 - guruhda voqea joyidan tez yordam orqali 10 (37%), o'zi kelgan 14 (51,9%), yo'llanma orqali 2 (7,4%), sanitar aviasiya xizmati orqali 1 (3,7%) bemor kelgan. 2 - guruxda tez yordam orqali 46 (43,8%), o'zi kelgan 55 (52,4%), yo'llanma

bilan 3 (2,9%), sanitar aviatsiya xizmati orqali 1 (1%) (2.6-rasm).

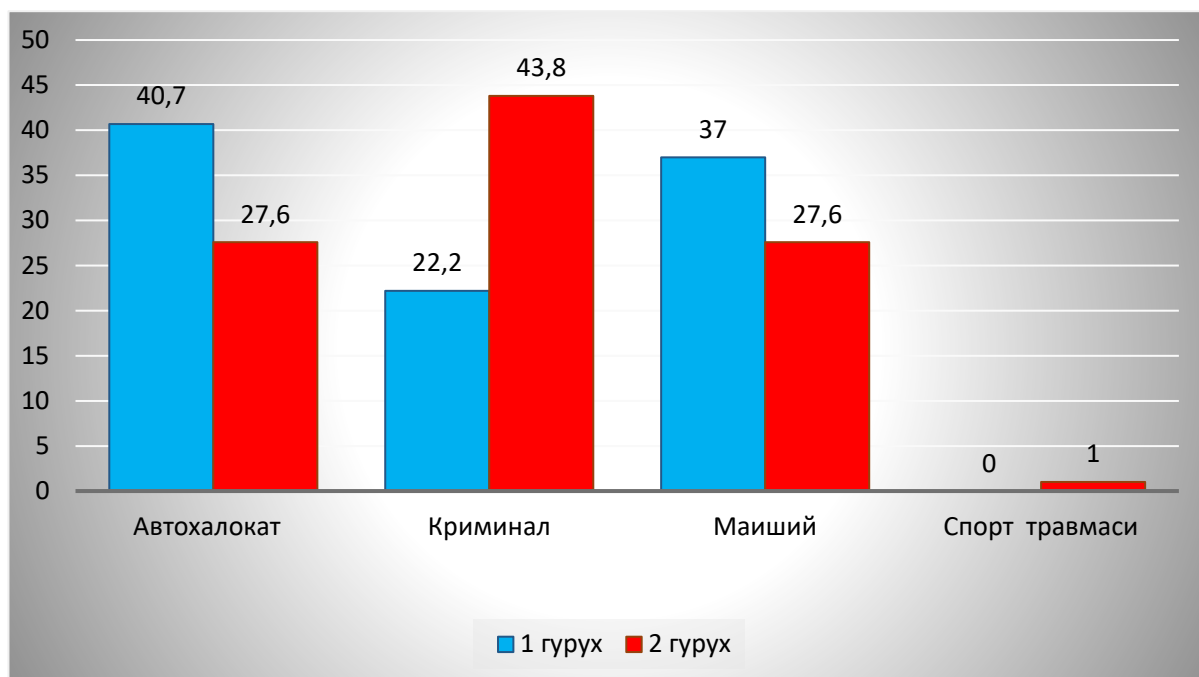


**2.5 – rasm. Bemorlarning jarohatdan keyingi murojaat vaqti.**



**2.6 - rasm. Bemorlarning shifoxonaga kelish turi bo'yicha taqsimlanishi.**

Bemorlar jarohatining asosiy sabablari: 1 - guruhda avtoxalokat 11 (40,7%), kriminal – 6 (22,2%) va maishiy jaroxatlar - 10 (37%) kishi. 2 – guruhda avtoxalokat 29 (27,6%), kriminal 46 (43,8%), maishiy 29 (27,6%). Bemorlarni jarohat sabablari taxlil qilinganda, kriminal , avtohalokat sabablari eng yuqori ko'rsatkich bergani ko'rindi (2.7-rasm).



**2.7. – rasm. Kranioorbital jarohatlarning etiologiyasi bo'yicha taqsimlanishi**

## ***§ 2.2. TADQIQOT USULLARI***

### ***2.2.1. UMUMIY KLINIK TASHHISLASH USULLARI***

Klinik tekshiruvlar va xirurgik muolajalar, anesteziolog-reanimatolog, neyroxirurg, neyrooftalmolog, LOR, yuz-jag'jarroxi mutaxassislaridan iborat multidissiplinar vrachlar brigadasi orqali olib borildi. Birgalikda ko'ruvning maqsadi bosh miya jarohati hajmini, anatomik va nevrologik buzilish xarakterini, ko'z olmasi, ko'ruv nervi, ko'zni xarakatlantiruvchi apparat, orbita, burun atrof bo'shliqlarining zararlanish darajasini aniqlash xisoblandi. Kranioorbital jarohatlanishning o'tkir davrida bemorlarni standart, maxsus oftalmologik klinik-funksional hamda instrumental tekshiruvlar o'tkazish ko'rsatmalari va ularning hajmini aniqlashda bemorning umumiy holatini og'irligi (Glazgo shkalasi bo'yicha xushyorlik darajasi) ga ko'ra ilk bor oftalmologik tekshiruvlar hajmi belgilandi. Unga ko'ra, Glazgo shkalasi bo'yicha 15-13 ballni tashkil qilgan hollarda bemorga barcha standart va maxsus oftalmologik tekshiruvlar tavsiya etildi, 12-8 ballni

tashkil qilganda, bemorlarga faqat standart oftalmologik tekshiruvlar, Glazgo shkalasi 8 va undan past ball bo'lgan xolatda, bemorlarda korneal va qorachiq reflekslarni tekshirish hamda oftalmoskopiya o'tkazildi.

Anamnez yig'ishda bemorning axvoli og'ir bo'lmasa, xushida bo'lsa bemorni o'zidan, og'ir bo'lsa bemorning hamroxidan, stasionarga tez tibbiy yordam mashinasida olib kelgan vrachdan so'raldi. Jarohat ro'y bergan vaqti va mexanizmi aniqlandi.

Avval peshona, ko'z, burun atrofi sohalarida deformasiyaga olib keluvchi jarohat olmaganligi istisno qilindi. Koj bemorlarda, tekshiruv va davo taktikasini belgilash uchun, suyak strukturasini va yumshoq to'qimasiga baho berish uchun klinik ko'ruv muhimdir.

Suyak strukturasini zararlangan koj qo'shma jarohatlarda etibor bilan ko'rish, yuz yumshoq to'qimalarini palpator ushlab ko'rish katta hajmda malumot berdi. Jarohatning xarakteriga, yumshoq to'qimalar gematomasi, emfizemasi, medial va lateral ko'z burchaklarini joylashishiga etibor qaratildi.

Ko'z olmasining harakat hajmi va joylashishi aniqlandi. Orbita suyaklarini sinib siljishi, ko'z olmasi xarakatini chegaralaydi, singan sohada ko'zni xarakatlantiruvchi to'g'ri muskullar ezilishi, zararlanishidan, ko'z olmasi xarakati chegaralanishi yoki ko'z olmasining xarakati yo'qolishi yuz beradi. Yumshoq to'qimalar gematomasi va reaktiv shishidan, ayrim xollarda orbita, yonok, yuqori jag'suyaklarini aniqlash imkoni bo'lmaydi. Avtohalokat, balandlikdan tushib ketish jarohatlarida diagnostik xatolikka yo'l qo'ymaslik uchun, jabrlanganlarni butun tanasini, a'zolarini paypaslab ko'rib chiqishga to'g'ri keldi. Anesteziolog-reanimatolog, neyroxirurg, neyrooftalmolog, yuz-jag'jarroxi, LOR dan iborat multidissiplinar brigada bemorlarni klinik tekshiruvdan o'tkazib, xirurgik operatsiyalar olib bordi. Birgalikda ko'ruvni vazifasiga, Glazgo bo'yicha bemorning umumiy axvoli, bosh miya jarohati hajmi, joylashishi, xarakteri, anatomik va nevrologik buzilishlar, ko'z, uning yordamchi qismlari, orbitani, burun atrofi bo'shliqlarini jarohatlanish darajasini aniqlash kirdi.

### **2.2.2. OFTALMOLOGIK TASHXISLASH USULLARI**

Oftalmologik tekshiruvga, ko'zlar holati: qovoqlar, kon'yuktiva, yosh yo'llari, ko'z kosasi, ko'z olmasi, sklera, shoh parda, oldingi kamera, rangdor parda, qorachiq reaksiyasini tekshirish, ko'rish o'tkirligi, ko'rish maydoni, ko'z refraktsiyasi, ko'z ichki bosimi, ko'z tubini tekshirish kirdi.

Ko'z ichki bosimi Maklakov tonometrda aniqlandi.

#### **Neyrooftalmologik tekshiruv usullari:**

1. Shikoyatlar taxlili
2. Anamnez yig'ish
3. Ko'ruv azolarini tashqi tomondan tekshiruv
4. Shox parda sezgirligini tekshirish
5. Qorachiq shakli va qorachiq reaksiyalarini tekshirish
6. Ko'rish o'tkirligini tekshirish
7. Rang ajratishni tekshirish
8. Ko'ruv maydonini tekshirish-perimetriya
9. Biomikroskopiya (operasion mikroskopda)
10. Ekzooftalmometriya
11. Ko'z tubini tekshirish (oftalmoskopiya)
12. V - skaner tekshiruv
13. Optik kogerent tomografiya
14. Kompyuter perimetriya

Neyrooftalmologik tekshiruv nerv sistemasining Topik, nozologik diagnostikasida va davo natijalarini kuzatishda katta ahamiyatga ega. Ko'ruv analizatori jaroxatlari orbita, orbita atrofida, bosh miya asosida, bosh miya poyasida (stvol), chakkada, ensada bo'lganida kuchli zararlanadi. Ko'ruv analizatori zararlanish simptomlariga: ko'rish o'tkirligini pasayishi, qorachiq reaksiyasini o'zgarishi, ko'z olmasini izolirlangan, xamkorlikdagi xarakatini o'zgarishi kiradi.

### **Shikoyatlar taxlili.**

Ko'ruv azolari jarohatlangan, ko'ruv nervi, ko'zni xarakatlantiruvchi nervlar markazlari shikastlangan bemorlar, ko'rishni pasayishiga, paredmetlarni ikkita ko'rishga (diplopiya), yaqindan ko'rishni, atrofni ko'rish xiralashishiga, ko'z atrofida og'riqqa va xatto oddiy, murakkab ko'z gallyusinasiyalariga shikoyat qildi. Agar diplopiya ko'ruv nervi shikastlanishi bilan bog'liq bo'lsa, rangli oynalar ishlatilganda, bir vaqtda qorachiq yorug'likka reaksiyasi, konvergenstsiya, akkomodasiya buzildi.

Barcha bemorlarda ko'ruv organlarini tashkaridan tekshiruvi 100% o'tkazildi. Qovoqlar xolati, ko'z tirqishi kengligi, shakli, ko'z olmasi xajmi, orbitada joylashuvi, qorachiq yorug'likka (to'g'ri, xamkorlikda) reaksiyasi, ko'z olmasi ichki muhitlar tiniqligiga etibor berildi.

### **Qorachiq va qorachiq reaksiyasini tekshirish.**

Qorachiq yorug'likka reaksiyasining pasayishi yoki kengayib ketishi, travmatik midriazda, ko'zni harakatlantiruvchi nervlar shikastlanganda, surunkali alkogolizmida, klinik o'lim xolatida, komalarda kuzatildi.

**Ko'rish o'tkirligini tekshirish.** Xar bir ko'z aloxida 12 katorli harflardan, xalqalardan iborat Golovina-Sivseva jadvalidan foydalanib tekshirildi.

### **Rang ajratishni tekshirish.**

E.B. Rabkinning polixromatik jadvalidan foydalanib tekshirildi.

### **Ko'ruv maydonini tekshirish - perimetriya.**

Ferster perimetri yordamida kinetik perimetriya va statistik perimetriya o'tkazildi. Ko'rish maydonini o'zgarishiga qarab to'r parda, ko'ruv nervini zararlanish darajalariga baho berildi.

### **Biomikroskopiya tekshiruvi.**

Tirqishli lampa yordamida ko'z olmasining kon'yunktiva, sklera shox parda, old kamera, Gavxar, shishasimon tana, old va o'rta strukturalarini biomikroskopiya CARL ZEISS JPMI VARIO S88 3 okulyarli mikroskop orqali o'tkazildi. Shox pardada jarohat bo'lsa, flyuorissein sinamasi orqali o'lchami

aniqlanadi. Jarroxlik muolajasiga muxtoj bo'lgan 27 ta mobil bo'lmagan bemorlar, avvaliga operasion blokda operasion mikroskopda biomikroskopik tekshiruvdan o'tkazilib so'ng jarrohlik muolajasi bajarildi.

**Ko'z tubini tekshirish (oftalmoskopiya).** To'g'ri oftalmoskop (HEINE) orqali o'tkazildi.

Ko'z tubini tekshirishda, ko'z qon tomir, to'r pardasi, makulyar soxa, ayniqsa ko'ruv nervi diski, atrofidagi to'qimalarga etibor beriladi.

### **To'r parda Markaziy venasi spontan pulsini aniqlash.**

Bosh miya jarohatlari o'tkir davrida neyrooftalmologik to'r parda Markaziy venasi spontan pulsini aniqlash yana bir diagnostik belgilardan xisoblanadi. To'r parda Markaziy vena qon tomir spontan pulsi, jinsiga bog'liq bo'lmagan xolda xar bir sog'lom odamda (97,8%) aniqlandi.

60 yoshdan keyin qon tomir elastikligi pasayishi xisobiga diagnostika foizi 66,7% ga kamaydi. To'r parda venoz pulsasiyasi, bosh miya venoz qon aylanishini, bosh ichki bosimini, likvorodinamikasi buzilishini ko'rsatuvchi nozik indikator sifatida ishlatildi. Bosh miya jaroxatlanganidan keyin 2 soatdan 3 sutkagacha, to'r parda Markaziy venasida spontan puls aniqlanmasa, bosh ichki bosimini ortganligini ko'rsatuvchi simptom xisoblandi. Davo jarayonida dinamik kuzatilib, to'r pardada venoz pulsning paydo bo'lishi, bemorga olib borilayotgan degidratasion terapiyani samaraliligi, bosh ichki bosimini meyorlashayotganini ko'rsatdi. To'r parda Markaziy vena qon tomir pulsasiyasi, bevosita oftalmoskopiya usulida, ko'k-yashil svetofiltr orqali aniqlandi. Usulning qulayligi:

- bemor va tibbiyot xodimi uchun xavfsiz;
- davo natijasiga yuqori malumot beruvchi;
- tekshiruvni noinvazivligi va mablag'talab qilmasligi;
- midriatik moddalarsiz ko'rish mumkinligi;
- stasionar davolanayotgan bemorning kuzatish mumkinligi.

### **Ultratovush skaner tekshiruv usullari.**

E-Z Scan AB5500 SONOMED apparatida uzi V-skaner tekshiruvi o'tkazildi.

Ko'z olmasi uzi skaner tekshiruviga bo'lgan ko'rsatmalar: 1) yopiq ko'z jarojatlari, ko'ruv nervi zararlanishi. 2) ko'z olmasi va qovoq lat eyishi, to'r parda ko'chishiga shubxa. 3) rentgen, tomografiyada ko'z ichida yot jism aniqlanmaganda, bu tekshiruv faqat mobil xolatdagi, umumiy xolati yaxshilangan bemorlarda o'tkazildi.

Uzi V-skaner nur tekshiruvidan foydalanildi. Uzi-V skaner ko'z olmasini orka qismlarini strukturasi xaqida to'liq malumot berdi. Uzi -V skaner V 2 D ikki o'lchamli kul rang tasvir orqali, 10-17 MGs chastotada ishlaydi. Uzi - V skaner umumiy 47 bemorda o'tkazilib, 1-guruxda 15, 2-guruxda 32 bemorda bajarilgan.

### ***2.2.3. OFTALMOLOGIK MAXSUS TASHXISLASH USULLARI***

#### **Optik kogerent tomografiya tekshiruvi.**

Okt tekshiruvi CARL ZEISS Cirrus HD - OCT apparatida, umumiy xolati Glazgo shkalasi bo'yicha engil bo'lgan 14 ta bemorda (10,6%) o'tkazildi. Okt natijalari bo'yicha kranioorbital jarohatlangan bemorlar to'r parda Markaziy va periferik qismlarda nerv tolalari qavati qalinligi ko'rsatkichlari qalinligi taxlil qilindi.

#### **Kompyuter perimetriya tekshiruvi.**

Umumiy xolati Glazgo shkalasi bo'yicha engil bo'lgan 20 ta bemorda (15,1%) kompyuter perimetriya AS-6000BER apparatida bajarildi. Ko'ruv maydoni kengligini 8 yo'nalishda tekshirib topilgan sonlarni yig'ib, qo'shib hisoblab -  $90+90+60+50+60+55+55+70=530$  me'yoriy ko'rsatkich aniqlandi. Bu umumiy yig'ilgan sondan kam bo'lsa, kaytadan tekshirib toraygan meridianini aniqlab Ko'rildi. Kampimetriyada ko'rish maydonining Markaziy qismini, undagi ko'rish nuqsonlarini tekis sathga solib tekshirildi.



### **Ekzooftalmometriya.**

Gertel ekzooftalmometri yordamida 49 ta (37%) bemor tekshirildi. Koʻz olmasini orbitada joylashishi, koʻz olmasini tashkariga chiqib qolishi, ichkariga tushib qolish darajalarini bilish uchun, orbita devori tashqi qirgʻogʻidan Gertel ekzooftalmometri yordamida ekzoftalmometriya oʻtkazildi. Uskuna shkalasi boʻyicha, koʻz olmasining chiqib qolish darajasi mm da oʻlchandi.

**Biomikroskopiya usuli** 27 bemorda (20,4 %) CARL ZEISS JPMI VARIO S88 3 okulyarli operasion mikroskop yordamida umumiy axvoli ogʻir, tirqishli lampaga oʻtirib, biomikroskopiya tekshiruviga holati koʻtara olmagan, jarroxlik muolajasiga muxtoj boʻlgan bemorlar koʻruv aʼzolari oldingi qismi biomikroskopiya, toʻgʻridan toʻgʻri operasion boʻlimda mikroskop ostida bemor yotgan holda oʻtkazildi.

## **2.2.4. MAXSUS TASHXISLASH USULLARI**

### **Rentgenoskopiya tekshiruvi.**

2 proektsiyada rentgenologik tekshiruvlar, murakkab klinik belgilarga ega boʻlgan ogʻir bemorlarga 1 - guruxda 12, 2 - guruxda 47 bemorda oʻtkazilgan. Koʻruv analizatorida yot jismga shubxa qilinganida Komberga – Baltina protezi yordamida 2 proektsiyada 1-guruxda 3, 2-guruxda 1 xolatda rentgenoskopiya kilingan.

### **Bosh miya MSKT (multispiral kompyuter tomografiya) va MRT tekshiruvi.**

Rentgenoskopiya orbita suyak devorlari sinishiga, gematoma singari klinik ahamiyatga ega xolatlarga shubxa qilinganida, MSKT (multispiral kompyuter tomografiya) noinvaziv zamonaviy tekshiruv usulidan foydalanildi. MSKT - bu rentgen nurlarida toʻqimani 1 mm qalinlikda qavatma - qavat skanerlashdir. MSKT yordamida orbita, koʻz olmasi, yosh bezlari, koʻzni xarakatlantiruvchi muskullar,

orbita yumshoq to'qimalar strukturasi to'liq taxlil qilindi.

Magnit rezonans tomografiya (MRT) yumshoq to'qimalar, gematoma, uzilgan ko'zni xarakatlantiruvchi muskullarni aniq ko'rsatadi, ammo metal yot jism, suyakning kichik siniqlarini aniqlay olmaydi. Yuz suyagidagi xar qanday siniklar, bosh suyagidagi xar kanday siniqlar, avtoxalokatdan keyingi shisha siniqlar MSKT ga ko'rsatma bo'ldi.

Kranioorbital jaroxatlanishning o'tkir davrida orbita soxasini rentgen nurlari yordamida tekshirish natijasida nurlanish hajmini me'yordan oshirmaslik (0,8-2mzv) va yuqori informativlikni (99,7%) ta'minlash maqsadida yupqa kesimli (0,625 mm) MSKT tekshiruvini erta davrda o'tkazildi. Tekshiruv mobaynida xomilador ayollarda, 14 yoshga to'lmaganlarda MSKT taqiqlangani uchun bajarilmadi. MSKT tekshiruvi umumiy 89 bemorda (67,4%) o'tkazildi, bundan 1 – guruxda 20 ta bajarilgan, 2-guruxda 69 bemorda o'tkazilgan.

MSKT tekshiruvini shoshilinch markazga kirib kelishi, suyak butunligining buzilishi, destruksiya chegaralari, yumshoq to'qimadagi o'zgarishlar, shishlar, teri osti emfizemasi, gematoma, qon quyilishlar, retrobulbar to'qima, ko'ruv nervi, orbita suyaklarini xolatini aniqlashga imkoniyat yaratdi.

#### ***2.2.5. BOSH MIYA JAROHATLARINING O'TKIR DAVRIDA KO'RUV A'ZOLARI ZARARLANISHLARINI KOMPLEKS DAVOLASH USULLARI***

Bemorlarni muolaja haqida xabardor qilib, ulardan rozilik olingandan so'ng, quyidagi muolajalardan birini oldilar.

1) Kranioorbital jarohatlangan 16 nafar bemorlar qovoqdagi jarohatlariga o'tkazilgan jarrohlik, umumiy va mahalliy konservativ davolash usullari qo'llanildi.

2) Kranioorbital jaroxatlangan 2 nafar bemorlarning ko'z olmasidagi jarohatlariga jarrohlik, umumiy va konservativ davolash usullari buyurildi.

3) Kranioorbital jaroxatlangan 9 nafar bemorlarning orbita devorlari singaniga konservativ va jarrohlik davo usullari buyurildi.

4) Kranioorbital jaroxatlangan 105 nafar bemorlarning ko‘z olmasidagi jarohatlariga konservativ, maxalliy va limfotrop davolash usullari qo‘llanildi.

Bosh miya jarohatlari o‘tkir davrida, ko‘ruv azosi zararlangan bemorlarning konservativ kompleks davolash samaradorligini baholash uchun bemorlar uch guruhchaga bo‘lindi:

Birinchi asosiy guruhchadagi 17 ta bemorga (20 ta ko‘z) an’anaviy davoga (qon to‘xtatuvchi, shishga qarshi, yallig‘lanishga qarshi, desensibilizatsiyalovchi, antibiotiklar) neyroprotektor tsitikolin mononatriy tuzining eritmasi ko‘z tomchisi 1 tomchidan 3 maxal 20 kun davomida ishlatildi va xolin alfosterat - Markaziy xolinomimetik tasir etuvchi nootrop preparatni (Gliatilin 1 g/ 4 ml muskul orasiga 5 kun, 15 kun 400 mg kapsulada 1 maxal og‘iz orqali berildi) qo‘shish bilan birga o‘tkazildi.

Ikkinchi guruhchada 20 ta bemorga (20 ta ko‘z ) ananaviy davo va oftalmologik neyroprotektor tsitikolin mononatriy tuzining eritmasi ko‘z tomchisi 1 tomchidan 3 maxal 20 kun davomida qo‘llanildi.

Uchinchi nazorat guruhchada – 20 ta bemorga (20 ta ko‘z) an’anaviy davolash o‘tkazilgan.

Barcha bemorlar birinchi tashrifda hamda stasionar davo davomida, uyiga ruxsat berilgandan so‘ng 5 kunda, 10 kunda, 1 oyda, 3 oyda, 6 oyda tadqiqotchi tomonidan tekshirildi. Kuzatishning maqsadi ma’lum vaqt oralig‘ida davo muolajalarining natija dinamikasi o‘zgarishlarini kuzatish, organizmni jaroxatga javobini baholash, dori vositalarining ijobiy va nojuy ta’sirini ro‘yxatga olish edi.

#### ***2.2.6. TADQIQOT NATIJALARIGA STATISTIK ISHLOV BERISH***

Tadqiqotlar natijasida olingan ma’lumotlar statistik ishlov funktsiyalari kiritilgan Microsoft Office Excel-2012 dasturiy paketi yordamida Pentium-IV shaxsiy kompyuterida statistik ishlandi. O‘rganilayotgan ko‘rsatkichning o‘rtacha arifmetik qiymati ( $M$ ), o‘rtacha kvadratik siljish ( $\sigma$ ), o‘rtacha qiymatning standart

xatosi (m), nisbiy ko'rsatkichlar (chastota, %)ni hisoblash bilan parametrik va noparametrik variasion statistika usullaridan foydalanildi. O'rtacha qiymatlarni qiyoslash natijasida olingan ko'rsatkichlarning statistik ahamiyati xato ehtimoli (R) ni va bosh dispersiyalar tengligi (F – Fisher mezon) ni hisoblagan holda Styudent (t) mezon bo'yicha aniqlandi. Ishonchlilik darajasi  $R < 0,05$  ga teng ko'rsatkichlar statistik ahamiyatli o'zgarishlar sifatida qabul qilindi. Sifat ko'rsatkichlar uchun statistik ishonchlilik quyidagi formula bo'yicha  $\chi^2$  mezon (XI-kvadrat) va z-mezon (glans S, 1998; Aviva Petri, Kerolayn Sebin, 2009) yordamida hisoblandi:

$$z = (p_1 - p_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{p(1-p) \cdot (n_1 + n_2)}}$$

bu erda,  $r_1 = \mu_1/n_1$  va  $p_2 = \mu_2/n_2$  taqqoslanuvchi tajriba chastotalari,  $r = (\mu_1 + \mu_2) / (n_1 + n_2)$  esa ikkala guruh bo'yicha belgi paydo bo'lishining o'rtacha chastotasi.

### **III BOB. BOSH MIYA JAROHATLARINING O'TKIR DAVRIDA KO'RUV A'ZOLARI ZARARLANGAN BEMORLARNING KLINIK FUNKTSIONAL HOLAT NATIJALARI**

#### **§3.1. TADQIQOT OB'EKTINING KLINIK FUNKTSIONAL HOLATI**

1-guruxda 27 ta ko'zi jaroxatlangan qo'shaloq tan jaroxati va bosh miyasi shikastlangan bemorlar tekshirilganda, 25 ta bemorda bir ko'zning jarohatlanishi, ikkala ko'zning jaroxati 2 bemorda, ya'ni barcha jarohatlangan ko'zlar 29 tani tashkil etdi. 2-guruxda 105 ta ko'zi jaroxatlangan qo'shaloq tan jaroxati va bosh miyasi shikastlangan bemorlar tekshirilganda, 82 ta bemorda bir ko'zning jarohatlanishi, ikkala ko'zning jaroxati 23 bemorda, ya'ni barcha jarohatlangan ko'zlar 128 tani tashkil etdi.

1-guruxda erkaklarning ulushi 85,2%, 2-guruhdagi konservativ davolangan bemorlarda erkaklar 68,6 % tashkil etib, erkaklarning ulushi yuqori bo'ldi. Ular eng mehnatga yaroqli 1 - guruxda 74 %, 2-guruxda 78% 18-40 yoshdagilarga to'g'ri keldi. Bu ko'rsatkichdan kelib chiqib aytish mumkinki, erkaklar guruhida ko'z jarohatlanish xavfi yuqoriroq ( $P>0,01$ ). Jarohatlanishlarning asosiy sabablari yo'l-transport hodisalaridan iborat bo'lib, 1-guruxda avtohalokatlar sababli jarohatlar 40,7%, 2-guruhda kriminal holatlar 43,8% ni tashkil etdi.

1-guruxda ko'proq og'ir jarohatlar 37% ni, 2-guruxda engil darajadagi jarohatlar ko'proq uchrab, 56,2%, tashkil etdi. Tadqiqot olib borilayotgan 1-guruhda hayot uchun, ko'ruv organlari uchun xavfli jarohatlar 12 ta, 2-guruxda 8 ta shikastlanganlarda kuzati. 1-guruxda bosh miya chayqalishi bilan 11 (40,7%), bosh miya lat eyishi bilan 17 (62,9 %), 2 – guruxda bosh miya chayqalishi 69 ( 65,7%), bosh miya lat eyishi 36 (34,2%) kuzatildi. 1 - guruxda miya ezilishi natijasida 9 bemorlarda kalla suyagida dekompression trepanasiya, rezektsiya, plastika, drenajlash operatsiyalarini bajarilish talab etildi.

1-guruxda jarohat olishi bilanoq 1-sutkada 24 bemor, 2-5 sutkada 3 bemor murojaat qilgan, yani 88,8% bemorlar o'z vaqtida stasionar yotqizilib davolangan. 2 - guruxda 1 –sutkada 80, 2-5 sutkada 18, 6-10 sutkada 5, 6 oydan so'ng 2 bemor

shifoxonaga murojaat qilgan, bemorlarning 76,1% o'z vaqtida davolangan. 2-5 sutkada murojaat qilganlar 17,1% ni tashkil qilib, ko'proq yashash joyidan uzoqda jaroxat olgan joyida shoshilinch markaz filialiga yotqizilgan, dastlabki tibbiy yordamni olib, keyin kelib murojaat qilgan (3.1 - jadval).

**3.1 - jadval**

**Bemorlarning anamneziga ko'ra xarakteristikasi**

| Bemorlarning tavsiflanishi                                       | ABS | %    |
|------------------------------------------------------------------|-----|------|
| 1. Transportirovka turiga ko'ra bemorlarning shifoxonaga kelishi |     |      |
| Tez yordamda                                                     | 65  | 49,2 |
| Yo'llanma bilan                                                  | 5   | 3,8  |
| SAX orqali                                                       | 2   | 1,5  |
| O'zi kelgan                                                      | 60  | 45,4 |
| 2. Murojaat vaqtiga ko'ra                                        |     |      |
| 1 - sutkada murojaat                                             | 104 | 78,8 |
| 2 - 5 sutkada murojaat                                           | 21  | 15,9 |
| 6-10 sutkada murojaat                                            | 5   | 3,8  |
| 6 oydan ko'p                                                     | 2   | 78,8 |
| 3. Diagnostik tekshiruv bo'yicha                                 |     |      |
| MSKT                                                             | 89  | 67,4 |
| Rentgen                                                          | 59  | 44,7 |
| EXO-EG                                                           | 27  | 20,5 |
| Uzi skaner                                                       | 47  | 35,6 |

**3.2 - jadval**

**Bemorlarning jarohatlanish darajasiga ko'ra xarakteristikasi**

| Bosh miya jaroxat darajasiga ko'ra | ABS | % |
|------------------------------------|-----|---|
|------------------------------------|-----|---|

|                                                           |    |      |
|-----------------------------------------------------------|----|------|
| Engil                                                     | 75 | 56,8 |
| O'rta                                                     | 23 | 17,4 |
| Og'ir                                                     | 34 | 25,8 |
| 1. Ko'z shikastlanishiga ko'ra                            |    |      |
| O'ng ko'z                                                 | 49 | 37,1 |
| Chap ko'z                                                 | 59 | 44,7 |
| Ikkala ko'z                                               | 24 | 18,2 |
| 2. Ko'z jarohat darajasiga ko'ra (kontuziya, 150 ta ko'z) |    |      |
| Engil                                                     | 87 | 55,4 |
| O'rta                                                     | 10 | 6,3  |
| Og'ir                                                     | 53 | 33,7 |

Orbita suyak butunligining buzilishi umumiy 50 bemorda aniqlangan, bundan siljimagan sinishi 25 bemorda, siljib sinishi 25 bemorda aniqlandi. Medial devor sinishi 10 ta (7,5%), lateral devor sinishi 2 ta (1,5%), yuqori devor sinishi 13 ta (9,8%), pastki devor sinishi 1 bemorda (0,7%) aniqlangan. Ikkala orbitada sinish 7 ta (5,3%), kombinirlangan sinish 19 bemorda (14,3%) diagnostika qilindi. Parabulbar, retrobulbar gematoma umumiy 28 ta (21,2%) jarohatlanganlarda topilgan. Ko'ruv nervini retrobulbar soxada shishi 22 bemorda (14%), ko'ruv nervi shikastlanishi - uzilishi 2 bemorda (1,2%) kuzatildi (3.3-jadval).

Shoshilinch tibbiy yordam markazga kelgan barcha bemorlarning, garchi jarohatlanishlar sababi va jarohat darajasi hamda organizm yoshi, reaktivligi har xil bo'lsa-da, shikoyati o'xshash bo'lgan.

### 3.3 - jadval

#### Bemorlarning klinik belgilariga ko'ra xarakteristikasi (n=157)

| 1. Klinik belgilariga ko'ra | ABS | %    |
|-----------------------------|-----|------|
| Ekzoftalm                   | 49  | 31,2 |
| Enoftalm                    | 1   | 0,6  |

|                                                    |     |      |
|----------------------------------------------------|-----|------|
| Diplopiya                                          | 27  | 17,1 |
| Okulomotorika buzilishi                            | 27  | 17,1 |
| <b>2. Qorachiq refleksiga ko‘ra</b>                |     |      |
| Saqlangan                                          | 112 | 71,3 |
| Saqlanmagan                                        | 20  | 12,7 |
| <b>3. Qovoq lat eyishiga ko‘ra</b>                 |     |      |
| 1 ta qovoqning lat eyishi                          | 95  | 60,5 |
| 2 la qovoqning lat eyishi                          | 24  | 15,2 |
| <b>4. Orbita zararlanishiga ko‘ra</b>              |     |      |
| Para orbital gematoma                              | 50  | 31,8 |
| Orbita siljigan sinishi                            | 25  | 15,9 |
| Orbita siljimagan sinishi                          | 25  | 15,9 |
| <b>5. Orbita sinishi buyicha topografik taxlil</b> |     |      |
| Ikkala orbita                                      | 3   | 1,9  |
| Orbita kombinirlangan sinishi                      | 19  | 12,1 |
| Orbita pastki devori                               | 1   | 0,6  |
| Orbita tashqi devori                               | 2   | 1,3  |
| Orbita ichki devori                                | 10  | 6,4  |
| Orbita yuqori devori                               | 13  | 8,2  |
| Orbita cho‘qqisi zararlanishi                      | 2   | 1,2  |

1 - guruxda qovoq, ko‘z olmasi kizarishi, ko‘karishi, og‘riq 27 bemorda (100 %), 13 ta bemor (48,1 %) ko‘rish o‘tkirligi pasayishiga, 9 ta bemorda (33,3 %) yorug‘likka qaray olmaslik, 8 ta bemor (29,6 %) predmetlarni ikkita ko‘rishga, 8 ta bemor (29,6 %) ko‘z olmasi xarakatlanmayotganiga shikoyat qilishgan. 2 - guruxda qovoq, ko‘z olmasi kizarishi, ko‘karishi, og‘riq 105 bemorda (100 %), 46 ta bemor (43,8 %) ko‘rish o‘tkirligi pasayishiga, 17 ta bemorda (16,2 %) yorug‘likka qaray olmaslik, 12 ta bemor (11,4 %) predmetlarni ikkita ko‘rishga, 17 ta bemor (16,2 %)



ko‘z olmasi xarakatini chegaralanganiga shikoyat qilishgan (3.4.-jadval).

**3.4 - jadval**

**Bemorlarning shikoyatlari tahlili**

| Shikoyat nomi                                      | 1-gurux |       | 2-gurux |       | R     |
|----------------------------------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|
|                                                    | ABS     | %     | ABS     | %     |       |
| Ko‘z olmasi va qovoq shishi, kizarishi, ko‘karishi | 27      | 100,0 | 105     | 100,0 | -     |
| Og‘riq                                             | 27      | 100,0 | 105     | 100,0 | -     |
| Ko‘rishning pasayishi                              | 13      | 48,1  | 46      | 43,8  | >0,05 |
| Yorug‘likka qaray olmaslik                         | 9       | 33,3  | 17      | 16,2  | <0,05 |
| Predmetlarni ikkita ko‘rish                        | 9       | 29,6  | 16      | 11,4  | <0,05 |
| Ko‘z olmasi xarakatini cheklanishi                 | 9       | 29,6  | 16      | 16,2  | >0,05 |

Tadqiqotda 1-guruxdagilarda ko‘z olmasini lat eyishi - I - darajasi 3 xolatda (11,1%), II darajali lat eyishi 5 ta (18,5%), III daraja lat eyishi bilan 12 ta (44,4%), o‘tkir jaroxat 7 (25,9%) bemorda kuzatilgan. Ko‘rsatkichlardan ko‘rinadiki, tezkor operativ davoga muxtoj bemorlar asosan lat eyishning og‘ir darajasi, o‘tkir jaroxatlanganlar xisoblanadi. 2 - guruxda I darajada lat eyish 61 ta (58%), II darajadagi lat eyish 14 (13,3%) III darajadagi lat eyish 30 (28,5%) bemorda diagnostika tashxislandi. Bu bemorlar tezkor operativ davoga muxtoj bo‘lmagan, lekin tezkor konservativ, maxalliy oftalmologik davoga muxtoj bo‘lgan bemorlardir. 3 bemorda (2,9%) jaroxatdan keyingi muguz parda eroziv yarasi aniqlandi, umumiy va maxalliy konservativ davo olib borildi.

**3.5 - jadval**

**Bemorlarning jarohatlar xarakteriga ko‘ra taxlil  
(n=157 ta ko‘z)**

| Jaroxat darajasi, turi | Jarohatlar miqdori |   |
|------------------------|--------------------|---|
|                        | ABS                | % |

|                                                        |    |      |
|--------------------------------------------------------|----|------|
| Ko'z olmasi va yordamchi qismlar lat eyishi I daraja   | 87 | 55,4 |
| Ko'z olmasi va yordamchi qismlar lat eyishi II daraja  | 10 | 6,3  |
| Ko'z olmasi va yordamchi qismlar lat eyishi III daraja | 53 | 33,7 |
| Ko'z olmasi va yordamchi qismlar o'tkir jaroxati       | 7  | 4,5  |

### 3.6 - jadval

#### Jarohatlar xarakteriga ko'ra guruhlarda taqsimlanishi

| Jaroxat darajasi, turi                                 | 1-gurux |      | 2-gurux |      | P     |
|--------------------------------------------------------|---------|------|---------|------|-------|
|                                                        | ABS     | %    | ABS     | %    |       |
| Ko'z olmasi va yordamchi qismlar lat eyishi I daraja   | 5       | 7,4  | 77      | 56,2 | <0,05 |
| Ko'z olmasi va yordamchi qismlar lat eyishi II daraja  | 5       | 0,0  | 36      | 7,6  | <0,05 |
| Ko'z olmasi va yordamchi qismlar lat eyishi III daraja | 12      | 41,3 | 41      | 36,2 | >0,05 |
| Ko'z olmasi va yordamchi qismlar o'tkir jaroxati       | 7       | 25,9 | 0       | 0,0  | <0,05 |

1-guruxda ko'z olmasi va yordamchi apparatlar I darajali shikastlanishi 11 ta ko'zda, II darajali shikastlanish 5 ta ko'zda, III darajali shikastlanish 13 ta bir ko'zda, ikkita ikkala ko'zda kuzatildi. Shu bilan birga, ko'z olmasini teshib o'tgan o'tkir jarohat 1 ta ko'zda (3,7%) bemorda bo'lib, rangdor parda va shishasimon tana oqib chiqishi bilan kechdi, bemorga o'z vaqtida jarohatga birlamchi mikroxirurgik ishlov berildi. Bemorning ko'rishi tiklanmadi, simpatik yallig'lanish asorat xolatlari bo'lmadi. Shishasimon tana ma'lum miqdorda yo'qotilgani uchun, 10 kunlik, 1 oylik

, 6 oylik klinik kuzatuv o'tkazildi. 6 – oyda ko'z olmasi subatrofiya belgilari va travmatik katarakta kuzatildi.

### 3.7 - jadval

#### 1-gurux bemorlarning ko'zi jarohatiga ko'ra taqsimlanishi (n=27, 29 ta ko'z)

|                            | O'ng ko'z |     | Chap ko'z |      | Ikkala ko'z |       |
|----------------------------|-----------|-----|-----------|------|-------------|-------|
|                            | ABS       | %   | ABS       | %    | ABS         | %     |
| I darajali shikastlanishi  | 4         | 2,5 | 5         | 3,1  | 2           | 0,6** |
| II darajali shikastlanish  | 4         | 0,0 | 1         | 0,6  | 0           | 0,0   |
| III darajali shikastlanish | 6         | 3,8 | 9         | 5,7* | 1           | 0,6   |

Izoh: \* - I darajali shikastlanishiga nisbatan farqlar ahamiyatli  
(\*\*\* -  $P < 0,001$ );

### 3.8 - jadval

#### 2 - gurux bemorlarning ko'zi jarohatiga ko'ra taqsimlanishi (n=105, 128 ta ko'z)

| Shikastlanish darajalari   | O'ng ko'z |      | Chap ko'z |      | Ikkala ko'z |     |
|----------------------------|-----------|------|-----------|------|-------------|-----|
|                            | ABS       | %    | aBS       | %    | ABS         | %   |
| I darajali shikastlanishi  | 23        | 14,6 | 32        | 20,3 | 15          | 9,5 |
| II darajali shikastlanish  | 5         | 3,1  | 5         | 3,1  | 0           | -   |
| III darajali shikastlanish | 10        | 6,3  | 22        | 14   | 8           | 5   |

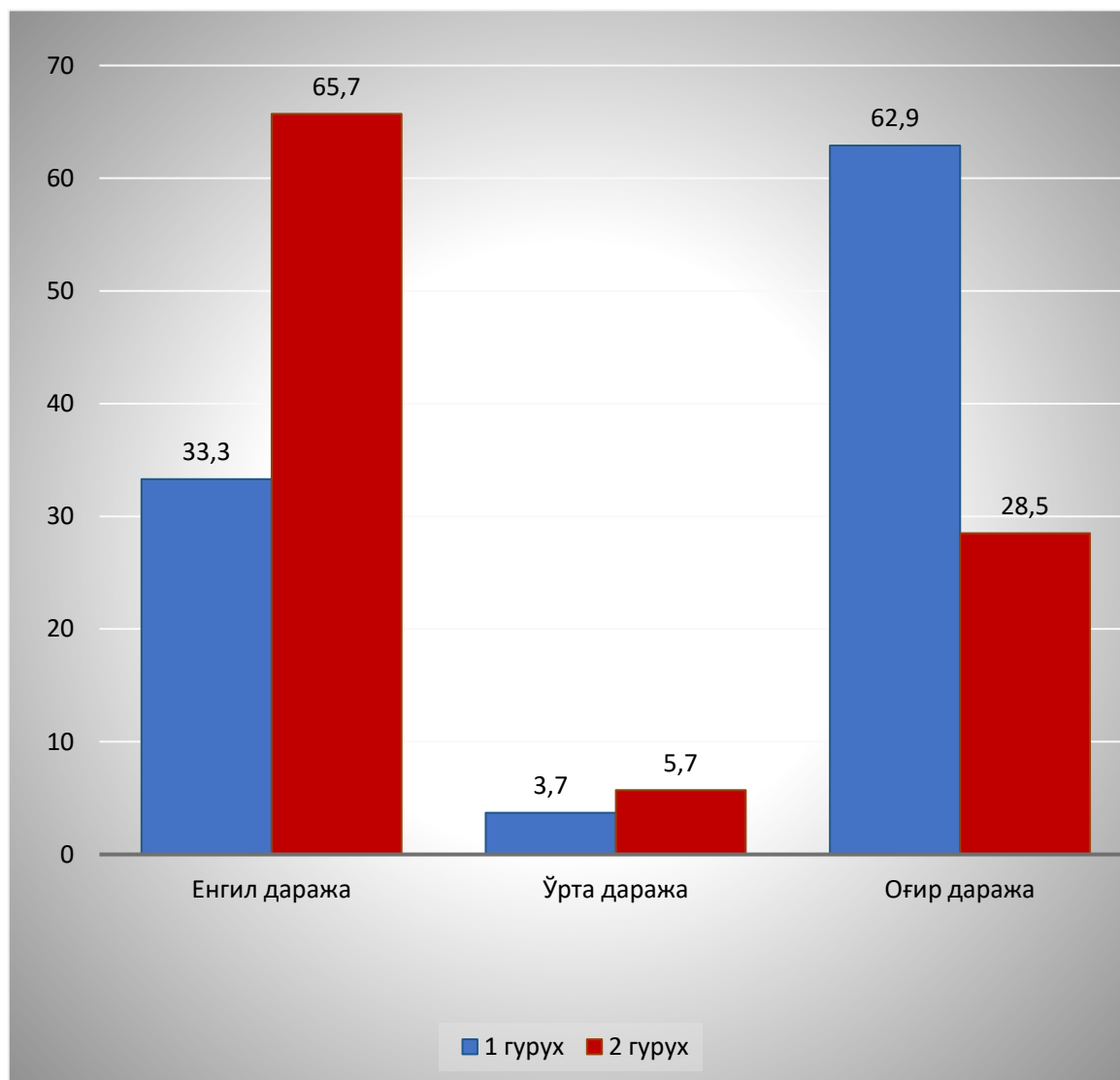
## §3.2. TADQIQOT TEKSHIRUV USULLARINING NATIJALARI

Kranioorbital jarohlarda tashxis qo'yish va davolash qo'shma jaroxatlar darajasi va tuzilishiga bog'liq bo'ladi.

Ko'ruv a'zolari jarohatida davoning funktsional va estetik natijalariga talab yuqori xisoblanadi. Jaroxat ko'z olmasiga, ekstraokulyar muskullarga, burun atrofi sinuslariga, ko'z nerviga yaqin bo'lsa, davolash va reabilitasiya jarayonida bir nechta mutaxassislar (neyroxirurg, neyrooftalmolog, yuz-jag'jarroxi,

otorinolariningolog) ishtirok etishiga to'g'ri keldi.

1-guruxda ko'z jarohatining engil darajasi 9 (33,3%), o'rta darajasi 1(3,7%), og'ir darajasi 17 (62,9%), 2-guruxda engil daraja 69 (65,7%), o'rta daraja 6 (5,7%), og'ir darajagi 30 (28,5%) jarohatlar aniqlandi (3.1-rasm).



**3.1 – rasm. Oftalmologik jarohat darajalari**

Koj olgan bemorlar jarohat mexanizmiga ko'ra o'tkir jarohat bilan 7 bemor (4,4%), kontuziya bilan 125 bemor (95,5%) murojaat qildi. Kontuziya ko'z jarohatlarining yuqori foizni tashkil etib, ularni og'irlik darajalarini taxlil qilishda «ko'z olmasi kontuziyasi» tasnifi (M.K.Komilov, X.M.Mirzaev., 1968) dan foydalanildi. Engil darajadagi kontuziyalar 70 ta bemor (53%), 87 ta ko'z (55,4%), o'rta darajadagi kontuziyalar 10 ta bemor (7,5%), 10 ta ko'z (6,3%), og'ir darajadagi

kontuziyalar 45 ta bemor (34%), 53 ta koʻz (33,7%) da aniqlandi.

Engil darajadagi kontuziyada quyidagi klinik belgilar koʻrindi: qovoq teri ostiga erta qon quyilishi 87 ta (100%), konʻyunktiva ostiga erta qon quyilishi 42 (48 %), qovoq emfizemasi 12 (14 %), qovoqning yuza jarohati (teri - muskul qavati) 7 (8 %) bemorda kuzatildi.

Oʻrta darajadagi kontuziyada orbita, orbita palpebral emfizema 2 ta (20%), qovoqning barcha qavatlarini teshib oʻtuvchi jarohat 2 ta (20%), qovoqning ichki va tashqi burchagidan ajralishi 2 ta (20%), yosh kanalini jarohatlanishi 1 ta (10%), shox parda shishishi, eroziyasi 3 ta (30%), gifema qisman 1 ta (10%), midriaz 8 (80%), toʻr pardani chegaralangan shishishi 4 (40%) tekshirildi.

Neyrooftalmologik simptomlar: oʻrta darajadagi kontuziyadagi jarohatlangan bemorlar guruxiga nisbatan olinganda diplopiya 2 ta (20%), Oftalmoplegiya 2 ta (20%), ptoz 1 ta (10%) 8 anizokoriya (80%), KND dimlanishi 3 ta (30%), KND atrofiyasi 2 ta (20%) aniqlandi. Ogʻir darajadagi kontuziyadagi jarohat olgan bemorlar qovoq teri ostiga, konʻyunktiva ostiga kech qon quyilishi 53 ta (100%), qovoqning, yosh yoʻllarining majaqlanishi 3 ta (6,2%), sklera subkonʻyunktival yorilishi 1 ta (1,8%), gifema 2 ta (3,7%), katarakta 2 ta (3,7%), subtotal gemoftalm 2 ta (3,7 %), Total gemoftalm 2 ta (3,7%), toʻr pardaga qon quyulishi - 2 (3,7%), toʻr pardaning koʻchishi - 2 (3,7 %), koʻruv nervi shikastlanishi 11 ta (20,7%), orbita suyak devorining zararlanishi 50 (94,3%), palpator koʻz olmasi tonusining pasayishi - 1 (1,8%), koʻz olmasi shaklining buzilishi - 1 (1,8%), koʻz olmasining koʻruv nervidan uzilishi - 2 (3,7%) bemorda kuzatildi.

Neyrooftalmologik simptomlar: ptoz 7 ta (13,2%), distopiya 50 ta (94,3%), diplopiya 27 ta (60 %), Oftalmoplegiya 27 ta (50,9 %), anizokoriya 11 ta (20,7 %), KND dimlanishi 6 ta (11,3%), koʻruv nervi uzilishi 2 ta (3,7%) tekshirildi.

Xushida boʻlgan qoʻshaloq - bosh miya va koʻruv azolari zararlangan barcha bemorlar koʻrik vaqtida koʻzlarni qizarishi, «yot jism» hissi, koʻzlaridan yosh oqishi, koʻrish oʻtkirligining pasayishidan, koʻz ogʻrishiga va ikkita koʻrishga shikoyat qilishdi.

Klinik tekshiruv natijalari quyidagicha baholandi (3.8– jadval).

### Koʻz ichki bosimini aniqlash

1 - guruxda 24 bemorda aniqlandi. Oʻrtacha koʻz ichki bosimi (kib) oʻrtacha  $19,8 \pm 0,7$  mm.sim.ust. ni tashkil qildi. Qovoq majaqlanishi bilan 2 bemorda, koʻz olmasini teshib oʻtgan jaroxati bilan 1 bemorda koʻz ichki bosimini oʻlchash imkoniyati boʻlmadi.

2 - guruxda 105 bemorda toʻliq koʻz ichki bosimi aniqlandi. koʻz ichki bosimi (kib) oʻrtacha  $18,5 \pm 0,5$  mm.sim.ust. ni tashkil qildi.

### 3.9– jadval

#### Kranioorbital bemorlarda koʻzni oldingi va orqa qismlarini baholash

| Patologik jarayon nomlari  | I darajali jarohat |     | II darajali jarohat |     | III darajali Jarohat |      |
|----------------------------|--------------------|-----|---------------------|-----|----------------------|------|
|                            | ABS                | %   | ABS                 | %   | ABS                  | %    |
| Qovoq gematomasi           | 87                 | 100 | 10                  | 100 | 53                   | 100  |
| Shox parda shishi          | -                  | -   | 3                   | 30  | 10                   | 18,8 |
| Travmatik midriaz          | -                  | -   | 8                   | 80  | 11                   | 20,7 |
| Travmatik katarakta        | -                  | -   | -                   | -   | 2                    | 3,7  |
| Gifema                     | -                  | -   | 1                   | 10  | 2                    | 3,7  |
| Gemoftalm                  | -                  | -   | -                   | -   | 4                    | 7,5  |
| Toʻr pardaga qon quyulishi | -                  | -   | -                   | -   | 2                    | 3,7  |
| Toʻr parda koʻchishi       | -                  | -   | -                   | -   | 2                    | 3,7  |
| Koʻruv nervi uzilishi      | -                  | -   | -                   | -   | 2                    | 3,7  |
| Orbita siljimagan sinish   | -                  | -   | -                   | -   | 25                   | 47,1 |
| Orbita siljigan sinish     | -                  | -   | -                   | -   | 25                   | 47,1 |

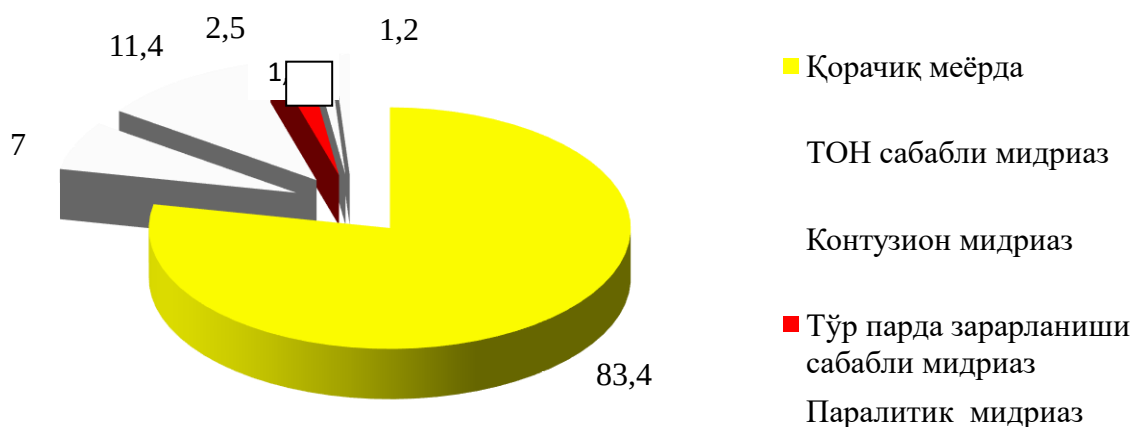
Koj bemorlarni oftalmologik tomondan baholashda qorachiq xolati klinik mezonlardan biri xisoblandi (3.9– jadval). 2 bemorda qorachiq 5-8 mm gacha

kengayib qoldi, yorug‘lik tushushini sezmedi, bir necha xaftadan ,bir necha oygacha davom etdi, lekin pilokarpin tomizilsa toraydi, shu xolati bilan travmatik midriazdan farq qildi. Qorachiq me’yorda 131 (83,4%) bemorda midriaz holati 26 ta bemorda aniqlandi.

### 3.10 – jadval

#### Qorachiq reaksiyasini baholash

| №  | Qorachiq xolati                      | Engil<br>70 ta<br>bemor (87<br>ta ko‘z) |   | O‘rta<br>10 ta<br>bemor (10<br>ta ko‘z) |    | Og‘ir<br>45 ta bemor<br>(53 ta ko‘z) |      |
|----|--------------------------------------|-----------------------------------------|---|-----------------------------------------|----|--------------------------------------|------|
|    |                                      | ABS                                     | % | ABS                                     | %  | ABS                                  | %    |
| 1. | To‘g‘ri reaksiya<br>yo‘qolishi       | -                                       | - | 7                                       | 70 | 19                                   | 35,8 |
| 2. | Xamkorlikdagi<br>reaksiya yo‘qolishi | -                                       | - | -                                       | -  | -                                    | -    |
| 3. | Midriaz                              | -                                       | - | 8                                       | 80 | 19                                   | 35,8 |
| 4. | Mioz                                 | -                                       | - | -                                       | -  | -                                    | -    |
| 5. | Qorachiq noto‘g‘ri<br>shaklda        | 1                                       | 1 | -                                       | -  | 1                                    | 1,8  |



### 3.2. – rasm. Qorachiq o‘lchamining o‘zgarish sabablari

Midriaz holati quyidagi patogenetik sabablarga ko‘ra kuzatildi. Ko‘ruv nervining retrobulbar sohadagi bevosita travmatik optik neyropatiyasidan 11 ta

(7%), ko‘z olmasining kontuziyasidan 7 ta (11,4%), to‘r parda zararlanishi sababli 4 ta (2,5%), ko‘zni harakatlantiruvchi nerv periferik paralichidan 2 ta (1,2%), ko‘zni harakatlantiruvchi nerv Markaziy paralichidan 2 ta (1,2%) holatda aniqlandi (3.2-rasm).

### **Ko‘rish o‘tkirligini tekshirish natijalari.**

Tadqiqotda ishtirok etgan 132 nafar bemordan 6 nafari ko‘rmaslikka, 26 nafari ko‘rishni keskin pasayishiga, 100 bemor ko‘rishni kisman pasayishiga shikoyat qildi (3.11-jadval). Ko‘z olmasi harakatining buzilishiga 1 - guruhda 15 ta, 2 - guruhda okulomotorika qisman buzilishi 10 bemorda kuzatildi. Ikkita ko‘rishga, g‘ilaylik kabi ko‘zdagi kosmetik nuqsonga 27 bemor (20,4 %), shikoyat qilishdi.

### **3.11 - jadval**

#### **Ko‘rish o‘tkirligining darajalariga ko‘ra taxlili**

| Ko‘rsatkichlar             | 1 gurux n=27 |      | 2 gurux, n=105 |      | R      |
|----------------------------|--------------|------|----------------|------|--------|
|                            | abs          | %    | abs            | %    |        |
| Ko‘rishni qisman pasayishi | 15           | 51,9 | 85             | 75,2 | <0,005 |
| Ko‘rishni keskin pasayishi | 9            | 33,3 | 17             | 16,2 | <0,005 |
| Ko‘rmaslik                 | 3            | 11,1 | 3              | 2,9  | >0,005 |

Olgan davo muolajalari guruxiga ko‘ra taxlili: 1 -guruxda 0,9- 2; 0,6- 4; 0,2- 2; 0,06- 4; 0,02- 6; 0,01 dan past 0 (nol) gacha - 11, o‘rtacha ko‘rish o‘tkirligi  $0,2 \pm 0,9$  aniqlandi. 2 - guruxda 0,9- 61; 0,6- 25; 0,2- 14; 0,06- 12; 0,02- 15; 0,01 dan past 0 (nol) gacha 3, o‘rtacha ko‘rish o‘tkirligi  $0,78 \pm 0,85$  (3.12– jadval).

### **3.12 - jadval.**

#### **Ko‘rish o‘tkirligini 1 (29 ta ko‘z) va 2 (128 ta ko‘z)- guruxlarda davolanishdan oldingi tekshiruv natijalari**

| Ko‘rish o‘tkir-ligi | 1 - gurux |      | 2-guruh   |      | R     |
|---------------------|-----------|------|-----------|------|-------|
|                     | Davogacha |      | Davogacha |      |       |
|                     | abs       | %    | abs       | %    |       |
| 1,0 - 0,8           | 2         | 6,8  | 61        | 47,6 | <0,01 |
| 0,7 - 0,4           | 4         | 13,7 | 23        | 19,5 | <0,05 |
| 0,3 - 0,1           | 2         | 6,8  | 14        | 10,9 | <0,05 |
| 0,09 - 0,04         | 4         | 13,7 | 12        | 9,3  | <0,01 |
| 0,03 - 0,01         | 6         | 20.6 | 15        | 11,7 | <0,05 |



|                             |    |      |   |     |       |
|-----------------------------|----|------|---|-----|-------|
| 0,01 dan past 0 (nol) gacha | 11 | 37,9 | 3 | 0,7 | >0,05 |
|-----------------------------|----|------|---|-----|-------|

Ko‘rish o‘tkirligini kontuziya og‘irlik darajalariga ko‘ra taxlili: 1 -guruxda 0,9-63; 0,6- 21; 0,2-1; 0,06-1; 0,02-1; o‘rtacha ko‘rish o‘tkirligi  $0,8 \pm 0,8$  aniqlandi. 2 - guruxda 0,6-2; 0,2-4; 0,06-2; 0,02-2; 3-guruxda 0,6-1; 0,2-9; 0,06-12; 0,02-18; 0,01 dan past 0 (nol) gacha 13, o‘rtacha ko‘rish o‘tkirligi  $0,3 \pm 0,6$  aniqlandi (3.13–jadval). O‘tkir jarohat olgan guruhda ko‘rish o‘tkirligi 0,6-3; 0,2-2; 0,06-1; 0,01 dan past 0 (nol) gacha 1 o‘rtacha ko‘rish o‘tkirligi  $0,3 \pm 0,7$  aniqlandi.

### 3.13 – jadval

#### Ko‘rish o‘tkirligini kontuziya og‘irlik darajalariga ko‘ra taxlili

| Ko‘rish o‘tkirligi  | Engil<br>70 ta bemor<br>(87 ta ko‘z) |      | O‘rta<br>10 ta bemor<br>(10 ta ko‘z) |    | Og‘ir<br>45 ta bemor<br>(53 ta ko‘z) |      |
|---------------------|--------------------------------------|------|--------------------------------------|----|--------------------------------------|------|
|                     | ABS                                  | %    | ABS                                  |    | ABS                                  | %    |
| 0,8-1,00            | 63                                   | 72,4 | -                                    | -  | -                                    | -    |
| 0,4-0,7             | 21                                   | 24,1 | 2                                    | 20 | 1                                    | 1,8  |
| 0,1-0,3             | 1                                    | 1,1  | 4                                    | 40 | 9                                    | 16,9 |
| 0,04-0,09           | 1                                    | 1,1  | 2                                    | 20 | 12                                   | 22,6 |
| 0,01-0,03           | 1                                    | 1,1  | 2                                    | 20 | 18                                   | 33,9 |
| (nol)- pr.in.certae | -                                    | -    | -                                    | -  | 13                                   | 24,5 |

Bosh miya va ko‘ruv azolari qo‘shma jarohatlari darajasi va strukturasi.

Xushida bo‘lmagan holatda, ko‘rish faoliyatini tekshirish qorachiq yorug‘likka reaksiyasi, bilvosita, bevosita oftalmoskopiya bilan kifoyalandi. Bemorlarning ko‘rish o‘tkirligi turlicha: sog‘lom ko‘z – ko‘rish o‘tkirligi o‘zgarishsiz xolatdan, to‘liq ko‘rlik xolatigacha aniqlandi.

Ko‘rish o‘tkirligining pasayishi, to‘r parda va ko‘ruv nervining o‘zgarishlari, ko‘z olmasi lat eyishining har xil darajalari bemorlarda aniqlandi.

To‘mtoq predmet bilan lat eyish darajasi ko‘z ichki suyuqligining ko‘z ichki to‘qimalariga, pardalariga gidrodinamik urilish darajasiga bog‘liq.

Qon tomir parda zararlanadi, vazopatiya, qon quyilish, shish, ko‘z pardalarining yorilishi, Gavxar shikastlanishi, orbita parchalanishigacha boradi.

**Ko‘ruv maydonining tekshiruv natijalari:** Engil darajadagi kontuziyalarda ko‘ruv maydonida o‘zgarish aniqlanmadi. O‘rta darajadagi kontuziyada 40%

bemorlarda periferik ko‘rish maydonida 20 ga torayish aniqlandi. Og‘ir darajadagi kontuziyadagi bemorlarning 7,5% da 20 ga ko‘rish maydonida torayish, 7,5% da 30 ga ko‘rish maydonida torayish, 7,5% da 90 ga ko‘rish maydonida torayish va 2 ta ko‘ruv nervi uzilgan, 2 ta to‘r pardasi ko‘chgan bemorlarda to‘liq amavroz 0 ga ko‘rish maydoni aniqlandi (3.14– jadval). Ko‘rish maydonining summar ko‘rsatkichlari tahlil etilganda, engil darajadagi kontuziyada o‘rtacha  $530 \pm 0,0$ , o‘rta darajadagi kontuziyada  $510 \pm 2,1$ , og‘ir darajadagi kontuziyada  $Z62 \pm 167,5$  (3.15– jadval).

**3.14– jadval**

**Ko‘rish maydonining summar ko‘rsatkichlarida o‘zgarishlari:**

|                                 | Ko‘rish maydoni torayish ko‘rsatkichlari |      |      |     |      |     |      |     |      |     |
|---------------------------------|------------------------------------------|------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
|                                 | 0°                                       |      | 20°  |     | 30°  |     | 90°  |     | 530° |     |
|                                 | ABS                                      | %    | ABS  | %   | ABS  | %   | ABS  | %   | ABS  | %   |
| Engil darajadagi kontuziya n=87 |                                          |      |      |     |      |     |      |     |      |     |
| Davolash-dan oldin              | 87                                       | 100  | -    | -   | -    | -   | -    | -   | -    | -   |
| O‘rta darajadagi kontuziya n=10 |                                          |      |      |     |      |     |      |     |      |     |
| Davolash-dan oldin              | 6                                        | 60   | 4    | 40  | -    | -   | -    | -   | -    | -   |
|                                 | 530°                                     | 60°  | 510° | 40° | -    | -   | -    | -   | -    | -   |
| Og‘ir darajadagi kontuziya n=53 |                                          |      |      |     |      |     |      |     |      |     |
| Davolash-dan oldin              | 37                                       | 69,8 | 4    | 7,5 | 4    | 7,5 | 4    | 7,5 | 4    | 7,5 |
|                                 | 530°                                     | 69,8 | 510° | 7,5 | 500° | 7,5 | 440° | 7,5 | 0°   | 7,5 |

**3.15– jadval**

**Ko‘rish maydonining summar ko‘rsatkichlarda o‘zgarishlari**

| Engil darajadagi kontuziya | O‘rta darajadagi kontuziya | Og‘ir darajadagi kontuziya |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| $530^0 \pm 0,0$            | $510^0 \pm 2,1$            | $Z62^0 \pm 167,5$          |

**Oftalmoskopiya** usuli bilan tekshirganda 131 (99,2 %) bemorda koʻz tubida oʻzgarish topilgan. Shu jumladan, toʻr parda angiopatiyasi 100 ta (75,7%), travmatik angioiretinopatiya 5 (3,7 %) bemorda, koʻruv nervi diskining shishishi – 6 (4,5 %), toʻr pardaning Berlin shishishi - 4 (3 %), koʻruv nervi tolasining qisman zararlanishi - 9 (6,8 %), koʻruv nervi atrofiyasi - 1 (0,8 %) bemorda aniqlandi (3.16– jadval).

### 3.16– jadval

#### Oftalmoskopiya tekshiruv natijalari quyidagicha baholandi

| №  | Optik muxitlar                                  | Engil<br>70 ta bemor<br>(87 ta koʻz) |      | Oʻrta<br>10 ta bemor<br>(10 ta koʻz) |    | Ogʻir<br>45 ta bemor<br>(53 ta koʻz) |      |
|----|-------------------------------------------------|--------------------------------------|------|--------------------------------------|----|--------------------------------------|------|
| 1. | Toʻr pardadagi oʻzgarishlar                     |                                      |      |                                      |    |                                      |      |
| 1) | Toʻr parda<br>angiopatiyasi                     | 60                                   | 68,9 | 8                                    | 80 | 32                                   | 60,3 |
| 2) | Toʻr parda<br>shishi                            | -                                    | -    | -                                    | -  | 4                                    | 5,6  |
| 3) | Toʻr pardaga<br>qon quyilishi                   | -                                    | -    | -                                    | -  | 3                                    | 5,6  |
| 4) | Toʻr parda<br>koʻchishi                         | -                                    | -    | -                                    | -  | 2                                    | 3,7  |
| 2. | Koʻruv nervidagi oʻzgarishlar                   |                                      |      |                                      |    |                                      |      |
| 1) | Koʻruv nervi<br>diski shishi                    | -                                    | -    | -                                    | -  | 6                                    | 11,3 |
| 2) | Koʻruv nervi<br>tolalari qisman<br>zararlanishi | -                                    | -    | -                                    | -  | 9                                    | 16,9 |
| 3) | Koʻruv nervi<br>diski atrofiyasi                | 1                                    | -    | -                                    | -  | -                                    | -    |
| 4) | Koʻruv nervi<br>uzilishi                        | -                                    | -    | -                                    | -  | 2                                    | 3,7  |

**Venoz pulsasiyasi** Umumiy toʻr parda venoz pulsasiyasi 26 bemorda Koʻrildi. 1-guruxda 16 bemorda koʻrilib, venoz pulsasiya 1 sutkada manfiy (-) 14 xolatda, 5 – sutkada 4 xolatda manfiy (-), 10 – sutkada 1 xolatda manfiy (-), 1 oyda tuliq 16 bemorda 100% musbat (+) venoz pulsasiya paydo boʻldi. 2 - guruxda 10 bemorda venoz pulsasiya kuzatuvini olib borildi. Jaroxatdan keyin 1-sutkada 4 bemorda venoz pulsasiya manfiy (-), 5 – sutkada 2 bemorda manfiy, 10

sutkada 100% 10 bemorda musbat venoz pulsasiya paydo bo'ldi. Bosh miyasi chayqalgan 26 bemorda venoz spontan pulsasiyasi aniqlangan. To'r parda Markaziy venasi spontan pulsasiyasi tekshirilgan bemorlarning barchasiga umumiy parentral degidratasion terapiyadan tashqari, og'iz orqali diakarb 250 mg tabletkasi 3 kun 1 mahal ertalab berilgan va bemorlarni asosiy kuzatuv guruxiga kiritilgan. Umumiy parentral degidratasion terapiyadan tashqari diakarb tabletkasi ichgan 26 bemordan 6 tasida 4 - sutkada to'r pardada venoz spontan pulsasiya aniqlangan bo'lsa, 6 - sutkada 41 bemorda spontan pulsasiya aniqlandi. Solishtirma guruxdagi 19 bemor uyiga ketishga ruxsat berilganda ham, ko'z tubi kuzatuvda turdi. Homiladorlikning birinchi yarmidagi dori moddalarga sezuvchan 4 bemorda 15 – kuni ko'z tubida venoz pulsasiya paydo bo'ldi. Ammo buyrak va jigar etishmovchiligi, qandli diabeti bor 50 yoshdan yuqori bemorda 1 oy muddatda ham to'r parda Markaziy vena qon tomir spontan venoz pulsasiyasi aniqlanmadi.

**Ekzooftalmometriya** 50 ta ko'zda (31,8%) bajarildi. Ekzooftalm 49 (31,2 %) ta bemorda aniqlanib, bundan 25 ta (15,9 %) ko'zda orbita devorlari siljimagan sinishi, parabolbar, retrobulbar gematoma xisobiga ko'z olmasi orbitada oldinga siljigan. 24 ta ko'zda (15,2 %) orbita devori suyaklari sinib siljigan, parabolbar va retrobulbar gematoma xisobiga ko'z olmasida ekzooftalm holati aniqlandi. 1 ta (0,75%) holatda enoftalm tekshirildi.

**Optik kogerent tomografiya**-14 ta (10,6%) bemorda o'tkazildi. To'r parda nerv tolalari qavati qalinligi to'r parda Markaziy va periferik qismlarda me'yoriy ko'rsatkichlarga ega ekanligi aniqlandi. Bemorlarning yoshi o'rtacha  $30,1 \pm 9,6$ , ko'rish o'tkirligi  $0,7 \pm 0,2$ . To'r parda foveal soha qalinligi  $197,9 \pm 2,1$ , Markaziy qism qalinligi  $233 \pm 9,8$ , periferik yuqori qismda  $299,5 \pm 4,1$ , pastki qismda  $286,4 \pm 1,4$ , nazal qismda  $315 \pm 2,5$ , temporal qismda  $278 \pm 1,2$  ga tengligi aniqlandi (3.17–jadval).

### 3.17– jadval

#### Optik kogerent tomografiya ko'rsatkichlari

| To'r parda qismlar | Ko'rsatkichlar  |
|--------------------|-----------------|
| o'rtacha           | $398,3 \pm 2,1$ |

|          |           |
|----------|-----------|
| fovea    | 197,9±2,1 |
| Markaziy | 233±9,8   |
| yuqorigi | 299,5±4,1 |
| pastki   | 286,4±1,4 |
| nazal    | 315±2,5   |
| temporal | 278±1,2   |

**Rentgenoskopiyada** burun atrofi bo‘shliqlari o‘lchami, tiniqligi, orbitani gorizontal va vertikal o‘lchamlari orbita devorining butunligi o‘rganildi. Umumiy 59 bemorda (44,7%) o‘tkazilgan.

### **MSKT tekshiruv natijalari**

89 ta (67,4%) bemorlar tekshiruvda aniqlangan natijalar:

Paraorbital gematoma - 25 (15,9%), orbita siljigan sinishi - 25 (15,9 %), orbita siljimagan sinishi - 25 (15.9 %), orbita kombinirlangan sinishi - 19 (14,3%), orbita pastki devori sinishi - 1 (0,75%), orbita tashqi devori sinishi - 2 (1,5%), orbita ichki devori sinishi - 10 (7,5%), orbita yuqori devori sinishi-13(9,8%).

### **MSKT tekshiruvdan ayrim ko‘rinishlar, klinik misol:**

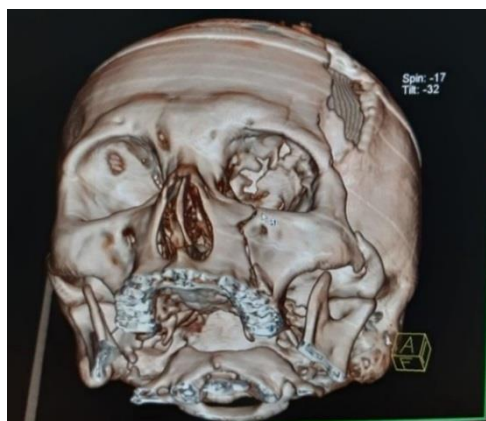


**3.3 - rasm. Bemor Yu.N. 1962 yil. O‘ng yuz, orbita, peshona, yuz soha teri ostida yot jism (oyna sinig‘i).**

Ikkala orbitada sinish 7 ta, kombinirlangan sinish 19 bemorda diagnostika qilindi. Parbulbar, retrobulbar gematoma umumiy 28 ta jarohatlanganlarda topilgan. Ko'ruv nervini retrobulbar soxada shishi 22 bemorda, ko'ruv nervi shikastlanishi - uzulishi 2 bemorda ko'ringan.

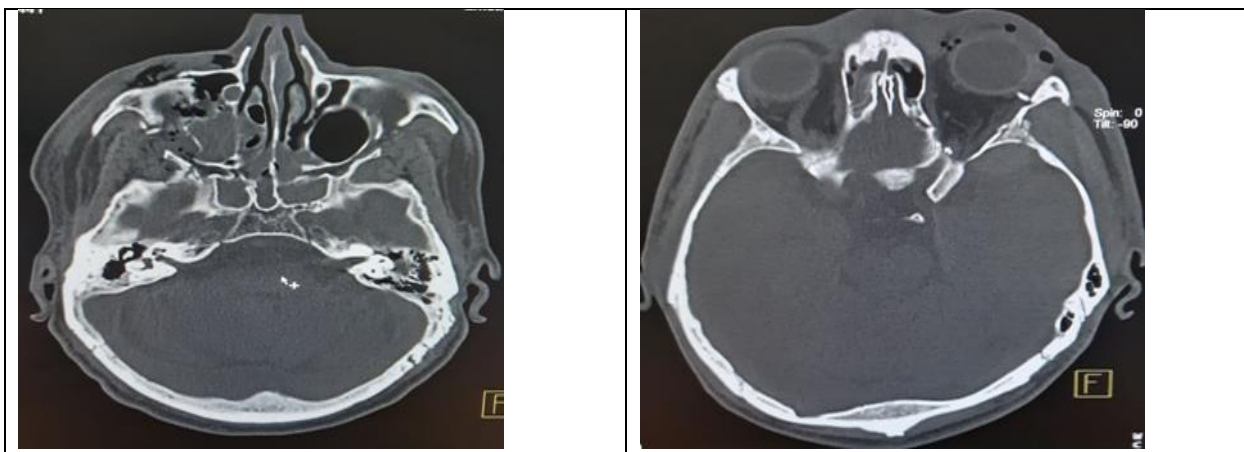
Shoshilinch markazga tez yordamda keltirilgan. Anamnezidan yarim soat avval savdo dukoniga kirayotib, do'kon eshigida artilgan tiniq oyna borligini sezmagan. Oynaga kelib o'zini urgan, oyna singan, Oynani ustiga yuzi bilan yiqilgan. Katta singan o'tkir oyna bo'lagi, o'ng lunj soxadan teri ostiga kirib, yonoq, ko'z, peshona soxagacha etib borgan.

Bemor sopor xolatda, darxol qdb jonlantirish zaliga olib kirildi, og'riq, gemorragik shok xolatdan chiqarish, yurak - qon tomir, nafas sistemasi faoliyatini barqarorlashtirish uchun reanimatolog shugullandi. 10 minutdan so'ng multidissiplinar brigada (neyroxirurg, yuz - jag'jarroxi, LOR Xakim, oftalmolog) tekshiruvdan o'tkazilib, bemor MSKT ga olindi. MSKT da jarohatdagi yot jism topografik aniqlanib, operasiyaga shoshilinch ravishda olindi.



**a) kelgandagi holat b) operasiyadan keyingi holat**

**3.4 - rasm. Yuqoridan tushib ketgan jarohat. Chap ko'z orbita yuqori devori, peshona sohasi suyaklar siljib sinishi. Bosh peshona suyak trepanasiyasi. Peshona suyak botib singan suyaklarni olib tashlash operasiyasidan keyingi holat.**



**3.5- rasm.O‘q otar quoldan jarohatlanish. OD - yuqori va pastki qovoqni teshib o‘tuvchi jarohat. OD - orbita yuqori va pastki devorida yot jism. Yuz, peshona teri osti qismlarida ko‘plab yot jism.**

**UTT V – skaner tekshiruvi** 47 (35,6 %) bemorda o‘tkazilgan. Retrobulbar bo‘shliq emfizemasi 5 ( 3,7 %) bemorda, retrobulbar gematoma - 28 ( 21,2 %), to‘r parda ko‘chishi - 3 ( 2,3 %), ko‘ruv nervi uzulishi - periferik amavroz 2 (1,5 %) bemorda kuzatilgan.

### ***§3.3. KRANIOORBITAL JAROHATLAR TASNIFI***

Kranioorbital jarohatlangan bemoralar tadqiqot davomida o‘rganilganda, orbitadagi jarohatlar joylashishiga ko‘ra har xil ko‘rinishlarda uchradi: orbita 1 ta suyak devorining zararlanishi 26 ta (16,5%), 2 ta devor zararlanishi 14 (8,9%), 3 ta devor zararlanishi 5 ta (3,1%), barcha devorlarini zararlanishi 4 ta (2,5%), orbita cho‘qqisi zararlanishi 2 ta (1,2%) bemorda aniqlandi. 25 ta (15,9%) bemorda orbita suyak devori siljimagan sinishi , 25 ta (15,9%) bemorda orbita suyak devori siljigan sinishi tashxislandi. Bir tomonlama zararlanish 109 bemorda (82,5%), ikki tomonlama zararlanish 23 bemorda (17,4%), shuningdek 13 bemorda (8,2%) yuqori tirqish sindromi tekshirildi. Ko‘ruv nervi lat eyishi 5 ta (3,1%), 9 ta ko‘ruv nervi ezilishi (5,7%), 2 ta (1,2%) bemorda ko‘ruv nervi uzilishi aniqlandi. Yuqoridagilarni xisobga olib,tadqiqot so‘ngida biz tomonimizdan kranioorbital jarohatlar tasnifi taklif etildi:

**I. Orbita devori shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishisiz:**

- a) orbita 1 devorini sinishi, ko‘z olmasi zararlanishisiz;
- b) orbita 2 devorini sinishi, ko‘z olmasi zararlanishisiz;
- v) orbita 3 devorini sinishi, ko‘z olmasi zararlanishisiz;
- g) orbita 4 devorini sinishi, ko‘z olmasi zararlanishisiz;
- D) orbita cho‘qqi qismini sinishi, ko‘z olmasi zararlanishisiz;

**II. Orbita devori shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishi bilan:**

- a) orbita 1 devori shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishi bilan;
- b) orbita 2 devori shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishi bilan;
- v) orbita 3 devori shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishi bilan;
- g) orbita 4 devori shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishi bilan;
- D) orbita devori cho‘qqisini shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishi bilan;

**III. Orbita suyak devorlarining sinib siljishiga ko‘ra:**

- a) orbita suyak devori siljimagan suyak sinishi;
- b) orbita suyak devori siljigan suyak sinishi;

**IV. Bosh miya va orbita suyaklar shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishi bilan:**

- a) Bosh miya va orbita suyaklar shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishisiz;
- b) Bosh miya va orbita suyaklar shikastlanishi, ko‘z olmasi zararlanishi bilan;

**V. Kranioorbital jarohatlarning tomonlarga ko‘ra zararlanishi**

- a) bir tomonlama zararlanishi
- b) ikki tomonlama zararlanish

**VI. Kranioorbital jarohatlar yuqori tirqish sindromiga ko‘ra:**

- a) Kranioorbital jarohatlar yuqori tirqish sindromisiz;
- b) Kranioorbital jarohatlar yuqori tirqish sindromiga bilan;

**VII. Kranioorbital jarohat ko‘ruv nervini zararlanishiga ko‘ra:**

- a) Kranioorbital jarohat ko‘ruv nervini zararlanishisiz;
- b) Kranioorbital jarohat ko‘ruv nervini zararlanishi bilan:
  - 1) ko‘ruv nervi lat eyishi;



2) ko‘ruv nervi ezilishi;

3) ko‘ruv nervi uzilishi

Kranioorbital jarohatlar tasnifi xaqidagi ma’lumotlar «O‘zbekistonda ilmiy tadqiqotlar: davriy anjumanlar:» mavzusidagi respublika 46-ko‘p tarmoqli ilmiy masofaviy onlayn konferentsiya materiallari to‘plami, 30 noyabr 2022 yil sonida tezis shaklida, shuningdek O‘zbekiston Respublikasi Oliy attestasiya komissiyasining dissertasiyalari asosiy ilmiy natijalarini chop etish tavsiya etilgan ilmiy nashriga kiritilgan «Art of Medicine International Medical Scientific Journal». -USA , 2021.Journals, -Vol. 3. sonida maqola orkali bayon etildi.

Kranioorbital jarohatlarining eng ko‘p qismini 104 ta (78,7%) 18 yoshdan 50 yoshgacha bo‘lgan mehnat qobiliyatiga ega bo‘lgan yoshdagi aholi tashkil etib, bu oilada, jamiyatda muxim ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega masaladir.

Kranioorbital jarohatlarida umumiy tadqiqotdagi erkaklarning ulushi ayollarga nisbatan ancha yuqori bo‘lib, mos ravishda 71,2% va 28,8% ni tashkil etdi. Bu turdagi jarohatlanishlarga olib keladigan eng ko‘p sabablardan biri yo‘l-transport hodisasidir – 31,8%, maishiy sharoitda jarohatlanish - 25%, kriminal xolatlar 36,3% ni tashkil etdi.

Kranioorbital qo‘shma jarohatlarida orbita suyak devorlarini sinishida eng ko‘p ulush kombinirlangan yani 2 va undan ortik orbita suyak devorlarini sinishi 19 (14,3%), orbita yuqori devor sinishi 13 (9,8%) to‘g‘ri keldi. Bundan tashqari ichki devor sinishiga 10 (7,2%) ,tashqi devor sinishi 2 (1,5%), pastki devor sinishi 1 (0,7%) aniqlandi. Tashqi va pastki orbita suyak devorlarining sinishini kam kuzatilgani yonoq suyagining mustaxkamligi bilan tushuntiriladi.

Ko‘ruv azolari va qo‘shma bosh miya jarohatlarining 132 ta umumiy sonidan 64 tasida (48,4 %) bosh miyaning chayqalishi kuzatildi.

Yuqorida keltirilgan mezonlar bo‘yicha eng og‘ir darajadagi bemorlar xayoti xavf ostidagi bemorlar xisoblanib, xayotiy ko‘rsatmalariga binoan, avvaal reanimatolog shug‘ullandi, umumiy axvoli stabillashgandan keyin, 1 - guruxda operativ, konservativ kompleks oftalmologik tibbiy malakali yordam ko‘rsatildi. 2-guruxga konservativ muolajalar olib borildi.

## ***XOTIMA***

Adabiyotlar ma'lumotiga ko'ra, orbita jarohatlarining 85% stasionar davo ta'lab etadi [2]. Bizning tadqiqotimizda orbita jarohati bilan 100 % bemorlar stasionar davoga muxtoj bo'ldi. Bosh miya jarohatlari tarkibida kranioorbital jarohatlar 11,4% ni, ko'ruv nervini zararlanishi 0,5 -5% gacha tashkil etgan [72, 77, 104, 111]. Tadqiqotimiz jarayonida bosh miya jarohatlari tarkibida kranioorbital jarohatlar 12,9% ni, ko'ruv nervining zararlanishi 1% ni tashkil etdi. Adabiyotlarda kranioorbital jarohatlarda erkaklar bilan ayollarning jarohat olish nisbati 82: 18. Eng yuqori ko'rsatkich bilan kriminal holatlar 37,1%, avtohalokatlar 34% tekshirilgan [72 ]. Tadqiqotimizda kranioorbital jarohatlarda umumiy tadqiqotdagi erkaklarning ulushi ayollarga nisbatan 71,2% va 28,8% ga to'g'ri keldi. Bu turdagi jarohatlanishlarga olib keladigan eng ko'p sabablardan biri yo'l-transport hodisasi – 31,8%, maishiy sharoitda jarohatlanish - 25%, kriminal xolatlar - 36,3% xolatlarda uchradi. Kranioorbital jarohatlarining eng ko'p qismini (65,9%) 18 yoshdan 55 yoshgacha bo'lgan mehnat qobiliyatiga ega bo'lgan aholi tashkil etib, bu oilada, jamiyatda muxim ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega masaladir.

Adabiyotlarda engil darajadagi kontuziyalar 16,6%, o'rta darajadagi kontuziyalar 28,1%, og'ir darajadagi kontuziyalar 8,4% tashkil etdi. Neyrooftalmologik simptomlar: qovoq shishi, gematomasi 224 (62,9%), subkonyunktival qon kuyilish 208 (58,4%), ko'z olmasi distopiyasi 38,5%, ko'z olmasi harakatini buzilishi 41,6%, diplopiya 30,1% aniqlangan [72]. Tadqiqotimizda engil darajadagi kontuziyalar 70 ta bemor (53%), 87 ta ko'z (55,4%), o'rta darajadagi kontuziyalar 10 ta bemor (7,5%), 10 ta ko'z (6,3%), og'ir darajadagi kontuziyalar 45 ta bemor (34%), 53 ta ko'z (33,7%) da aniqlandi. Engil darajadagi kontuziyada quyidagi klinik belgilar ko'rindi: qovoq teri ostiga erta qon quyilishi 87 ta (100%), kon'yunktiva ostiga erta qon quyilishi 52 (59,7%), qovoq emfizemasi 1 (0,6%), qovoqning yuza jarohati (teri - muskul qavati) 8 (9,1%) bemorda kuzatildi.

Adabiyotlarda bemorlarni oftalmologik, neyrooftalmologik tekshiruvlar hajmini o'tkazishda, bemorning umumiy holatini belgilovchi Glazgo shkalasi xisobga olingan [72, 77]. Lekin aniq ko'rsatmalar, qarshi ko'rsatmalar ishlab

chiqilmagan. Tadqiqotimizda tashxislash jarayonini yanada takomillashtirib, oftalmolog tomonidan o'tkaziladigan tekshiruvlar hajmiga absolyut va nisbiy qarshi ko'rsatmalar, oftalmologik, neyrooftalmologik tekshiruvlar hajmini, tashxislash va davolash algoritmini ishlab chiqdik va tavsiya etdik.

Adabiyotlarga ko'ra oftalmoskopiya usuli bilan tekshirganda 145 (40,7%) bemorda ko'z tubida o'zgarish topilgan. Shu jumladan, travmatik angiretinopatiya 74 (20,7%) bemorda, ko'ruv nervi diskining shishishi – 31 (8,7%), to'r pardaning Berlin shishishi - 4 (1,1%), ko'ruv nervi tolasining qisman zararlanishi - 4 (1,1 %), ko'ruv nervi atrofiyasi - 1 (0,3%) bemorda aniqlandi [72, 77]. Tadqiqotimizda oftalmoskopiya usuli bilan tekshirganda 131 (99,2%) bemorda ko'z tubida o'zgarish topilgan. Shu jumladan, to'r parda angipatiyasi 100 ta (75,7%), travmatik angiretinopatiya 5 (3,7%) bemorda, ko'ruv nervi diskining shishishi – 6 (4,5%), to'r pardaning Berlin shishishi - 4 (3%), ko'ruv nervi tolasining qisman zararlanishi - 9 (6,8%), ko'ruv nervi atrofiyasi - 1 (0,8%) bemorda aniqlandi. Yuqoridagilardan ko'rinib turibdiki, bizning tadqiqotimizda, to'r parda angipatiyasi xam 75,7% ko'rsatkich bilan aniqlangan, to'r parda angiretinopatiyasi 24 barobar kam aniqlangan.

Xorijiy va xammualliflar tadqiqotiga ko'ra, orbita, ko'ruv nervi sohalarni eng yaxshi, aniq ma'lumot beruvchi noinvaziv tekshiruv usuli, ahamiyati haqida ma'lumotlar berilgan [ 77. 153]. Tadqiqotimizda asosan MSKT tekshiruvidan foydalandik. MSKT tekshiruvini afzalligi, tekshiruv vaqtining qisqaligi, 60 sekund davomida orbita holati to'g'risida to'liq ma'lumot olinadi.

MRT tekshiruviga orbita haqida to'lik ma'lumot olish uchun o'rtacha 20-30 min vaqt ketadi. Shoshilinch tizimda tashxislashga ketgan xar bir soniya bemor hayoti uchun xavfli xisoblanadi, shuning uchun shoshilinch tizimda eng qulay nur vizualizasiya tekshiruv usuli MSKT xisoblanadi. MSKT tekshiruvini bemor uchun noqulay tomoni MRT tekshiruviga nisbatan bemor ko'proq nurlanadi, shuning uchun xomilador ayollarga MSKT tekshiruvi o'tkazilmagan.

2009 yili V.P. Nikolaenko, Yu. S. Astaxov rus oftalmolog olimlari tomonidan orbita sinishlarining epidemiologiyasi va tasnifi ishlab chiqilgan. Biz orbitani o'ta

murakkab strukturaga ega ekanligini, orbitada bosh miya va ko'ruv a'zolari o'zaro uzviy bog'langanligini xisobga olib, kranioorbital jarohatlar tasnifini modifikatsiya qildik. Tasnifda bosh miya jarohati, ko'z olmasi, ko'ruv nervi zararlanishlari ifodalangan.

Adabiyotlarga ko'ra, orbita sinishlari yuz o'rta qismining eng ko'p tarqalgan jarohatlaridan biridir. Orbita 1 ta suyak devori sinishi 35-40%, orbita 2 ta suyak devori sinishi 30 - 33% , 3 ta suyak devori sinishi 15-20%, 4 ta devori sinishi 5-10% aniqlangan [93, 147]. RSHTYOIM Farg'ona filialida 132 ta shikastlanganlar tekshirilganda. orbita 1 ta suyak devorining zararlanishi 26 ta (16,5%), 2 ta devor zararlanishi 14 (8,9%), 3 ta devor zararlanishi 5 ta (3,1%), barcha devorlarini zararlanishi 4 ta (2,5%), orbita cho'qqisi zararlanishi 2 ta (1,2%) bemorda aniqlandi. 21 ta (13,7%) bemorda orbita suyak devori siljimagan sinishi, 24 ta (15,2%) bemorda orbita suyak devori siljigan sinishi tashxislandi. Bir tomonlama zararlanish 109 bemorda (82,5%), ikki tomonlama zararlanish 23 bemorda (17,4%), shuningdek 13 bemorda (8,2%) yuqori tirqish sindromi tekshirildi. Ko'ruv nervi lat eyishi 5 ta (3,1%), 9 ta ko'ruv nervi ezilishi (5,7%), 2 ta (1,2%) bemorda ko'ruv nervi uzilishi aniqlandi.

RSHTYOIMFF da 2015-2021 yillar orasida bosh miya va ko'ruv a'zolari qo'shma jarohatlari 132 bemor kuzatilib, undan 64 ta bemorda (48,4%) kishida bosh miyaning chayqalishi aniqlandi.

Tadqiqotimizda kranioorbital jarohatlar strukturasida ko'z kosasi devorlarining sinishi 34% ni tashkil etdi. Orbita devorining sinishida eng katta ko'rsatkich orbita devorlarining kombinirlangan sinishiga, undan keyingi ulush yuqori devor, keyingi ulush medial devori, keyin tashqi va pastki orbita devorlari sinishiga to'g'ri keldi. Orbita kombinirlangan , yuqori devor sinishida oftalmolog asosan neyroxirurg bilan birgalikda davo muolajalarini olib bordi. Tadqiqotda bunday xolatlar umumiy 32 bemorda aniqlanib, bundan 9 ta bemorda operativ davo, yani orbita yuqori devori sinib siljigan suklarini bosh peshona suyagidan trepanasiya qilib kirilib, rezektsiya-botib singan suyak bo'laklarini ko'z olmasi, ko'ruv nervi ustida olib tashlash,xamda yuqori devorni plastika qilib tiklash operatsiyalari

o'tkazildi. Qolgan 23 bemorlarning, subektiv, obektiv, klinik, instrumental tekshiruv natijalari xulosalanib, operativ davoga ko'rsatma aniqlanmagani uchun, shoshilinch neyroxirurgiya bo'limida neyroxirurgik va oftalmologik konservativ davo muolajalarini oldilar. Orbita medial devorini sinishi 10 ta bemorda aniqlanib, bundan 1 bemorda otorinolaringolog tomonidan singan burni to'g'irlandi, qolgan 9 bemor qo'shaloq bosh miya jaroxati, ko'z jaroxati bo'lgani sababli konservativ davo muolajalarini oldilar.

Oxirgi o'n yillikda bosh miya jaroxatlari o'tkir davrida, ko'ruv azolari zararlangan bemorlarni davolashda jarohatlanganlarga malakali multidissiplinar brigada yordamida tez tibbiy yordam ko'rsatishni yaxshilanishi, ko'z jarohatlarini davolashda erishilgan bir qator ilmiy-amaliy yutuqlarni amaliyotga tadbiq etilishi imkoniyatini yaratmoqda.

Orbita suyaklarining sinishi va siljishida repozisiya bajarilishi optimal muddatlari 1-2 sutkani tashkil etib, ushbu davrda travmatik kasalliklar patogenezi ijobiy kechishini ta'minlaydi. Bunda travmatik kasalliklarni asoratsiz kechish salmog'i eng yuqori - 81,7%, asoratli kechishi esa eng kam 3,7 % ni tashkil etadi va operatsiyalarni amalga oshirish taktikasida bir tomondan o'ta jarrohlik faolligi (stasionarga tushishi bilan) va ikkinchi tomondan esa uni asossiz kechiktirish (10 sutkadan keyin) o'zini oqlamasligini tasdiqlovchi dalil bo'lib hizmat qilishi aniqlandi.

Qo'shma jarohatlarda tananing turli sohalaridagi aralash shikastlanishlarning turli ko'rinishdaligi, ulardagi jarayonlarning o'zaro og'irligini ko'p xilligi, bosh miya va ko'ruv a'zolari qo'shma jarohatlarida davolash taktikasini oqilona tanlashni chegaraladi. Shikastlanganlar holati og'irligi yuz va ko'z sohasini shikastlanishi bilan emas, balki tananing turli sohalaridagi jarohatlanishlarga qarab aniqlandi. Shikastlanib tirik qolganlarni shifoxonadagi davolanish kunlari o'rtacha 1 - guruxda 7,4; 2-guruxda 5,2 sutkani tashkil etdi.

Jarohatdan keyin konservativ va jarrohlik usullarida davolashni o'z vaqtida bajarilishi biologik ko'rsatkichlarini tez me'yorga tushishiga va shikastlanganlar organizmini uzoq muddatli adaptasiya fazasiga o'tishiga olib keldi.

Oxirgi o'n yillikda shikastlanganlarga shoshilinch tibbiy yordamni tashkil etishni takomillashishi va amaliyotga eng yangi innovasion ilmiy - amaliy yutuqlarni, zamonaviy tashxislash va davolash texnologiyalarini keng tadbqiq etilishi, shu jumladan yuz va jag'lar sohasi jarrohligida eng qulay jarrohlik usuli va davolash taktikalarini qo'llanilishi natijasida asoratlarni rivojlanish darajasini 2 marta, pnevmoniya asorati rivojlanishini 2 marta, yiringli - infeksiyon asoratlarini - 3,4 marta, o'rin kunlari muddatini 2 martagacha qisqartirilishiga erishildi.

Bosh miya va ko'z qo'shma jarohatlarini davolashda eng muhim taktik vazifa, bu rekonstruktiv operatsiyani bajarishga bo'lgan ko'rsatma bilan shikastlanishni og'irlik holati o'rtasidagi to'g'ri nisbatni, ya'ni shikastlanganlarga xavf tug'dirmagan holda amalga oshirishdan iborat. Ushbu holat tadqiqot kuzatuv tahlilidan ma'lum bo'ldiki, tezkor operativ va konservativ davo, hayotiy muhim a'zolar va gomeostaz faoliyatini to'liq me'yorlashuvini juda erta amalga oshishini ko'rsatdi. Yiringli – septik asoratlar kamayishiga patogenetik qaralganda, peshona - ko'z strukturasi anatomik jihatidan qayta tiklanganida, likvoreyani 1% gacha kamaytiradi, bu esa jarohat o'rnida entsefalit, meningit kabi asoratlarni oldini oladi [77, 78]. Endogen intoksikasiya va to'liq efferent faollikni jilovlab turuvchi suyaklar bo'laklarini mustahkam fiksasiyalanishi, bir qator gipostatik asoratlarni oldini olish bo'yicha shikastlanuvchini faollashuviga, davolash diagnostik tadbirlarni olib borishga va davolash natijalarini yaxshilashiga olib keldi.

Og'irlik holatini ob'ektiv baholash bosh va ko'z qo'shma jarohatlarini davolash taktikasini optimallashtirdi. U rekonstruktiv operatsiyalarni erta bajarilishi bilan xarakterlanadi: uning o'rtacha bajarish muddati 1 sutkani tashkil qildi. Tadqiqotga kirgan 132 bemorni, og'irligi, jarohat asorati, tiklanish davriga qarab, shoshilinch markazdan javob berilgandan so'ng xam, bemorlarni oftalmologik ko'rsatkichlari klinik kuzatuvda bo'ldi, tibbiy reabilitasiya, mexnat reabilitasiyasi, professional reabilitasiya, ruxiy reabilitasiya muolajalari, tavsiyalar olib borildi. Kuzatuv muddati jarohat darajasiga qarab belgilandi.

1-guruxda engil darajadagi bemorlarni shoshilinch neyroxirurgiya bo'limidan ruxsat berilgandan so'ng, 1 yil muddat davomida, o'rta darajadagi jarohatlangan

bemorlar 2 yil davomida, og‘ir darajadagi bemorlar 3 yil davomida kuzatish rejalashtirildi va shu asosda bajarildi. Etiborga molik bo‘lgan holatlardan ekzoftalm, diplopiya, ko‘z harakatining cheklanishi, periferik g‘ilaylik simptomlarining yo‘qolishi, retrobulbar qismdagi gematoma hajmiga, singan orbita devorining soniga, orbita suyaklarini sinib siljish o‘lchamiga, ko‘zni harakatlantiruvchi nervlar, muskullar shikastlanishiga, bosh miya jarohati darajasiga, bemorning yoshiga, ruhiy holatiga, xamrox kasalligiga uzviy bog‘liq bo‘ldi. Orbita suyaklari siljimagan sinishida 8-10 sutkalarda ekzoftalm belgisi kamaydi. Orbita suyaklari sinib siljishida, orbita botib singan devorini rezektsiyasidan keyingi xolatlarda, 1 oy muddatgacha, ekzoftalm saqlanib turdi.

2-guruxda engil darajadagi bemorlar 1 yil muddat, o‘rta darajadagi bemorlar qorachiq midriaz xolatini xisobga olgan xolda, 2 yil davomida, og‘ir darajadagi shikastlarda 3 yil davomida kuzatildi.

Jarrohlik amaliyoti o‘tkazilgan bemorlarning engil darajadagi shikastlanish mexanizmi ko‘proq 70% xolatlarda o‘tkir jarohatlar tashkil etgan bo‘lsa, engil darajadagi umumiy va maxalliy konservativ davo olgan 2-gurux bemorlarning shikastlanish sababi 100% xolatlarda, to‘mtok shikastlanishlarga to‘g‘ri keldi.

Reabilitasiya davrida asosiy etibor, ko‘rish funktsiyasini tiklanishiga, kosmetik defektlarga qaratildi. Bemorlarga engil ko‘zni xarakatlantiruvchi mashqlar bajarish, orbita suyaklari singan bemorlarda iloji boricha burun bo‘shlig‘ida bosimni oshirmaslik uchun, aksa urmaslik, burunni qoqmaslik buyurildi.

Umumiy olganda, 132 ta bemordan 121 tasida (91,6%) sog‘ayish, 5 bemorda (3,7%) yaxshilanish, 4 bemorda (3%) kompleks davo natijalari o‘zgarishsiz, 2 bemorda (1,5%) og‘irlashish bilan yakunlandi. O‘z vaqtida ko‘rsatilgan sifatli kvalifikatsiyali yordam, jarohat o‘tkir, o‘tkir osti, reabilitasiya davrlaridagi uzluksiz davo va kuzatuvlarga qaramasdan, og‘ir darajadagi ko‘z olmasi jaroxatlari: 2 bemorda ko‘ruv nervi uzulishi, 2 bemorda to‘r parda ko‘chishi xolatlarida ko‘rish qayta tiklanmadi. Sababi jarohat nozik tuzulishga ega bo‘lgan to‘r parda, o‘ta murakkab strukturaga ega bo‘lgan ko‘ruv nervini chuqur zararlashi bilan izoxlandi. Bosh miyasi to‘qimasiga qon quyilgan, miya ichi gematomasi bor 2 bemorda ko‘rish



funktsiyasi yomonlashdi, umumiy axvoli og'irlashdi.

Uzoq muddatli klinik kuzatuvimizni olib borishda, bemorlar bilan bog'lanishda, Farg'ona viloyati, Farg'ona vodiysida shoshilinch tizim tarkibiga kirgan, aholi joylashish, ko'chalar strukturasini yaxshi bilgan, tez yordam bo'limi, oilaviy poliklinikalar, patronaj xamshiralar, maxalla komiteti, xotin - qizlar bo'limi xodimlari yaqindan yordam berdilar.

## ***XULOSA***

«Bosh miya jarohatlari o'tkir davrida ko'ruv a'zolari zararlanishining klinik diagnostikasi va davolash usullarini takomillashtirish» mavzusidagi falsafa doktori (PhD) dissertasiyasi bo'yicha olib borilgan tadqiqotlar natijasida quyidagi xulosalar taqdim etildi:

1. Ko'rikdan o'tkazilgan bosh miya jarohatlarini olgan 1023 ta bemorlar orasida 132 ta bemorda (159 ta ko'z) qo'shma kranio - orbital jarohatlar (koj) mavjudligi aniqlangan, bu esa 12,9% ni tashkil qildi. Qo'shma kranio - orbital jarohatlarda ko'ruv a'zosi zararlanish mexanizmiga ko'ra, teshib o'tgan jarohatlar 7 ta ko'zda (4,4%), kontuziyalar esa 152 ta ko'zda (95,5 %) aniqlandi. Bu esa, qo'shma kranio - orbital jarohatlarda ko'ruv a'zosini kontuziyasi teshib o'tgan jarohatlarga nisbatan 21,7 barobar ko'proq uchrashini ko'rsatdi. Ko'ruv a'zosini kontuziyasi zararlanish darajasiga ko'ra, engil darajadagi jarohatlar 87 ta ko'zda (55,4 %), o'rta darajadagi 10 ta ko'zda (6,3 %), og'ir darajadagi kontuziyalar esa 53 ta ko'zda (33,7 %) aniqlandi.

2. Kranio-orbital jarohatlanishning o'tkir davrida orbita sohasini rentgen nurlari yordamida tekshirish natijasida nurlanish hajmini me'yordan oshirmaslik (0,8-2mzv) va yuqori informativlikni (99,7%) ta'minlash maqsadida yupqa kesimli (0,625 mm) MSKT tekshiruvini erta davrda o'tkazish jarohatlar hajmi va turini o'z vaqtida aniqlab, erta ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatish samaradorligi nurlanish hajmini me'yordan oshirmagan holda 74% oshishi aniqlandi.

3. Kranio-orbital jarohatlanishning o'tkir davrida bemorlarni standart, maxsus oftalmologik, klinik-funksional hamda instrumental tekshiruvlar o'tkazish ko'rsatmalari va ularning xajmini aniqlashda bemor umumiy holatining og'irligi (Glazgo shkalasi bo'yicha xushyorlik darajasi)ga ko'ra ilk bor oftalmologik tekshiruvlar hajmi belgilanib tashxislash algoritmi ishlab chiqildi va klinik amaliyotga joriy etildi.

4. Kranio-orbital jarohat olgan bemorlarda erta kompleks davodan so'ng ko'rish o'tkirligi 64,1% ko'zda tiklandi, diplopiya 13,8 % dan 12,6% ga, ekzoftalm

30,8 % dan 23,8% ga, qisman Oftalmoplegiya 13,8% dan 12,6% ga, bevosita travmatik optik neyropatiya 6,9% dan 5,6 % ga yaxshilandi.

5. Kranio-orbital jarohatning erta davrida kelgan bemorlarga dastlabki 2 soat ichida bir bosqichli multibrigada yordamini tashkil kilinib, rekonstruktiv, repozitiv jarrohlik muolajalari o'tkazilganda, asoratlar kelib chiqish extimoli 0,6% ni tashkil qildi, shuningdek differentsiallashtgan davolash, olib borish algoritmi ishlab chiqilganligi va ushbu algoritmnini qo'llash yuqori iqtisodiy samaradorlikka - koyka kun va vaqtincha mehnatga layoqatsizlik muddatlarini keskin qisqarishiga va byudjet mablag'laridan har bir bemor uchun 2377817 so'mni tejatishiga olib kelishi bilan izohlandi.

1. Kranioorbital jaroxatlar olgan bemorlarga oftalmologik tekshiruv usullarini o'tkazishga absolyut va nisbiy qarshi ko'rsatmalar aniqlandi. Unga ko'ra, absolyut qarshi ko'rsatmalar deb, quyidagi xolatlar belgilandi - nostabil gemodinamika, davom etayotgan qon ketish, nafas olishning og'ir buzilishi. Nisbiy qarshi ko'rsatmalar deb, quyidagi holatlar belgilandi - alkogol mastlik holati, og'ir psixo-emosional buzilishlarni xisobga olish tavsiya etiladi.

2. Kranioorbital jaroxatlarning o'tkir davrida bemorlarni erta tashxislash va davo choralarini differentsial tarzda olib borish uchun algoritm ishlab chiqilgan. Ushbu algoritmni qo'llash natijasida asoratlar kelib chiqish extimoli dastlabki 2 soat ichida yordam ko'rsatilganda 0,6% ni tashkil qilgan, dastlabki 24 soat ichida 3,2%, 48 soat ichida 21% ga ortishi sababli, bemor umumiy holatini xisobga olgan holda, bosh miya jarohatlari o'tkir davrida ko'ruv a'zolari zararlangan bemorlarga asoratlar ko'rsatkichini kamaytirish uchun, jarohatdan keyin maksimal 2 soat ichida tezkor kvalifikatsiyali kompleks tibbiy davo muolajalarini o'tkazish tavsiya etiladi.

3. Kranioorbital jarohatlardagi ilk marotaba kranioorbital jarohatlar tasnifi ishlab chiqilganligi hamda koj o'tkir davrida orbita soxasini yupqa kesimli (0,625 mm) MSKT tekshiruvini erta davrda o'tkazish jarohatlar hajmi va turini 60 soniya ichida aniqlab, erta ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatish samaradorligi (nurlanish hajmini me'yordan oshirmagan holda) oshirish maqsadida tavsiya etiladi.

4. Kranioorbital jarohatlanishning o'tkir davrida bemorlarni standart, maxsus oftalmologik, klinik-funksional hamda instrumental tekshiruvlar o'tkazish ko'rsatmalari va ularning xajmini aniqlashda bemor umumiy holatining og'irligi (Glazgo shkalasi bo'yicha xushyorlik darajasi)ga ko'ra oftalmologik tekshiruvlar hajmi tavsiya etiladi.

### ***FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI***

1. Agzamova S.S. Sovershenstvovanie oftalmologicheskoy pomotshi pri skuloorbitalnix travmax // Sbornik tezisov. – Tashkent, 2021. – S. 21.
2. Andrianova A. V. Kliniko-instrumentalnie kriterii ekspertnoy otsenki tyajesti vreda zdorovyu pri travmax orbiti. //Avtoreferat k.m.n.-Moskva, 2016. - 22 s.
3. Alyabev M. V. Otsenka immunnogo statusa pri otkritix travmax glaza i pervichnix otsloykax setchatki na fone ochagovoy paraokulyarnoy infektsii. Avtoreferata k.m.n.-Sankt-Peterburg, 2012. – 16 s.
4. Bazarbaeva Ch.S. Morfologicheskaya xarakteristika regeneratornix prosessov pri travmaticheskix povrejdeniyax zritel'nogo nerva v usloviyax primeneniya kortikosteroidov. Avtoreferata k.m.n.-Novosibirsk, 2006. – 7 s.
5. Bakushev A.P. Xirurgicheskoe lechenie pasientov s izolirovannimi povrejdeniyami stenok glaznis. Dissertasii k.m.n.-Moskva., 2016. – 122 s.
6. Bakushev A.P. Xirurgicheskoe lechenie pasientov s izolirovannimi povrejdeniyami stenok glaznis. Avtoreferata k.m.n.-Moskva, 2016. – 22 s.
7. Balarev A.Yu. Nizkointensivnoe Infrakrasnoe lazernoe izluchenie v kompleksnom lechenii rannix vospalitelnix oslojneniy pri povrejdenii perednego otrezka glaza. Avtoreferata k.m.n.- Moskva, 2006. – 13 s.
8. Baxritdinova F.A., Akshay Kxera, Arnopolskaya D.I. Nash perviy opit vitreoretinalnoy xirurgii u bolnix s proliferativnoy diabeticheskoy retinopatiey. //Sbornik tezisov. Tashkent, 2021, - S. 48-51
9. Belchenko V.A. Cherepno-lisevaya xirurgiya: Rukovodstvo dlya vrachey. – Moskva, 2006. - 340S.
10. Beslaneeva M.B. Antioksidantnaya terapiya vnutriglaznix krovoizliyaniy pri travmax glaz u detey. Avtoreferata k.m.n.-Moskva, 2010.-28 s.
11. Bessonova L.A. Primenenie Adgelona pri travmaticheskix porajeniyax rogovoy obolochki. Avtoreferata po k.m.n.Sankt-Peterburg, 2010.- 87 s.

12. Belous. I.M. Biometricheskie aspekti xirurgicheskoy taktiki kompleksnogo lecheniya sochetannoy travmi chelyustno-lisevoy oblasti. Avtoreferata k.m.n.- Moskva, 2006. – 26 s

13. Bilalov E.N. Kliniko-patogeneticheskie aspekti razvitiya pterigiuma i Razrabotka algoritmov ego lecheniya. Avtoreferat D.m.n.Tashkent, 2010.- 26 s .

14. Bogdanov G.S. Opticheskaya kogerentnaya tomografiya v kompleksnoy otsenke tsiliarnogo tela i struktur ugla peredney kameri pri kontuzionnix povrejdeniyax glaznogo yabloka. Avtoref. k.m.n.- Nij. Novgorod, 2008. - s.10

15. Brayan B.R., Djefferson Ch. Lobno-bazilyarnie perelomi: sovremennoe lechenie. //Atlas klinik chelyustno-lisevoy xirurgii v Severnoy Amerike, 2010 - 18, № 2, - S. 181-196.

16. Buzrukov B.T., Baxritdinova F.A., Ibragimov U.K. Originalnaya statya opublikovana na sayte RMJ (Russkiy medisinskiy jurnal).2006 g. - S.115.

17. Buzrukov B.T., Xamroeva Yu.A. Jurnal.Glaukoma. Jurnal NII GB RAMN. 2012. 60-64 str.

18. Buzrukov B.T., Xamroeva Yu.A., Turaeva Tsh.E., Ubaydullaeva D.B. Rezultati lecheniya vtorichnoy glaukomi u detey pri travmaticheskoy nabuxayutshey katarakti. Aktualnoy problemi oftalmologii. Sbornik nauchnix trudov.Tashkent, 2021 s.27.

19. Burseva M.S. Kliniko-Funksionalnaya xarakteristika glaznoy patologii pri zakritoy cherepno-Mozgovoy travme legkoy i Sredney stepeni tyajesti i vozmojnost ee korrektsii.Avtoref.k.m.n. Rostov-na Donu, 2006.- 11 s

20. Busireva V.N. Sovershenstvovanie diagnostiki i prognozirovanie infektsionnix oslojneniy pri travmax glaza: avtoreferata k.m.n.-Sankt-Peterburg, 2008. – 13 s

21. Buxarina E.S. Sovershenstvovanie sistemi diagnostiki travmaticheskogo povrejdeniya orbiti: Avtoref. k.m.n. - Krasnoyarsk, 2013. - 22 s

22. Volkov O.A. Rol proteoliticheskix fermentov v klinicheskom techenii kontuzii glaza: avtoreferata k.m.n. Moska, 2007.

- 13 s

23. Gazdalieva L.M. Rol oksida azota i svobodnoradikalnogo okisleniya v patogeneze posttravmaticheskoy subatrofii glaza. Avtoreferata k.m.n. Moskva, 2007 – 11 s
24. Geyn O.N. Otsenka immunomoduliruyutshego deystviya polioksidoniya v eksperimentalno-biologicheskoy modeli pronikayutshego raneniya: Avtoreferata k.m.n.Moskva, 2005. – 15 s
25. Gorbunova E.D. Klinika, diagnostika i lechenie Perelomov stenki orbiti u detey: Avtoreferat. k. m. n.- Moska, 2007. – 28S
26. Grigorev S.S. Kliniko-laboratornie issledovaniya v diagnostike povrejdeniy rogovisi. Avtoreferatat k.m.n.- Saratov, 2010. – 13 s
27. Grusha Ya.O. Novie podxodi k reabilitatsii bolnix s travmaticheskimi deformatsiyami orbiti (eksperimentalno-klinicheskoe issledovanie). avtoreferata, k.m.n.-Moskva, 2009. – 18 s
28. Gundorova P.A., Moshetova L.K., Maksimov I.B. Prioritetnie napravleniya v probleme glaznogo travmatizma. // VII s'ezd oftalmologov Rossii. Tezisi dokladov // M.- 2014. - S. 55-60.
29. Gundorova P.A. Travmi glaza // pod obtsh. Red. R. A. Gundorovoy, V. V. Neroeva, V. V. Kashnikova. - M. : Geotar-Media, 2014. - 560 s.
30. Danilov S.S., Chupova H.A. Funktsionalnaya multispiralnaya Kompyuternaya tomografiya v diagnostike povrejdeniy pridatochnogo apparata glaza // SB. nauchnix trudov konferentsii molodix uchenix «Aktualnie problemi oftalmologii 2011» Moska, s.
31. Dvortseva S.N. Ultrazvukovaya diagnostika povrejdeniy organov i tkaney pri Minno-vzrivnoy travme.AvtorefErat k.m.n.- Moskva, 2011. - 16s
32. Djambinova N.S. Primenenie tsitokinoterapii v kompleksnom lechenii virusnix i travmaticheskix keratitov u detey. Avtoreferata k.m.n.-Moskva. 2010.- 13 s
33. Djioeva A.V. Osobennostioftalmotravmatologicheskoy pomotshi pri sochetannix travmax glaz u grazhdanskogo naseleniya, postradavshego pri boevix

deystviyax i terroristicheskix aktax v «goryachix tochkax»: Avtoreferata k.m.n.- .Moska, 2011.- 9 s

34. Drozdova E.A., Buxarina E.S., Xakimova G.M., Sirotkina I.A. Diagnostika izolirovannogo pereloma nijney stenki orbiti pri tupoy travme. jurnal. Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta. № 3, Chelyabinsk 2011.c. 99-103

35. Eolchiyan S.A. Xirurgicheskoe lechenie kranio-Orbito-fasialnoy travmi. Avtoreferat k.m.n.- Moskva, 2017.s. 13

36. Eolchiyan S.A., Serova N.K. Povrejdienie zritel'nogo nerva pri cherepno-Mozgovoy travme // Klinicheskoe rukovodstvo po cherepno-Mozgovoy travme pod Red. A.N. Konovalova, L.B. Lixtermana, A.A. Potapova // M.: «Antidor» 2007. - S. 208 - 233.

37. Eolchiyan S.A., Potapov A.A., Van Damm F.A., Kataev M.G. Rekonstruktivnaya xirurgiya kraniofasialnix povrejdeniy. // Dokazatel'naya neyrotравmatologiya. / Pod Red. A.A. Potapova, L.B. Lixtermana. M., 2007. - S. 234 - 281.

38. Eliseeva N.M. Klinicheskie aspekty patogeneticheskix mexanizmov zastoynix diskov zritel'nykh nervov pri neyroxirurgicheskoy patologii golov'nogo mozga: Avtoreferat k.m.n. Moskva, 2009. - 78 s.

39. Jarova E.N. Vliyaniye svetodiodnogo izlucheniya na zritel'nye narusheniya pri cherepno-Mozgovoy travme i ee posledstviyax. Avtoreferat k.m.n. Sankt-Peterburg, 2007. – 8 s

40. Zagidullina A.Sh. Povrejdienie zritel'nogo nerva pri cherepno-Mozgovoy travme (diagnostika, lechenie, isxodi): Avtoreferata k.m.n.- Ufa, 2006. 26 s

41. Zakirjodjaeva D.A., Buzrukov B.T., Musabaeva R.Sh., Toshpulatov J.Z. Klinicheskie osobennosti travmaticheskoy katarakti i ee Xirurgicheskoe lechenie. Sbornik tezisov . Tashkent, 2014.- S. 39-42

42. Zaxarov V.O. Diagnostika i lechenie kranio-orbital'nykh povrejdeniy: Diss. kand. med. nauk. M., 2006. - 163 s.



43. Zernova L.A. Pervichnaya xirurgicheskaya obrabotka skleralnih ran metodom alloskleroplastiki episkleralnoy storonoy. Avtoreferata k.m.n.Moskva, 2010.- 17 s
44. Ivanov A.M. Eksperimentalnoe obosnovanie fotodinamicheskoy terapii v profilaktike oslojneniy pri nalichii vnutriglaznix inorodnix tel, vkolochennix v obolochki zadnego polyusa glaza. Avtoreferata k.m.n. Moskva, 2011.- 14 s
45. Imsheneskaya T.A. Xirurgicheskaya taktika v lechenii proliferativnogo sindroma pri zabolevaniyax i povrejdeniyax glaz.Avtoreferat. k.m.n.-Sankt-Peterburg, 2003.- 26 s.
46. Ippolitov V.P. Sravnitel'naya kliniko-rentgenologicheskaya Otsenka metodov osteosinteza pri lechenii bolnix s posttravmaticheskimi defektami i deformatsiyami kostey verxney i Sredney zon Lisa/ V.P. Ippolitov, N.A. Rabuxina, S.S Koleskina // Stomatologiya. - 2003. - № 1. - S. 23-26.
47. Ikromov A.F., Ikromov O.A. Sovremennie podxodi rekonstruktivnomu lecheniyu bolnix s tyajeloy travmoy vek.»Aktualnie problemi oftalmologii» Sbornik nauchnix trudov. 2020. – 40S.
48. Kamilov X.M. Razvitie neyrooftalmologicheskoy nauki i praktiki v Respublike Uzbekistan.Sbornik tezisov. Tashkent, 2021.- S. 15
49. Kamilov X.M., Babaxanova D.M., Maksudova L.M., Ikramov O.I., Abdullaev Sh.R. i dr. Inorodnoe Telo orbiti, ne sochetannoe s povrejdeniem glaznogo yabloka (sluchay iz praktiki.) Sbornik tezisov . Tashkent, 2021.- S.123-125.
50. Kamilov X.M., Kasimova M.S., Maxkamova D.K. Algoritm diagnostiki glaznogo ishemicheskogo sindroma. Metodicheskaya rekomendatsii. Tashkent, 2016.- S.23.
51. Kamilov X.M., Kasimova M.S., Maxkamova D.K. Neyroprotektornaya metabolicheskaya terapiya glaznogo ishemicheskogo sindroma. Metodicheskaya rekomendasiya.Tashkent. 2014. – S.15.

52. Kamilov X.M., Maksudova L.M. Ximicheskie ojogi glaz (Rannyaya diagnostika, podxodi k terapii, oslojneniya i isxodi). Monografiya. – Tashkent, 2020. - S. 104.
53. Kamilov X.M., Kasimova M.S., Zakirjodjaev R.A. Ispolzovanie melkayutshego Sveta pri differentsialnoy diagnostike patologii zritel'nogo nerva. stati v jurnale RMJ. Moskva, 2018 – S. 68-70
54. Kamilov X.M., Kasimova M.S., Zakirjodjaev R.A., Babaxanova D.M. Metodi diagnostiki anomalij razvitiya zritel'nogo nerva. Metodicheskaya rekomendasiya. Tashkent, 2016. – 31 s.
55. Karayan A.S. Odnomomentnaya rekonstruktsiya skulo-nosoglaznichnogo kompleksa s ispolzovaniem svobodnix kostnix i xryatshevix autotransplantatov/ A.S. Karayan, E.S. Kudinova, N.A. Rabuxina i dr. // Stomatologiya. - 2003. - № 5.- S. 39-43.
56. Kariev M.X. Klinika, diagnostika i etapnoe lechenie gemorragicheskix insultov v Uzbekistane. Avtoreferat D.m.n. - Tashkent, 1972. 41 s.
57. Kariev Sh.M. Kompleks metodov ob'ektivnoy diagnostiki sotryaseniya golovnogo mozg : avtoreferat k.m.n. Tashkent, 1991.- 25 s.
58. Kariev G.M., Tuxtamurodov J.A., Egamberdiev R.X., Fayzieva Sh.R. Rezultati xirurgicheskogo lecheniya bolnix s opuxolyami mozjehka i iv jeludochka golovnogo mozga. International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. Boston, 2019. - S. 91-98.
59. Karnauxov A.T., Makoveskaya E.A., Suchilina M.I. Sovremennye metody diagnostiki i lecheniya povrejdeniy cherepno-chelyustno-lisevoy oblasti. Sbornik statey. Vena, 2018.- 62S.
60. Kataev M.G., Eolchiyan S.A., Tishkova A.P. Diagnostika i taktika lecheniya pri perelomax orbiti // Vestnik oftalmologii. 2006. №1. S. 26-32.
61. Kiselyov A.S., Danilichev V.F., Gorbachyov D.S., i soavt. Aktualnye Voprosi sochetannix povrejdeniy glaznisi i LOR-organov // Rossiyskaya rinologiya. №1. - 1997,- S. 32-35.

62. Kolixalkina I.A., Chernisheva T.A., Amcheslavskiy V.G., i soavtori. Protokol poshagovoy terapii vnutricherepnoy gipertenzii v Ostrom periode tyajeloy mexanicheskoy travmi. Cherepno-mozgovaya travma u detey: epidemiologicheskiei socialnie osobennosti // Aktualnie problemi socialnoy pediatrii: Izbrannie ocherki/Pod Red. V. Yu. Albiskogo. - M., 2012.- S. 306-320.

63. Kasimova M.S. Anatomicheskie osobennosti diska zritel'nogo nerva // RMJ «Klinicheskaya oftalmologiya». - Moskva, 2007. – 111 s.

63. Kasimova M.S. Klinika differentsial'naya diagnostika i metodi lechenii peredney i zadney ishemicheskoy neropatii zritel'nogo nerva. // RMJ «Klinicheskaya oftalmologiya». - Moskva, 2009. - 53S.

64. Kasimov F.O., Kulikov V.S., Nikolaenko V.P., Zumbulidze N.G. Mexanicheskaya travma organa zreniya: Uchebnoe posobie. - 2015. – 50 s.

65. Kirichenko V.O. Kombinirovannoe ispolzovanie Lazerov pri vosstanovitel'noy xirurgii posttravmaticheskoy patologii perednego segmenta glaza: Avtoref..... kand. med. nauk. – Moskva, 2011. – 11 s.

66. Koltovich A.P. Tyajelie sochetannie, mnojestvennie i kombinirovannie Minno-vzrivnie raneniya (diagnostika i Xirurgicheskoe lechenie): Avtoref..... kand.med.nauk. - Moskva. 2011. – 15 s.

67. Kopilova N.E. Kompozitnie gidrogelevie implantati v rekonstruktivno-plasticheskoy xirurgii orbiti. Avtoref..... kand.med.nauk. – Moskva, 2005. – 14 s.

68. Kopilova N.E. Analiz transplantatsionnix materialov, ispolzuemix pri rekonstruktsii kostnix povrejdeniy orbiti / N.E. Kopilova, D.V. Davidov // Novoe v oftalmologii. - 2005. - №2. - S. 44-49

69. Kopaeva V.G. Glaznie bolezni: Ucheb. - M.: Medisina, 2002. - 560 s.

70. Kotelin I.V. Povrejdeniya glaza, orbiti i zritel'nogo nerva, sochetannie s cherepno-Mozgovoy travmoy (klinika, MRT-diagnostika, lechenie) .Avtoref..... kand.med.nauk. Moskva, 2001. - 32 s.

71. Kostenko D. I. Sovremennie lucheve texnologii diagnostiki i posleoperatsionnogo kontrolya u pasientov s deformatsiyami Sredney zoni Lisa. Avtoref..... kand.med.nauk.Moskva, 2017.- 23 s.

72. Krilov V.V., Petrikov S.S., Talipov A.E. i soavtori. Sovremennie printsipi xirurgii tyajeloy cherepno-Mozgovoy travmi. Neyroxirurgiya. - 2012. - № 2. -S. 43-50
73. Kutrovskaya N.Yu. Oftalmologicheskaya diagnostika i taktika lecheniya kranioorbitalnix povrejdeniy v Ostrom periode cherepno-Mozgovoy travmi: Avtoref..... kand.med.nauk. Moskva, 2011. - 12 s
74. Lastoveskiy A.G., Lebedev M.B., Sklyarova O.V, Averyanova D.A., Olennikova M.M. Povrejdeniya organa zreniya pri sochetannix travmax v dorozhno-transportnix proisshestviyax // Vestnik Penzenskogo gosudarstvennogo universiteta. - 2014. - № 3 (7). - С. 58-63.
75. Lebedev V.V., Krilov V.V. Neotlojnaya neyroxirurgiya: Rukovodstvo dlya vrachey.- M.: Medisina, 2000 g.- 568 s.
76. Lebedev V.V., Krilov V.V., Tissen T.P., Xalchevskiy V.M. Kompyuternaya tomografiya v neotlojnoj neyroxirurgii: Uchebnoe posobie. M.: OAO «Izdatelstvo «medisina».- 2005 g.- 360 s.
77. Levanova O.G. Posleoperacionnie vospalitelnie oslojneniya pri povtornoj vnutriglaznoj xirurgii: klinika, patogenez, lechenie, profilaktika: Avtoref. dok.med.nauk.- Moska, 2010. 288 s.
78. Levchenko O.V. Xirurgicheskoe lechenie kranioorbitalnix povrejdeniy v Ostrom periode cherepno-Mozgovoy travmi: Avtoref.....dok. med.nauk. Moskva, 2012. - 43 s.
79. Leongardt T.A. Sovershenstvovanie organizasii spetsializirovannoy oftalmologicheskoy pomotshi v xode medisinskogo obespecheniya ob'edinennoy gruppirovki voysk (sil) v voorujennom konflikte.tema dissertasii i avtoreferata doktor medisinskix nauk. Sankt-Peterburg. 2011. 155 str.
80. Lipniskaya A.V., Proxoskaya V.A. Sravnitelniy analiz pryamoy i sodrujestvennoyreaktsiiy zrachkov na Deystvie Sveta. Medisina i Zdravooxranenie. Materiali V mejdunarodnoy nauchnoy konferentsii 2017. – S. 19-22.

81. Litvina E.A. Sovremennoe Xirurgicheskoe lechenie mnojestvennix i sochetannix Perelomov kostey konechnostey i taza: Avtoref..... dok.med.nauk.. Moska, 2010. – 38 s.

82. Lusevich E.E. Utochnennie pokazaniya k rekonstruktsii orbiti pri perelomax nijney stenki. // SB. nauchnix trudov mejdunarodnogo simpoziuma «zabolevaniya, Opuxoli i travmaticheskie povrejdeniya orbiti». //M. 2005. - S. 261-266.

83. Maxkamov K.E., Salaev A.B., Maxkamov M.K., Israyilov D.U. osobennosti operativnogo lecheniya bolnix s tyajeloy cherepno-Mozgovoy travmoy s primeneniem tsisternotomii i Otsenka MSKT kriteriev effektivnosti lecheniya. Vestn ekstr med 2018; 11(4): - S. 73-78.

84. Medvedev Yu.A. Primenenie implantatov iz tkanevogo nikelida titana dlya rekonstruktsii nijney stenki glaznisi/ yu.A. Medvedev, A.S. Shamanaeva, P.S. Petruk i dr. // Stomatologiya. - 2014. - № 3. - S. 35-38.

85. Mesxia Sh.M. Otdalennie rezultati lecheniya bolnix s perelomami kostey Sredney zoni Lisa pri sochetannoy travme: avtoreferata k.m.n.. Moskva, 2009. – 18 s

86. Mirzoyan A.O. Osobennosti klinicheskogo techeniya i podxodi k xirurgicheskomu lecheniyu bolnix s epiduralnoy gematomoy pri izolirovannoy cherepno-Mozgovoy travme // Izvestiya visshix uchebnix zavedeniy. Povoljskiy region. -2014. - № 2 (30). - S. 76-83.

87. Moshetova L.K., Kochergin S.A., Levchenko O.V., Xamidova L.T. i dr. Oftalmologicheskaya diagnostika i lechenie kranioorbitalnix povrejdeniy v Ostrom periode cherepno-Mozgovoy travmi // Klinicheskaya oftalmologiya . 2009. - № 3. - S. 89-93.

88. Moshetova L.K., Romodanovskiy P.O., Andrianova A.V., Kutrovskaya N.Yu. Nekotorie aspekti ekspertnoy otsenki tyajesti vreda zdorovyu pri travmax orbiti//»Medisinskaya ekspertiza i pravo» 2014, №4, S.6-9.

89. Munirova L.N. Eksperimentalno - klinicheskoe obosnovanie primeneniya koolagenazi kk pri travmax glaz i patologii slezootvodyatshix putey. Avtoreferata k.m.n. Ufa, 2006. – 11 s.
90. Nabiev A.M., Boltaeva S.O., Zaxidov U.B. O diagnosticheskix oshibkax pri pervichnoy zakritougolnoy glaukome. Sbornik tezisov. Tashkent, 2014.
91. Nabiev A.M., Zaxidov U.B. Vrachebnie nedostatki pri obsledovanii lis s podozreniem na glaukomu. Sbornik tezisov. Tashkent. 2014.
92. Nikitina T.V. Vitreoretinalnie izmeneniya pri oskolochnoy travme glaza: Avtoreferata k.m.n. Moskva, 2008. – 13 s
93. Nikonenko, M.A. Gemodinamicheskie narusheniya v sosudax glaza i orbiti u bolnix s travmoy organa zreniya. Avtoreferat k.m.n. Chelyabinsk, 2006. – 10 s
94. Nikolaenko V.P. Epidemiologiya i klassifikatsiya orbitalnix Pere-Lomov. Klinika i diagnostika Perelomov nijney stenki orbiti. Chast 1 / 166 V.P. Nikolaenko, V.P. Astaxov // Oftalmologicheskie Vedomosti. - 2009.- Tom II № 2. - S.56-70.
95. Nikolaenko V.P. Lechenie «vzrivnix» Perelomov nijney stenki orbiti: pokazaniya k operasii. Nikolaenko V.P., Astaxov Yu. S. Jurnal.Oftalmologicheskie Vedomosti Orbitalnie perelomi: rukovodstvo dlya vrachey / V.P. Nikolaevno, Yu.S. Astaxov. - SPb.: Eko-Vektor, 2012. - 436 s.
96. Nurgaleev S.I. Pokazateli spontannogo Pulsa Tsentralnoy Veni setchatki v kompleksnoy neyrooftalmologicheskoy diagnostike stepeni tyajesti zakritoy cherepno-Mozgovoy travmi.Avtoreferat. D.m.n. Moskva., 2006. - 106 s.
97. Nurmamedov R.A. Osobennosti klinicheskogo techeniya sochetannoy travmi glaza, posledovatelnost okazaniya pervoy pomotshi i puti reabilitatsii proi katastrofax i ekstremalnix situasiyax. Avtoreferat k.m.n. Moska. 2009. - 12 s
98. Osmanova A.N. Endolimfaticeskaya lekarstvennaya terapiya posttravmaticheskogo i posleoperacionnogo endoftalmitov: Avtoreferata k.m.n. Moska, 2010.- 15 s
99. Pavlova O.Yu., Serova N.S., Sovershenstvovanie luchevoj diagnostiki Perelomov glaznisi na do i posleoperacionnix etapax lecheniya. Vestnik rentgenologii i radiologii № 3, 2015. 20-22 str.

100. Pavlova O.Yu. Luchevaya diagnostika travmaticheskix povrejdeniy Sredney zoni chelyustno-lisevoy oblasti na do - i posle operacionnix etapax lecheniya: Dissertasiya k.m.n.. Moskva, 2018. – 4 s.
101. Polyak B.L. Povrejdeniya organa zreniya. M.: Medgiz. - 1972. - 405 s.
102. Puras Yu.V., Talipov A.E. Struktura sochetannoy cherepno-Mozgovoy travmi v mnogoprofilnom stacionare g. Moskvi // Polenovskie chteniya: materiali IX vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii / Pod Red. V.P. Bersneva, I.V. Yakovenko. - Spb.: «Chelovek i ego zdorove». - 2010. - S. 69-70.
103. Romanova I.Yu. Primenenie Adgelona pri travmaticheskix porajeniyax rogovoy obolochki. tema dissertatsii i avtoreferatakandidat medisinskix nauk. Moskva. 2004. - 244 s.
104. Ryabov. A.Yu., Nikitin A.A., Lekishvili M.V. Sovremennie metodi diagnostiki i xirurgicheskogo lecheniya Perelomov stenok glaznisi s pomotshyu alloimplantata «perfoost.Jurnal.Almanax klinicheskoy medisini № 19 2008. Str 27-30
105. Sandaval R.X.M. Optimizatsiya algoritma medisinskoy reabilitatsii bolnix s perelomami skulo-orbitalnogo kompleksa. Avtoreferata k.m.n.Moskva, 2011.- 10S
106. Sangaeva L.M. Luchevaya diagnostika travm glaza i struktur orbiti.Avtoreferat k.m.n.. Moskva, 2009. – 12s
107. Sergeeva L.A. Oftalmologicheskaya simptomatika kranioorbitalnoy travmi. Avtoreferat .D.m. n. Moskva, 2012. – 27 s
108. Sirko A.G., Pilipenko G.S. Uspeshnoe lechenie tyajeloy pronikayutshey cherepno-Mozgovoy travmi v sochetanii s kompressiey golovnog mozga. Ukrainskiy neyroxirurgicheskij jurnal. 2012.№3. - S 64-68
108. Sidikov Z.U., Rozukulov V.U. Vnedrenie fakoemulsifikatsii katarakti s implantatsiey IOL v OAO «Respublikanskiy specializirovanniy tsentr mikroxirurgii glaza» jurnal «Aktualnie problemi oftalmologii» Sbornik nauchnix trudov. Tashkent, 2014. – 10 s

109. Sidikov Z.U. Otsenka zaboleaemosti naseleniya Respubliki Uzbekistan zabolevaniyami glaza s pozisiy potrebnosti v oftalmoxirurgicheskoy pomotshi. «Aktualnie problemi oftalmologii» Sbornik nauchnix trudov. Tashkent, 2014. – 8 s.
110. Selina S.A. Sostoyanie zritelnix funktsiy u bolnix posle legkoy zakritoy cherepno-Mozgovoy travmi v zavisimosti ot tserebralnoy i orbitalnoy gemodinamiki. Sankt-Peterburg, 2004. – 46 s.
111. Serova N.S. Luchevaya diagnostika sochetannix povrejdeniy kostey lisevogo cherepa i struktur orbiti: Avtoref. Diss. k.m.n. -Obninsk, 2006. -17 s.
112. Smirnova A.F. Porojenie glaznogo DNA pri kranio-orbitalnix perelomax. Kniga. 2021 - 31 str.
113. Sokolov V.A. Travma organa zreniya. kniga. 2006 - 70 str.
114. Stuchilov V.A., Sipkin A.M., Ryabov A.Yu., Nikitin D.A., Xodorov A.V., Zausova O.V., Troyanskiy I.V. Klinika, diagnostika i lechenie bolnix sposledstviyami i oslojneniyami travmi Sredney zoni Lisa. Jurnal. Urgentnie sostoyanie v chelyustno - lisevoy xirurgii. - S 109-118.
115. Sidorenko E.I., Rossiyskaya detskaya oftalmologiya issn 2307-6658 № 1' 2013 nauchno-prakticheskij jurnal. Mejregionalnaya obtshestvennaya organizasiya «assosiasiya detskix oftalmologov».
116. Smichyok V.B., Ponomaryova E.N. Sovremennaya klassifikasiya cherepno-Mozgovoy travmi. Jurnal. Medisinskie Novosti, 2012. – S. 17-23
117. Soloveva, A.A. Anatomico-topometricheskoe obosnovanie sposobov vosstanovleniya skuloalveolyarnogo kontrforsa pri perelomax skuloglaznichnogo kompleksa: Avtoref. dis. kand med. nauk/ A.A. Soloveva. M., 2014. - 37 s.
118. Stepanyans A.B. Sistema kompleksnoy diagnostiki, xirurgicheskogo lecheniya i reabilitasii pasientov s povrejdeniyami skleri. temadissertasii i avtoreferata doktor medisinskix nauk. Moskva, 2009. - 14S.
119. Susaykova M.S. Osobennosti Kliniki, diagnostiki i lecheniya bolnix s travmoy organa zreniya na etape neotlojnoj specializirovannoy pomotshi: avtoreferata k.m.n. Moskva, 2005. – 18 s



120. Suxinin M.V. Morfologicheskaya xarakteristika perednego epiteliya rogovisi i sosudistogo rusla kon'yunktivi glaznogo yabloka v norme i pri mexanicheskom povrejdении perilimbalnoy zoni: Avtoref. dis. dok-ra med. nauk. – Sankt-Peterburg, 2011. – 9 s.

121. Teplovodskaya V.V. Xirurgicheskie texnologii vtorichnoy implantasii IOL pri povrejdении kapsuli xrustalika: avtoreferata kandidat medisinskix nauk. Moskva, 2006. – 14 s.

122. Tkachyova T.V. Razrabotka Programmno-informacionnogo kompleksa vedeniya Bolnogo s travmaticheskoy otsloykoy setchatki: avtoreferata k.m.n. Moskva, 2011. – 6 s .

123. Xomutnikova N.E. Xirurgicheskaya rehabilitasiya pasientov s perelomami skuloglaznichnogo kompleksa i nijney stenki glaznisi/ N.E. Xomutnikova, E.A. Durnovo, N.V. Mishina // Stomatologiya, - 2013. - № 6. - S. 33-36.

124. Chernookova V.A. Kliniko-funktsionalnie zakonomernosti okulookulyarnix reaktsiy pri odnostoronney mexanicheskoy travme glazatema dissertasii i avtoreferata kandidat medisinskix nauk Moskva, 2007. 120 str.

125. Chuprina V.V. Izmeneniya funktsiy immunnoy sistemi i IX korrektsiya u postradavshix s pronikayutshim raneniyem glaza. tema dissertasii i avtoreferata kandidat medisinskix nauk. Perm, 2010. 172 str.

126. Shabanov A.K. Tyajelaya sochetannaya cherepno-mozgovaya travma: osobennosti klinicheskogo techeniya i isxodi. jurnal «Klinicheskaya medicina». Moskva, 2017 str 126-129.

127. Shaldin P.I. Otsenka vnutriglaznoy gemodinamiki metodom lazernoy dopplerovskoy floumetrii pri xirurgicheskom lechenii travmaticheskoy otsloyki setchatki. Moskva, 2012.140 str.

128. Shamrey D.V. Sravnitelnaya Otsenka variantov oftalmoxirurgicheskoy rehabilitasii pasientov, perenesshix tyajeluyu travmu glaznogo yabloka. tema dissertasii i avtoreferata kandidat medisinskix nauk. Sankt-Peterburg, 2012. 137 str.

129. Idirisov I.T., Kaliev K.M. Prichini riska i IX Vliyanie na isxod sochetannoy cherepno - Mozgovoy travmi //territoriya nauki. 2018. № 1.S. 23 - 29.

130. Yusupov A.A., Vasilenko A.V., Xamidova F.M. Opit lecheniya adenovirusnix konyunktivitax. Sbornik tezisov. Tashkent. 2014.
131. Yusupov Sh.Sh., Boymuradov Sh.A. Xirurgicheskoe lechenie pereloma DNA orbiti s 3D rekonstruktsiey shpitalna xirurgiya. Jurnal imeni L. Ya. Kovalchuka. 2017. № 3
132. Yusupov A.F., Muxanov Sh.A., Mubarakova K.A. Personalizirovannaya lazernaya korrektsiya zreniya kak metod lecheniya refraktsionnoy ambliopii pri smeshannom astigmatizme. Jurnal Nauka, texnika i obrazovanie. 2019.61-65 str.
133. Xomutinnikova N.E, Belousova N.Yu, Mishina N.V. Kompleksnaya reabilitasiya pasientov s perelomami skuloorbitalnogo kompleksa i nijney stenki orbiti. Jurnal Evraziyskiy Soyuz Uchennix .2016. – S. 2(23)
134. Agadzhanian V.V. Arrangement of medical assistance for multiple and associated injuries (polytrauma). Clinical recommendations (the treatment protocol) (the project). Polytrauma. 2015; (4): 6-19.Russian (Agadjanyan V. V. Organizasiya medisinskoy pomotshi pri mnojestvennoy i sochetannoy travme (politravme). Klinicheskierekomendasii (protokol lecheniya) // Politravma, 2015. №4. - S.6-19.
135. Amrith S., Saw S.M., Lim T.C., Lee T.K. Ophthalmic involment in cranio-facial trauma // J. Craniomaxillofacial Surg. 2000. Vol. 28. - P. 140-147.
136. [Andrii Sirko](#), [Ihor Kyrpa](#), Vasyl Lazorishinets, [Mykola Zorin](#), [Yuri Cherednychenko](#), [Illya Plyushchev](#) [Dmytro Romanukha](#) Elektronnaya kolleksiya 2018 - R. 17-23.
137. Andrea Accogli, Valeria Capra, Alessandro Consales, Armando Cama, Gianluca Piatelli, Surgical results of cranioplasty with apolymethylmethacrylate customized cranial implant in pediatric patients: a single-center experience. J Neurosurg Pediatr Volume 17 • June 2016 705-710
138. Antonelli V., Cremonini A.M., Campobassi A. Traumatic encephalocele related to orbital roof fracture: report of six cases and literature review // Surg. Neurol. -2002. Vol. 57. P. 117 -125 (doi:10.1016/S0090-3019(01)00667-X) 149.88.
139. Ansari M.H. Blindness after facial fractures.An 19-year review // Br. J. Plast. Surg. 2004. Vol. 55 - P. 1-7.

140. Varanov av. medico-tactical characteristics of pelvic injuries in victims of road traffic and other contingencies in the conditions of the regional center of the european north of russia (on the example of the city of arkhangel'sk: abstracts of candidate of medical science. Arkhangel'sk, 2013. 24 p. Russian (Baranov A.V. *mediko-takticheskaya xarakteristika travm taza u postradavshix v dorozhno-transportnix i drugix neshtatnix proisshestviyax v usloviyax oblastnogo tsentra Evropeyskogo Severa Rossii (na Primere g. Arxangelska)*: Avtoref.k.m.n. Arxangel'sk, 2013.—S.24.

141. Barros da Silva Erasmo. Cranioplasty using a three-dimensional individual form for a polymethyl methacrylate implant.

142. Becelli R. Craniofacial traumas: immediate and delayed treatment/ R. Becelli., G. Renzi, M. Perugini, G. Iannetti // J. Craniofac. Surg. - 2000. - Vol. 11, № 3. - P. 265-269.

143. Bratton E.M. Orbital implants for fracture repair/ E.M. Bratton, V.D. Durrain // Curr. Opin. Ophthalmol. - 2011. - Vol. 22, № 5. - P. 400-6.

144. Burnstine M.A. Clinical recommendations for repair of isolated orbital floor fractures: an evidence-based analysis. Curr Opin Ophthalmol. 2013 Oct;14(5):236-40.

145. Cohen S.M., Garret C.G. Padiatric orbital floor fracture: Nausea/vomiting as sings of entrapment // Otolaryngol. Head. Neck Surg. 2010. Vol. 129. - P. 43-47

146. Cook T. Ocular and periocular injuries from orbital fractures // J. Am. Coll. Surg. 2002. Vol. 195(6).- P. 831-834 (doi: 10.1016/S1072-7515(02)01479-5)

147. Chang E.W., Manolidis S. Orbital floor fracture management // Facial Plast. Surg. — 2005. — Vol. 21, N 3. — P. 207-213.

148. Danny T.M., Wai Sang Poon, Chui Ping IP, Philip W Y Chiu, Keith Y C goh.How useful is glucose detection in diagnosing cerebrospinal fluid leak? The rational use of CT and Beta-2 transferrin assay in detection of cerebrospinal fluid fistula

149. Demer J.L., Miller J.M., Poukens V., Vinters H.V., Glasgow B.J. Evidence for fibromuscular pulleys of the recti extraocular muscles//1996 Jul

150. Donahue D.J., Smith K., Church E., Chadduck W.M. Intracranial neurological injuries associated with orbital fracture
151. Ducic Y. Endoscopic transantral repair of orbital floor fractures/ Y. Ducic, D.J. Verret // Otolaryngol. Head Neck Surg. - 2009. - Vol. 140, № 6. - P. 849-854.
152. Duma S.M., Jernigan V.M. The effects of airbags on orbital fracture patterns in frontal automobile crashes
153. Edelman R.R., Mattle H.P. MR angiography. // Am. J. Roentgenol.-1990.- Vol.154.-P.937-946.
154. Gas C. Fractures isolees du plancherorbitaire/ C. Gas, B.M. Sidjilani, L. Dodart, F. Boutault // Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. - 1999. - Vol. 100, № 1. - P. 27-33.
155. Gilliland G.D. Timing of return to normal activities after orbital floor fracture repair/ G.D. Gilliland, G. Gilliland, T. Fincher et al. // Plast. Reconstr. Surg. - 2007. - Vol. 120, № 1. - P. 245-251.
156. Haddad F.S., Haddad G.F., Taha J. Traumatic intracranial aneurysms caused by missiles, their presentation and management // Neurosurgery. 1991,- Vol. 28.-P. 1-7.
157. Haug R.H., Van Sickels J.E., Jenkins W.S. Demographics and treatment options for orbital roof fractures // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. -2002. Vol. 93(3). P. 238-46 (doi: 10.1067//moe.2002.120975)
158. Hopper R.A., Salemy S., Sze R.W. Diagnosis of midface fractures with CT: what the surgeon needs to know // Radiographics. — 2006. — Vol. 26, N 3. — P. 783-793.
159. Hwang K., Sun Hye You. Analysis of facial bone fractures: An 11-year study of 2,094 patients // Indian. J. Plast. Surg. 2010. Vol. 43(1). - P. 42-48 (doi: 10.4103/0970-0358.63959)
160. Ide C.H., Webb R.W. Penetrating - trans-orbital injury with cerebrospinal orbitorrhea //Am. J. Ophthalmol. 1971,- Vol. 71. - P. 1037-1039.
161. Ioatrou I., Theologie-Lygidakis N., Angelopoulos A. Use of membrane and bone grafts in the reconstruction of orbitafractures // Oral. Surg. Oral. Med. Oral.

Pathol. Oral. Radiol. Endod. 2011. Vol. 91. - P. 281 - 286  
(doi:10.1067/moe.2001.113351)

162. Joseph J.M., Glavas I.P. Orbital fractures: a review // Clin. Ophthalmol. - 2011. Vol. 12(5). -P. 95-100.

163. Kallela I. et al. Blindness after maxillofacial blunt trauma: evaluation of candidates for optic nerve decompression surgery // J. Cranio-Maxillo-facial Surg.- 199,- Vol.22 P.220-225.

164. Kreidl K.O., Kim D.Y., Mansour S.E. Prevalence of significant intraocular sequelae in blunt orbital trauma // Am. J. Emerg. Med. 2003. Vol. 21 (7). - P. 525-528 (doi: 10.1016/j.ajem.2003,0a009)

165. Kuttenger J.J., Hardt N. Long-term results following reconstruction of craniofacial defects with titanium micro-mesh systems // J. Cranio-maxillo-fac Surg. 2001. - Vol.29. - N2,- P.75-81.

166. Mackinnon C.A., David D.J., Cooter R.D. Blindness and severe visual impairment in facial fractures: An 11-year review // Br. J. Plast. Surg. 2002. Vol.55.- P. 1-7. Pietro Fiaschi, MD,2,5 Marco Pavanello, MD,1 Alessia Imperato, MD,1 Villiam Dallolio

167. Pool M.D., Briggs M. Cranio-orbital trauma: A team approach to management// Annals of the Royal College of Surgeons of England. 1989,-vol. 71.- P. 187-194.

168. Potapov S., Yeolchiyan V., Tcherekaev et al. Removal of Cranio-Orbital Foreign Body by a Supraorbital-Pterion Approach //J. of Craniofacial Surgery. 1996 - Vol.7.- N 3. -P.224 - 227.

169. Sargent L.A., Rogers G.F. Nasoethmoid orbital fractures: diagnosis and management//J. Craniomaxillofac. Trauma. 1999. Vol. 5(1). - P. 19-27.

170. Skopintsev D.A., Kravtsov SA, Shatalin AV. Influence of the fluid therapy on the hematological measures in patients with polytrauma during the interhospital transportation. Polytrauma. 2011; (4): 10-16. Russian

171. Shere J.L., Boole J.R., Holtel M.R., Amoroso P.J. An analysis of 3599 midfacial and 1141 orbital blow-out fractures among 4426 United States Army Soldiers, 1980-2000 // Otolaryngol. Head Neck Surg.- 2004. Vol. 130.- P. 154-170
172. Strong E. B. Endoscopic repair of orbital blow-out fractures/ E.B. Strong // Facial Plast. Surg. - 2004. - Vol. 20, № 3. - P. 223-230.
173. Suga H., Sugawara Y, Uda H., Kobayashi N. The transconjunctival approach for orbital bony surgery: in which cases should it be used? // J. Craniofac. Surg. — 2004. -Vol. 15, N 3. — P. 454-457.
174. Ugboko V.I., Udoye C., Olateju S.O., Amole A.O.D. Blindness and visual impairment from severe midface trauma in Nigerians // Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2006. Vol. 35(2). - P. 127-
175. Yoon K.-C., Seo M-S., Park Y.-G. Orbital trapdoor fracture in children // J. Korean Med. Sci. 2003. Vol. 18. - P. - 881 - 885.

