

## GEMORRAGIK INSULT

**Etiologiyasi va patogenezi.** Gemorragik insult patologik o'zgargan qon tomir yorilishi yoki mo'rtlashgan tomir devorlaridan qonning miya to'qimasi yoki pardalariga sizib o'tishi (perdiapedez) sababli ro'y beradi.

Gemorragik insultning asosiy sabablari – arterial gipertenziya, amiloid angiopatiya, leykoz, trombofiliya, anevrizma, arteriovenoz malformasiya, angiopatiya va vaskulitlardir.

Arterial gipertenziyada perdiapedez gemorragiya quyidagi tartibda rivojlanadi: AQB to'satdan oshganida arteriyalarda avvaliga spazm paydo bo'ladi, keyinchalik ular kengayib staz rivojlanadi, qon oqishi sekinlashadi va tomir devorlarining o'tkazuvchanligi oshadi. Tomir devorlaridan qon elementlari (asosan, eritrositlar) tashqariga sizib chiqq boshlaydi. Bunga **perdiapedik gemorragiya** deb aytiladi. Leykozlarda perdiapedik gemorragiya rivojlanishi uchun qon bosim oshishi shart emas.

Perdiapedik gemorragiyalar, odatda, katta sohani egallamaydi, ular ko'pincha mayda o'choqlar ko'rinishida bo'ladi va, asosan, arteriyalarning venalarga o'tish qismida rivojlanadi. Perdiapedik qon quyilishlar, ko'pincha, bosh miyaning oq va kulrang moddasi chegarasida ro'y beradi. Chunki bu sohalar arteriyalarning venalarga o'tish joylariga to'g'ri keladi. Bunday gemorragiyalar bosh miya katta yarim sharlari po'stlog'i, ko'ruv do'ngligi va po'stlog'osti tugunlarida ko'p kuzatiladi.

Tomir yorilishi sababli ro'y beradigan gemorragiyalar esa, asosan, anevrizmalar yorilishi hisobiga ro'y beradi («*Anevrizmalar*» mavzusiga qarang). Anevrizmatik gemorragiyalar, ko'pincha, bosh miyaning oq moddasida rivojlanadi va katta sohani egallaydi. Katta gemorragik o'choqlar atrofida kichik-kichik gemorragiyalar ham vujudga keladi. Agar katta gemorragik o'choq bosh miya katta yarim sharlarida joylashsa, kichik gemorragiyalar miya ustuni, miyacha yoki qarama-qarshi tomondagi yarim sharda kuzatilishi mumkin. Bu esa miya shishi va bo'kishining tez rivojlanishi va kasallikning juda og'ir kechishiga sababchi bo'ladi. Gemorragik insultda ba'zan miya tomirlarining reflektor spazmi hisobiga ishemik insult ham rivojlanadi. Reflektor, spazm ko'pincha *a.cerebri media* tarmoqlarida ro'y beradi.

Agar gemorragiya miya qorinchalariga yaqin joylashsa (medial gemorragiya), qon ularning ichiga yorib o'tadi va buning natijasida **ventrikulyar gemorragiya** rivojlanadi. Qon, ko'pincha, yon qorinchalarga yorib o'tadi. Ventrikulyar gemorragiya juda xavfli bo'lib, ko'p hollarda koma va o'lim bilan tugaydi. Agar gemorragiya lateral joylashgan bo'lsa, unda qon subaraxnoidal bo'shliqqa yorib o'tadi va **subaraxnoidal gemorragiya**

rivojlanadi. Bunda meningeal simptomlar paydo bo'ladi. Lateral gemorragiyalarda epi-leptik xurujlar rivojlanish xavfi juda yuqori.

#### **Gemorragik insult turlari:**

- **subaraxnoidal** – subaraxnoidal bo'shliqqa qon quyilishi;
- **parenximatoz** – miya to'qimasiga qon quyilishi;
- **ventrikulyar** – miya qorinchalariga qon quyilishi. Shuningdek, subaraxnoidal-parenximatoz, parenximatoz-subaraxnoidal, parenximatoz-ventrikulyar qon quyilishlar farq qilinadi. Parenximatoz qon quyilishlar bosh miyaning qaysi sohasida gemorragiya ro'y berganligiga qarab ham farqlanadi (po'stloq, po'stlog'osti tugunlari, miya ustuni, miyacha va h.k.).

**Klinikasi.** Gemorragik insult kunduz kuni, faol ish paytida o'tkir rivojlanadi. Kasallik, odatda, «xabarchi simptomlar»siz to'satdan ro'y beradi va bemor hushini yo'qotadi. Gemorragik insult rivojlanishidan bir necha daqiqa yoki soat oldin bemorning boshi qattiq og'rishi mumkin. Hushsiz yotgan bemor hech qanday ta'sirlarga javob bermaydi, og'riq sezmaydi va ko'zi yumuq bo'ladi. Bu belgilar bemorda koma rivojlanganligidan dalolat beradi. Gemorragik insultda sopor va koma tez rivojlanadi, biroq subaraxnoidal qon quyilishda hush qisqa vaqtga yo'qoladi.

Nafas olish va yurak qon-tomir faoliyati buziladi. Bemor chuqur-chuqur shovqinli nafas oladi, og'zidan ko'pik ajralib chiqadi. Ko'p hollarda ketma-ket qusadi. Tomir urishi qattiq bo'ladi, taxikardiya kuzatiladi. AQB juda baland bo'lib, aksariyat hollarda 200/100 mm sim ust. dan ham ko'tariladi. Tana harorati 40°C dan oshadi.

Hushsiz yotgan bemorning yuzi ko'kimtir-qizg'ish tusda bo'ladi, yuzlari shishadi va bo'yin tomirlari bo'rtib turadi. Bemorning boshi bir tomonga va sal orqaga qayrilib yotadi. Uning ko'zlari yumilgan yoki yarim oysimon shaklda ochiq bo'ladi. Yuqori qovoqlarni passiv ko'targanda ko'zlari qizarib ketgani va ularning mayatniksimon harakatini kuzatish mumkin. Buni «suzuvchi ko'zlar» simptomi deb atashadi. Ko'zlarning mayatniksimon harakati miya ustunida joylashgan orqa uzun tutam (*fasciculus longitudinalis posterior*) qo'zg'alishi bilan bog'liq. Passiv ravishda ko'tarilgan yuqori qovoqni qo'yib yuborsa, gemiplegiya tomonda ko'z sekin yumiladi.

Gemorragik insultda, ko'pincha, bemorning ko'zlari bir tomonga qayrilib qoladi va bunga **nigoh falaji** deb aytiladi. Nigoh falaji qay tarzda namoyon bo'lishiga qarab, komada yotgan bemorda gemorragik o'choq qayerda joylashganini aniqlab olish mumkin. Masalan, bemorning ko'zlari va boshi o'ng tomonga qayrilgan bo'lsa va gemiplegiya chap tomonda kuzatilsa, unda o'choq bosh miyaning o'ng yarim sharida joylashgan («bemor o'choq tomonga qarab yotadi»). Agar bemorning ko'zlari va boshi

gemiplegiya tomonga qayrilgan bo'lsa («*bemor falajliklar tomonga qarab yotadi*»), gemorragik o'choq miya ustunida joylashgan bo'ladi.

Ko'z olmasi harakatlari va nigoh holati kasallik klinikasini baholash va topik tashxisni aniqlashda katta ahamiyatga ega. Ptoz, qochuvchi g'ilaylik va paralitik midriaz *n. oculomotorius* ildizchasi zararlanganligini ko'rsatadi. Bu holat bosh miyaning bazal qismining subaraxnoidal bo'shlig'iga qon quyilishida ro'y beradi. Ko'z olmalarining bittasi yuqoriga, ikkinchisi pastga qarab qolgan bo'lsa, unda interpedinkulyar sohaga qon quyilgan bo'ladi. Bu sindrom **Gertvig-Majandi sindromi** deb aytiladi.

Gemorragik insultda qorachiqalar shakli ham o'zgaradi, ularning yorug'likka reaksiyasi yo'qoladi. Qon quyilgan tomonda midriaz kuzatiladi. Agar bir tomonda midriaz va ptoz kuzatilsa, demak, qon miya oyoqchasiga quyilgan. Miya ustunidagi parasimpatik markazlar ta'sirlantirilsa, ikki tomonlama mioz vujudga keladi.

Mimik muskullar simmetrikligi ham o'zgaradi – falajlangan tomonda mimik muskullar burmalari silliqlashadi, og'iz burchagi tushib qoladi, shu tomonda «yelkan» simptomi aniqlanadi, ya'ni falajlangan og'iz burchagi nafas olib-chiqarganda bo'rtib turadi. Bu simptomlar yuz nervining markaziy falajligi sababli ro'y beradi. Komada yotgan bemorning tili og'iz ichida bir tomonda og'ib qoladi. Uning lab-burun burchagi silliqlashgan, og'iz burchagi tushgan va tili gemiplegiya tomonga og'gan bo'ladi.

Gemorragik insultning dastlabki kunlari bemorning qo'l-oyoqlari mutlaqo harakatsiz yotadi. Mushaklarning to'la atoniyasi aniqlanadi. Pay reflekslari chaqirilmaydi. Bu holat **diashiz** deb ataladi va u katta joyni egallagan parenximatoz gemorragiyalarda kuzatiladi. Komada yotgan bemorda gemiplegiya tomonda oyoq panjasi tashqariga qayrilgan bo'ladi. Juda og'ir holatlarda ikkala oyoq panjasi tashqariga qayrilib (rotatsiya) qoladi. Bu holat topik tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Ba'zida falajlangan tomonni aniqlash ancha mushkuldir.

Ventrikulyar gemorragiyada esa aksincha, muskullar tonusi keskin oshadi va buning natijasida bemorning oyoq-qo'llari bukilib qoladi, mushaklar kontrakturasi rivojlanadi. Bu holat **gormetonik sindrom** deb nomlanadi. Gormetonik sindrom tetra-, para va gemisindrom ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bu sindromda muskullar tonusi har doim ham oshavermaydi, u ba'zida gipotoniya o'tadi va biroz vaqtdan so'ng yana gipertonus paydo bo'ladi. Bu paytda himoya reflekslari ham kuchayadi. Gormetonik sindromda pay reflekslari juda oshib ketadi va muskullarda kuchli kontraktura aniqlanadi.

Gemorragik insultda koma bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi. Uzoq davom etuvchi koma, ko'pincha bemorning o'limi bilan tugaydi. Agar kasallik ijobiy

tomonga silljisa, koma soporga o'tadi va bemor hushiga kela boshlaydi. Odatda, bu paytda o'choqli nevrologik simptomlarni aniqlash imkoni paydo bo'ladi. Bemor falajlanmay qolgan qo'l-oyoqlarini qimirlata boshlaydi. Falajlangan tomonda esa harakat mutlaqo yo'qoladi (gemiplegiya) yoki juda chegaralangan bo'ladi (chuqur gemiparez). Gemiplegiya yoki chuqur gemiparez aniqlangan tomonda pastki mimik muskullar falajligi (VII nervning markaziy falajligi), tilning falajlangan tomonga og'ishi (XII nervning markaziy falajligi) va yelkaning osilib qolishi (XI nervning markaziy falajligi) kuzatiladi. Boshqa kranial nervlar funksiyasi ikki tomonlama innervasiya tufayli saqlanib qoladi. Dominant yarim shar zararlanganda motor va sensor afaziyalar, subdominant yarim shar zararlansa, anozognoziya va autotopognoziyalar paydo bo'ladi.

Gemiplegiya aniqlangan tomonda asta-sekin pay reflekslari oshadi, patologik reflekslar vujudga keladi. Falajlangan oyoq-qo'llarda muskullar tonusi spastik tarzda oshadi. Agar qon ichki kapsula atrofiga quyilsa, ekstrapiramidal yadrolar ham zararlanaadi. Bunday holatlarda muskullarning spastik gipertonusi bilan birgalikda plastik gipertonus ham rivojlanadi. Bemorda **Vernik-Mann holati** yuzaga keladi: falajlangan tomondagi bukuvchi muskullarda tonus oshganligi sababli qo'l tirsak bo'g'imida bukilib qoladi, qo'l panjasi ham bukiladi. Qo'l tashqariga rotatsiya qilganligi bois kaft yuqoriga qarab qoladi, oyoqda esa yozuvchi muskullarda tonus oshganligi sababli u yozilgan holatda qotib qoladi. Bemorning kafti yuqoriga qarab qolganligi bois bu holatni «tilanchi» holati deb ham atashadi. Keyinchalik tizza qopqog'i va oyoq panjasi klonusi paydo bo'ladi. Gemiplegiya tomonda gemianesteziya ham aniqlanadi.

Meningeal simptomlar ham gemorragik insultning asosiy simptomlaridan biridir. Bu simptomlar, ayniqsa, subaraxnoidal qon quyilishda har doim paydo bo'ladi. Parenximatoz qon quyilishda meningeal simptomlar kuzatilmaydi yoki yengil ifodalangan bo'ladi. Miya shishi bilan namoyon bo'ladigan parenximatoz gemorragik insultda esa meningeal simptomlar vujudga keladi.

Meningeal simptomlarga ensa mushaklari rigidligi, Kernig simptomi, Brudzinskiy simptomlari (yuqori, o'rta va pastki) kiradi. Agar ensa mushaklari rigidligi Kernig simptomiga qaraganda kuchliroq namoyon bo'lsa, unda subaraxnoidal bo'shliqning orqa kranial chuqurchasiga qon quyilgan bo'ladi. Shuningdek, meningeal simptomlarga yana bir qator simptomlar kiradi va ular, asosan, subaraxnoidal gemorragiyalarda aniqlanadi. Ular bilan tanishib chiqamiz.

**Bexterevning yonoq simptomi** – yonoq ravog'iga bolg'acha bilan urilsa, o'sha tomonda mimik muskullar qisqaradi;

**Ko'z olmasini bosib tekshirish** – agar ko'z olmasi bosib tekshirilsa, bunga javoban mimik muskullar qisqarishi ro'y beradi. Bemor yuzini bujmaytiradi.

**Trizm** – yuqori va pastki jag'larning (tishlarning) bir-biriga qattiq qisilishi bilan namoyon bo'ladigan holat. Agar bemorning og'zini ochishga harakat qilinsa, u reflektor tarzda og'zini yanada qattiqroq qisadi. Bu holat V nervning efferent tolalari qo'zg'alishi bilan bog'liq.

**Boshning orqaga qayrilib qolishi** – boshning orqaga keskin qayri-lishi va oyoq-qo'llarning barcha bo'g'imlarda bukilishi bilan namoyon bo'ladigan holat. Bu holat yosh bolalarda yaqqol ifodalangan bo'ladi.

Qon katta sohaga quyilgan bo'lsa, meningeal simptomlar kuchli ifodalanadi. Ularning sustlashib borishi ijobiy dinamika ro'y berayotganligidan dalolat beradi. Agar meningeal simptomlar to'satdan yana paydo bo'lsa, qayta gemorragiya rivojlangan bo'lishi mumkin. Meningeal simptomlar meningitlarda ham uchraganligi bois, gemorragik insultni meningit bilan qiyoslashga to'g'ri keladi.

Gemorragik insultda ko'p uchraydigan yana bir simptomlardan biri – **bu psixomotor qo'zg'alishlar**. Psixomotor qo'zg'alishlar po'stloq markazlari qo'zg'alishi bilan bog'liq bo'lib, asosan insult rivojlangan kuni ro'y beradi. Biroq bu simptomlar boshqa kunlari ham saqlanib qolishi mumkin. Psixomotor qo'zg'alishlarda bemor qattiq baqiradi, atrofdagilarni so'kadi, ularga qarab qichqiradi, ba'zan o'z yaqinlarini tanimaydi, alahsiraydi, o'rnidan turib ketmoqchi bo'ladi, qo'l-oyoqlarini har tomonga tashlayveradi va h.k. Ba'zan psixomotor qo'zg'alishlar shu darajada kuchli bo'ladiki, bemorni 3-4 ta odam ham boshqara olmaydi va unga zarur muolajalarni o'tkazish qiyin bo'lib qoladi. Bunday paytlarda bemorni choyshab bilan karovotga bog'lab qo'yish lozim. Aks holda u tan jarohatlari oladi. Agar koma rivojlansa, psixomotor qo'zg'alishlar yo'qoladi. Bemor komadan chiqqandan keyin psixomotor qo'zg'alishlar yana paydo bo'lishi mumkin. Psixomotor qo'zg'alishlarning har doim bo'lib turishi yaxshi prognostik belgi emas.

Ba'zida psixomotor qo'zg'alishlar yengil ko'rinishda bo'ladi: bemor yotgan joyida tinch yotmaydi, yon tomonlarga o'girilaveradi, in'eksiya o'tkazish uchun qo'yilgan kateterni sug'urib tashlaydi, turib o'tirmoqchi bo'ladi, choyshabni yuziga tortadi, yaqinlaridan birini so'rab chaqiraveradi, alahsirab gapirib yotadi. Ba'zida olamdan o'tgan qarindoshlarini so'raydi va bu holat yaqinlarini qo'rquvga soladi.

Gemorragik insultning og'ir koma bilan kechuvchi turlarida dekortikasion va deserebrasion rigidlik, vegetativ holat va apallik sindrom rivojlanadi. Ushbu sindromlar

«Koma» bobida yoritilgan. Endi gemorragik insultning klinik turlari bilan tanishib chiqamiz.

### **Subaraxnoidal qon quyilish**

Araxnoidal va yumshoq pardalar orasida joylashgan bo'shliqqa qon quyilishiga **subaraxnoidal qon quyilish** deb aytiladi. Subaraxnoidal qon quyilishi o'tkir serebrovaskulyar kasalliklarning 4-10% ini tashkil qiladi. Subaraxnoidal qon quyilish 35-55 yoshlarda ko'p uchraydi, 60 yoshdan oshganlarda esa kam kuzatiladi. Insult sababli ro'y beradigan barcha o'limlarning 8% i subaraxnoidal qon quyilishga to'g'ri keladi. Subaraxnoidal gemorragiyalar deyarli 80% holatlarda anevrizma yorilishi hisobiga ro'y beradi. Qolgan holatlarda gemorragiya etiologiyasi boshqa kasalliklar hisoblanadi. Kam hollarda arteriovenoz malformasiyalar subaraxnoidal gemorragiyaga olib keladi.

Subaraxnoidal qon quyilishlar turli virusli infeksiyalardan so'ng ham rivojlanadi. Virusli infeksiyalarda, asosan, peridiapedez gemorragiyalar ro'y beradi va miya pardalarida kichik-kichik gemorragik o'choqlar paydo bo'ladi. Ular diffuz tarzda joylashadi yoki bir soha bilan chegaralanib qoladi.

Etiologik nuqtai nazardan **birlamchi** va **ikkilamchi** subaraxnoidal gemorragiyalar farqlanadi. Birlamchi subaraxnoidal gemorragiyalar anevrizmalar yorilishi sababli, ikkilamchi gemorragiyalar gematologik kasalliklar, bosh miya jarohatlari va o'smalar sababli rivojlanadi. Anevrizmalar, asosan, Villiziy aylanasini hosil qiluvchi tomirlarda joylashadi. Shuning uchun ham bosh miyaning bazal qismida gemorragiya ko'p uchraydi.

Subaraxnoidal gemorragiyaning o'tkir davrida ketma-ket o'tkazilgan neyroangiovizualizatsiya tekshiruvlari (angiografiya, MRA, dupleksli skanirlash) miya tomirlarida o'tkir reflektor spazm kuzatilishini ko'rsatadi. Angiospazm sababli bosh miyada ishemik infarkt o'chog'i yoki o'choqlari paydo bo'ladi. Buning natijasida subaraxnoidal gemorragiya uchun xos bo'lmagan o'choqli nevrologik simptomlar (gemiparez, afaziya) vujudga keladi. Angiospazm trombositlarning parchalanishidan hosil bo'lgan serotonin ta'siri yoki tomirlarni innervasiya qiluvchi nervlarning ortiqcha qo'zg'alishi hisobiga ro'y beradi. Angiospazm natijasida gemiparezning paydo bo'lishi noto'g'ri tashxis qo'yishga ham sababchi bo'ladi, ya'ni adashib «subaraxnoidal-parenximatoz gemorragiya» tashxisi qo'yiladi.

Subaraxnoidal qon quyilishning asosiy simptomi – **boshda to'satdan paydo bo'lgan o'ta kuchli og'riqdir**. Og'riq shu qadar kuchli bo'ladiki, bemor bu og'riqni «boshimga

qattiq zarba bilan urilgandek» deb ta'riflaydi. Og'riq ensa-bo'yin sohasida o'ta kuchli, peshona sohasida esa biroz sust ifodalangan bo'ladi. Bemor to'satdan hushidan ketadi. Hushdan ketish bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi. Bemor hushiga kelgandan so'ng ham kuchli bosh og'riq davom etaveradi. Bemor og'riq kuchiga chiday olmay, boshini ikki qo'li bilan qattiq ushlab yotib oladi, og'riq qoldiruvchi dorilarni tezroq qilishlarini so'rab baqiradi. Yorug'liqqa chiday olmay, ko'zlarini chirt yumadi, ortiqcha tovush yoqmaydi. Chunki har qanday yorug'lik va tovush bosh og'riqni kuchaytirib yuboradi. Og'riq bilan birgalikda ketma-ket qusish ham paydo bo'ladi va u bemorning ovqat yegan-yemaganligiga bog'liq bo'lmaydi.

Arterial qon bosim keskin oshadi. Agar quyilgan qon gipotalamusga etib kelib, uni ta'sirlantirsa, yuqori darajaga ko'tarilgan AQB kasallikning o'tkir davrida pasaymasdan turadi. Tana harorati 40°C ga ko'tariladi, ko'z tubida mikrogemorragiyalar paydo bo'ladi. Leykositlar biroz oshishi mumkin.

Kasallikning dastlabki soatlaridayoq kuchli darajada ifodalangan psixomotor qo'zg'alishlar vujudga keladi. Turli darajada va davomiylikda hushdan ketish kuzatiladi. Biroq hushdan ketish har doim ham komaga o'tavermaydi. Subaraxnoidal qon quyilishlar uchun uzoq davom etuvchi koma xos emas. Ba'zan subaraxnoidal qon quyilish epileptik xurujlar bilan boshlanadi. Epileptik xurujlar, ko'pincha, tarqalgan epileptik xurujlar tipida namoyon bo'ladi.

Kasallikning dastlabki daqiqalaridayoq meningeal simptomlar rivojlanadi. Subaraxnoidal gemorragiyada meningeal simptomlarning deyarli barcha turlarini aniqlash mumkin. Biroq ular gemorragiya darajasiga qarab turlicha ifodalangan bo'ladi. Gemiparez va gemianesteziyalar kuzatilmaydi. Mabodo ular kuzatilsa, miya tomirlarida reflektor spazm ro'y bergan yoki qon miya parenximasiga o'tgan bo'ladi. Odatda, reflektor angiospazm sababli ro'y bergan falajliklar yoki sezgi buzilishlari tez o'tib ketadi. Subaraxnoidal-parenximatoz qon quyilishlarda esa falajliklar va sezgi buzilishlari uzoq saqlanadi.

Bazilyar gemorragiyada kranial nervlar, ayniqsa, ko'zni harakatlantiruvchi nervlar ham zararlanadi. Buning natijasida ptoz, g'ilaylik va diplopiya paydo bo'ladi. Kranial nervlarning zararlanishi qonning subaraxnoidal bo'shlikdan perinevral bo'shliqqa o'tishi yoki nerv ildizchasining bevosita bosilishi bilan bog'liq. Agar qon oldingi kranial chuqurchaga quyilsa, ko'rish keskin buzilishi mumkin.

Subaraxnoidal gemorragiyaning og'irlik darajasi va bemorning ahvolini baholash uchun ko'pincha *W.Hunt va R.Hess (1974)* shkalasidan foydalaniladi (*1-jadval*).

**Gemorragik insultda bemorning ahvolini baholash uchun  
W.Hunt va R.Hess shkalasi, 1974**

Hushi	Nevrologik simptomlar	Darajasi
Buzilmagan	lo‘q yoki yengil bosh og‘riq va ensa mushaklari rigidligi.	I
Buzilmagan	Bosh og‘riq. O‘rta darajada rivojlangan ensa mushaklari rigidligi.	II
Karaxtlik	O‘choqli nevrologik simptomlar bo‘lishi mumkin.	III
Sopor	Yengil yoki og‘ir gemiparez (reflektor angiospazm yoki qonning parenximaga o‘tganligi sababli), intrakranial gipertenziya belgilari.	IV
Koma	Kuchli ifodalangan intrakranial gipertenziya.	V

*W.Hunt* va *R.Hess* tasnifi yorilgan anevrizmani operativ davolashga oid masalani hal qilish uchun ham qo‘llaniladi.

Subaraxnoidal gemorragiya tashxisini qo‘yishda lyumbal punksiyaning o‘rni katta. LP paytida qonga bo‘yalgan likvor katta bosim bilan chiqadi. Likvorda kat-ta miqdorda eritrositlar va limfositlar pleositoz aniqlanadi. Oqsil miqdori ham oshadi. Zaruratga qarab LP qayta o‘tkazib turilishi mumkin. Keyingi LP da likvor rangining ochilib va undagi eritrositlar soni kamayib borishi yaxshi prognostik belgi hisoblanadi. Agar bir necha kun o‘tgach ham likvor rangi qizg‘ish bo‘lib qolsa va undagi eritrositlar soni kamaymasa, unda gemorragiya davom etayotgan bo‘ladi. Ba‘zi hollarda qon quyilish bir oy ichida yana takrorlanadi.

**Parenximatoz qon quyilish.** Boshqa gemorragik insultlar kabi hushning yo‘qolishi bilan o‘tkir boshlanadi va o‘choqli nevrologik simptomlar (gemiplegiya, gemianesteziya, afaziya) darrov paydo bo‘ladi. Parenximatoz qon quyilish chakka va tepa sohalarida ko‘p, peshona sohasida kam uchraydi. Gematomaning ichki kapsulaga nisbatan joylashuviga qarab *medial va lateral gematomalar* farqlanadi. Zich joylashgan tolalardan

iborat bo'lgan ichki kapsula bu sohaga quyilgan qonning yon tomonlarga tarqalishiga to'sqinlik qiladi.

Bu kasallikda IKG, miya shishi va dislokasion sindrom tez rivojlanadi. Shuning uchun ham gemorragik insultning bu turi uzoq davom etuvchi komalar bilan og'ir kechadi. O'choqli nevrologik belgilar bilan birga-likda, meningeal simptomlar ham vujudga keladi. Meningeal simptomlar kuchli miya shishi va IKG hisobiga yoki qonning subaraxnoidal bo'shliqqa o'tganligi sababli paydo bo'ladi. Buni aniqlash diagnostik va prognostik ahamiyatga ega. Gemorragiya bosh miya katta yarim sharlarining katta qismini yoki ma'lum bir sohani egallashi mumkin. Intraserebral gematomaning qay sohada joylashganiga qarab, nevrologik simptomlar turlicha namoyon bo'ladi.

Bosh miyaning peshona sohasiga qon quyilsa, peshona sohasi va ko'z kosasida bosh og'riq, nigoh falaji (bemor o'choq tomonga qarab yotadi), motor afaziya (dominant yarim shar zararlanganda), abuliyasi, kontralateral gemiparez kuzatiladi. Tepa bo'lagi gemorragiyasida kontralateral gemianesteziya, tana va fazoning bir tomonini inkor qilish sindromi, anozognoziya, yengil gemiparez rivojlanadi. Chakka bo'lagi gemorragiyasida Vernike afaziyasi (dominant yarim shar zararlanganda), gemianopsiya kuzatiladi. Gematoma katta bo'lsa, dislokasion sindrom belgilari ham qo'shiladi. Ensa bo'lagiga qon quyilsa, kontralateral gomonom gemianopsiya va ko'ruv agnoziyasi paydo bo'ladi.

**Ventrikulyar gemorragiyalar.** Miya qorinchalariga qon quyilishga **ventrikulyar gemorragiya** deb aytiladi. Uning **birlamchi** va **ikkilamchi** turlari farqlanadi. Birlamchi gemorragiya qonning bevosita miya qorinchasi ichiga qon quyilishi bo'lsa, ikkilamchi gemorragiya – qonning miya parenximasidan miya qorinchalari ichiga yorib o'tishidir. Birlamchi ventrikulyar gemorragiya juda kam uchraydi. Ventrikulyar va subaraxnoidal gemorragiyalarni bir-biridan farqlay olish o'ta muhimdir. Ularning qiyosiy belgilari 2-jadvalda aks ettirilgan.

2-jadval

### Ventrikulyar va subaraxnoidal gemorragiyalarning qiyosiy belgilari

Ventrikulyar gemorragiya	Subaraxnoidal qon quyilish
Komaning tez rivojlanishi va uzoq saqlanib qolishi	Qisqa vaqt hushdan ketish
Ketma-ket qusish	Bir marta qusish
Yurak va nafas olish faoliyatining	Yurak va nafas olish faoliyati, odatda buzilmaydi

keskin buzilishi	Psixomotor qo'zg'alishlar
Harakat qo'zg'alishlari	Pay reflekslari juda pasaygan yoki yo'qolgan
Pay reflekslari oshishi	
Gormetonik sindrom	Gormetonik sindrom xos emas
Meningeal simptomlar sust ifodalanadi	Meningeal simptomlar yaqqol ifodalangan
Avtomatlashgan harakatlar, giperkinezlar	Avtomatlashgan harakatlar va giperkinezlar xos emas
Himoya reflekslari juda xos	Himoya reflekslari bo'lmaydi
Prognoz yomon	Prognoz yaxshi

Ventrikulyar gemorragiyalar ichida eng ko'p uchraydigan – bu ikkilamchi gemorragiya bo'lib, unda miya parenximasiga quyilgan qon qorinchalar devorini yorib, ularning ichiga o'tadi. Demak, ikkilamchi ventrikulyar gemorragiya – bu parenximatoz-ventrikulyar gemorragiyadir. Miya parenximasiga quyilgan qonning hajmi qancha katta bo'lsa, uning qorinchalarga yorib o'tish xavfi shuncha yuqori bo'ladi. Ko'pincha talamus, dumli yadro va ichki kapsulaga quyilgan qon yon va III qorinchaga yorib o'tadi. Ventrikulyar gemorragiyalarda IKG va miya shishi tez rivojlanadi.

Qaysi qorinchaga qon quyilishiga qarab, ventrikulyar gemorragiyaning 3 turi farqlanadi: 1) yon qorinchalarga; 2) III qorinchaga; 3) IV qorinchaga qon quyilishi.

**Yon qorinchalarga qon quyilishi.** Yon qorinchalarga qon, asosan, *a. communicans anterior* va *a. cerebri anterior* anevrizmalari yorilishi hisobiga o'tadi. Qon ko'pincha yon qorinchalarning oldingi shoxiga, kam hollarda markaziy qismiga yorib o'tadi. Yon qorinchalarning orqa shoxiga qonning yorib o'tishi juda kam uchraydi.

Bu tipdagi gemorragiyalarda qon xorioidal chigallarni qo'zg'ab, likvor ishlab chiqarilishini kuchaytiradi va yon qorinchani III qorincha bilan bog'lovchi Monro teshigini bekitib qo'yadi. Monro teshigi bekilib qolsa, bemorning hayoti uchun o'ta xavfli bo'lgan okklyuzion gidrosefaliya rivojlanadi. Agar Monro teshigi bekilmay qolsa, unda yon qorinchalarga quyilgan qon ushbu teshik orqali III qorinchaga, u yerdan Silviy suv yo'li orqali IV qorinchaga va, nihoyat, Lyushko va Majandi teshiklari orqali subaraxnoidal bo'shliqqa o'tadi. Lyushko va Majandi teshiklari miyaning katta sisternasiga (*cisterna cerebri magna*) ochiladi. Miyaning katta sisternasi – bu miyachaning pastki yuzasi bilan

uzunchoq miyaning dorsal yuzasi orasida joylashgan subaraxnoidal bo'shliq. Shu yo'llar bilan qon orqa miyaning subaraxnoidal bo'shlig'iga tushadi.

Ba'zida yon qorinchalarning oldingi shoxiga tushgan katta miqdordagi qon bosh miya hajmining kattalashib ketishi va dislokasion sindrom rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Bu holat Monro teshigi yopilib qolganda ro'y beradi. Natijada, bosh miyaning chakka bo'lagi pastga qarab siljiydi va miya oyoqchalarini bosib qo'yadi. Buning natijasida Veber, Parino, Gertvig-Majandi kabi sindromlar yuzaga keladi va bemorning ahvoli yanada og'irlashadi.

**Yon qorinchalarga qon quyilishning klinik simptomlari.** Yon qorinchalarga qon, asosan, miya parenximasidan yorib o'tganligi sababli ro'y beradi. Shu bois, ventrikulyar gemorragiyalarda parenximatoz qon quyilish belgilari ham kuzatiladi. Kasallik hushdan ketish bilan to'satdan boshlanadi. Bundan oldin bemor ketma-ket qusadi va nafas olish hamda yurak-qon tomir faoliyati keskin buzilib, komaga tushadi. Yuz-ko'zla-rida giperemiya paydo bo'ladi. Komaning dastlabki soatlarida paydo bo'lgan mioz, keyinchalik midriazga o'tadi. Midriaz gematoma tomonda kuchli-roq ifodalangan bo'ladi. Ko'z olmalari mayatniksimon suzib turadi. Ko'z va bosh gematoma tomonga buralib qoladi. Tana harorati 40°C ga ko'tariladi. Taxikardiya rivojlanadi va keyinchalik u bradikardiya va bradiaritmiyaga o'tadi. Nafas olish ham shu alfozda buziladi, ya'ni dastlabki soatlarda taxipnoe (Cheyn-Stoks nafasi), keyinchalik esa bradipnoe rivojlanadi. Taxikardiyaning bradikardiyaga, taxipnoening bradipnoega o'tishi – juda xavfli prognostik alomat.

Parenximatoz gemorragiya tomonda oyoq-qo'llarda avtomatlashgan harakatlar kuzatilsa, qarama-qarshi tomonda gemiplegiya va gemianesteziya vujudga keladi. Gormetonik sindrom rivojlanadi. Bu sindrom ventrikulyar gemorragiya uchun juda xos. Har qanday nosiseptiv ta'sirlar reaktiv reflektor harakatlarni qo'zg'ab yuboradi. Masalan, bemorga nina sanchganda yoki Babinskiy refleksini tekshirayotganda, u oyoq-qo'llarini tortib bukib oladi. Bu holat gemiplegiya va gemianesteziya tomonda kuzatilmaydi. Shuningdek, "ushlab olish" simptomi ham aniqlanadi, ya'ni bemorning falajlanmagan qo'lga bolg'achani olib borib tegizsa, u bolg'achani qattiq ushlab oladi. Himoya reflekslari erta yuzaga keladi. Mushaklar kontrakturasi erta rivojlanadi: bemor oyoq-qo'llarini bukib yotadi, agar uning oyoq-qo'llari uzatib qo'yilsa, ularni yana bukib oladi. Bu holat ventrikulyar gemorragiyalar uchun juda xos bo'lib, po'stloq markazlari bilan spinal markazlar orasidagi aloqalarning buzilishi hisobiga ro'y beradi. Meningeal simptomlar uzoq vaqt saqlanib qoladi va faqat koma terminal bosqichga o'tganda yo'qoladi.

Atrofdagi ekstrapiramidal yadrolar qo'zg'alishi sababli yirik amplitudali giperkinezlar ham paydo bo'ladi. Giperkinezlar falajlanmagan oyoq-qo'llarda kuzatiladi va gemitremor, gemiballizm, gemixoreoatetoz tipida namoyon bo'ladi.

Pay reflekslari ikkala tomonda ham oshadi, biroq anizorefleksiya saqlanib qoladi. Qo'p hollarda pay reflekslari falajlangan tomonda emas, qarama-qarshi tomonda oshadi. Koma chuqurlashib terminal bosqichga o'ta boshlasa, pay reflekslari so'nib, mushaklar tonusi pasaya boradi.

Yon qorinchalarga qon quyilishi yoki qonning yorib o'tishi deyarli har doim og'ir holat bo'lib, aksariyat hollarda o'lim bilan tugaydi. Ba'zida o'lim qon quyilgan zahoti ro'y bersa, ba'zida bemorning hayotini bir haftagacha saqlab qolish mumkin. Kichik anevrizmalar yorilishi hisobiga kuzatilgan ventrikulyar gemorragiyalarda prognoz biroz yaxshi hisoblanadi.

**III qorinchaga qon quyilishi klinik simptomlari.** Ushbu qorinchaga qon quyilishi simptomlari yon qorinchalarga qon quyilishi simptomlariga juda o'xshash bo'ladi. III qorinchaga qon quyilishi, ko'pincha, talamusga quyilgan qonning yorib o'tishi sababli ro'y beradi. Chunki talamusning medial yuzasi III qorinchaning lateral devorini hosil qiladi. Uning asosiy belgilari quyidagilardan iborat: yuz-ko'zlar giperemiyasi, tana harorati-ning keskin oshishi, yurak-qon tomir faoliyati va nafas olishning keskin buzilishi, koma, kuchli endokrin-vegetativ buzilishlar va yotoq yaralarning tez rivojlanishi. III qorinchaga qon quyilishda gormetonik sindrom belgilari ikki tomonda ham vujudga keladi. Bunda ikkala qo'l tonik tarzda bukilib qoladi, ikkala oyoq esa yozilib yotadi.

**IV qorinchaga qon quyilishi.** IV qorinchaga qon quyilishi, asosan, Varoliy ko'prigi tomiga va miyachaga quyilgan qonning yorib o'tishi sababli ro'y beradi. IV qorincha tubida hayotiy muhim markazlar joylashganligi sababli, u erga qon quyilishi yoki qonning yorib o'tishi darrov o'lim bilan tugaydi. Bemor 1-2 soat yashashi mumkin, xolos.

**Miyachaga qon quyilishi.** Miyachaga qon quyilishi miyacha simptomlaridan tashqari IV qorincha va miya ustuni simptomlari bilan namoyon bo'ladi. Klinik simptomlar ensa sohasida kuchli og'riq, miyacha simptomlari, barcha mushaklar gipotoniyasi, bosh aylanishi va Bruns sindromi (bosh holatini o'zgartirganda qusishning kuchayishi), nistagm, Gertvig-Majandi simptomi (bir ko'zning yuqoriga, bir ko'zning pastga qarab qolishi), ensa mushaklari rigidligi, psevdoparez, miya ustunida joylashgan hayotiy muhim funksiyalarning buzilishi bilan namoyon bo'ladi.

**Manba: ©Z. Ibodullayev. Asab kasalliklari. 2-nashr. Darslik, Toshkent, 2021., 960 b.**

**©Z. Ibodullayev. Nevrologiya. Qo`llanma., Toshkent, 2017., 404 b.**

**©Z. Ibodullayev. Insult va koma, Toshkent, 2013., 193 b.**

**© Ibodullayev ensiklopediyasi ©[www.asab.uz](http://www.asab.uz)**