

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.089; 616.5–003.215; 616.8–089

ШОЕВ САЪДУЛЛО НАЗУЛЛОЕВИЧ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.18 – Нейрохирургия

Душанбе 2020

Работа выполнена на кафедре нейрохирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Бердиев Рустам Намазович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Ашуров Рахмонкул Гурезович** доктор медицинских наук, заместитель директора по науке, издательству и печати ГУ КЗ «Истиклол»

Хабибов Искандар Махмадович к.м.н., старший научный сотрудник ГУ Республиканский научно - клинический центр педиатрии и детской хирургии МЗ и СЗН РТ

Оппонирующая организация: АО «Национальный центр нейрохирургии Республики Казахстан»

Защита состоится « 22 » « января » 2021г., в « 13⁰⁰ » часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA–025 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, www.tajmedun.tj.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Автореферат разослан « 22 » « декабря » 2020г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
д.м.н.

Юнусов И.А.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. Хронические внутричерепные гематомы до недавнего времени считались редкой патологией. Удельный вес хронических внутричерепных гематом (ХВЧГ) среди всех объемных образований головного мозга составляет 1–7%, а среди хирургически значимых внутричерепных кровоизлияний достигает 12-25,5% (Ырысов К.Б., 2017, Арзикулов Ж. М., 2018, Jiang J. 2017, Masotti L. 2020, Shibata Y. 2020).

Главными причинами учащения ХВЧГ за последние годы являются распространение черепно – мозговых травм и цереброваскулярные заболевания. (Крылов В.В. 2016, Козинский А.В. 2018, Семенов А. В. 2019). Геморрагический инсульт занимает второе место среди различных форм острых нарушений мозгового кровообращения. На его долю, по данным регистра инсульта за 2015 – 2017гг., приходится 14 – 25% от всех форм ОНМК, причем частота внутримозговых кровоизлияний при гипертоническом кризе постоянно растет (Скворцова В.И., 2017. Ткачев В.В. 2018, Мустафин М.С., 2018.). Летальность при геморрагическом инсульте может достигать от 70% до 90% (В.В.Крылов, 2016, Е.И.Гусев, 2017, Радьков И.В., 2017, Hetlikh А.М., 2019).

Хронические гематомы, в отличие от острых и подострых, обладают ограничительной капсулой, которая обуславливает возникновение сложных патогенетических механизмов заболевания, полностью еще не раскрытых. (Спирин А.Л., 2015., Курилина Л.Р. 2015, Fujii M, 2016, Ganapathy K, 2016, Takada Y, 2017, Koliass A.G. 2017).

Весьма существенно, что если раньше, по данным российских и зарубежных авторов, ХВЧГ выявлялись почти исключительно у лиц пожилого и старческого возраста, то в настоящее время они значительно «помолодели», встречаясь достаточно часто у лиц молодого и среднего возраста [Акшулаков С.К., 2008, Лихтерман Л.Б., 2015, Потапов А.А., 2016, Dye J.A. 2012, Menditto VG 2012].

Учащение и расширение возрастных границ ХВЧГ остро ставит вопрос об адекватной хирургической тактике. (Яриков А.В. 2017, Шестериков Я.А., 2018, Takeuchi S, 2015, Viallon M, 2017).

Степень изученности научной задачи.

По данным многих авторов, проблема лечения перечисленных форм внутричерепных кровоизлияний до сих пор остается актуальной, так как, несмотря на успехи современной нейрохирургии, данная патология сопровождается высокими показателями смертности и инвалидизации преимущественно среди лиц трудоспособного возраста.

ХВЧГ относятся к заболеваниям, которым уделяется много внимания. Почти полтора столетия, начиная с первой публикации в 1857г. «Das Haematom der dura mater», написанной «отцом патологической анатомии» Рудольфом Вирховым, представители различных медицинских и биологических дисциплин изучают патогенез ХВЧГ, механизмы и сроки формирования капсулы, ее наружного и внутреннего листка. [Лихтерман Л.Б. 2013, Ошоров А.В., 2013, Трубилова М.С., 2018, Семенов А.В., 2019, Shibata Y., 2020].

По данным российских и зарубежных источников, причиной образования ХВЧГ у 70% до 80,6% больных являлось черепно-мозговая травма, из них 10% составляет тяжелая черепно-мозговая травма. Далее следуют сосудистые катастрофы: разрывы артериальной аневризмы, кровотечение из артерио-венозной мальформации или геморрагические инсульты [Ветер С.Ю., 2011, Фирсов С.А., 2012, Захарова Н.Е., 2013, Корниенко В.Н., 2013, Гуляев Д.А., 2013, Makhamov K.E. 2019].

Интерес к изучению ХВЧГ нашел свое отражение в многочисленных исследованиях российских и зарубежных авторов, в которых мы акцентировали внимание лишь на тех аспектах проблемы ХВЧГ, которые в последующем могут послужить обоснованием для дальнейшей разработки более эффективного оптимизированного лечения больных с хронической внутричерепной гематомой [Мороз В.В., 2011, Крылов В.В., 2013, Жанайдар Ж.С., 2014, Чяснулис Э., 2014, Сороговец А.И., 2018, Lee K.S. 2012, Krilov V.V, 2014,].

Теоретические и методологические основы исследования.

Теоретической основой исследования послужили труды отечественных и зарубежных ученых по проблеме хирургического лечения ХВЧГ. Наиболее актуальна дифференцированная тактика лечения с

учетом возраста пострадавшего, клинической фазы заболевания и использования современных методов диагностики. Репрезентативный материал Национального медицинского центра Республики Таджикистан по ХВЧГ позволяет обосновать выбор индивидуально адекватного лечения ХВЧГ с расширением применения наиболее щадящих, безопасных и вместе с тем наиболее эффективных методов.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Улучшение результатов Хирургического лечения пациентов с хроническими внутричерепными гематомами.

Объектом исследования явились 112 больных (83 (74,1%) мужского пола, 29 (25,9%) женского пола) с хроническими внутричерепными гематомами.

Предметом исследования явились больные с хроническими внутричерепными гематомами.

Задачи исследования:

1. Изучить клинические проявления и особенности течения хронических внутричерепных гематом в различных возрастных группах.
2. Определить информативность методов исследования (КТ, МРТ) до и после операции у больных с различными внутричерепными гематомами.
3. Оценить эффективность методов хирургического лечения хронических внутричерепных гематом путем комплексного клинико-инструментального исследования.
4. Разработать алгоритм и тактику хирургического лечения больных с ХВЧГ.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач у больных с хроническими внутричерепными гематомами были проведены неинвазивные методы исследования нейроофтальмологическое, компьютерная и магнитно – резонансная томографии (КТ и МРТ).

Область исследования. Исследование соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.18 – нейрохирургия.

Подпункт 3.1 Были изучены особенности клинического течения ХВЧГ с учетом возрастных факторов и фазы заболевания. 3.3 Применение прямых неинвазивных методов исследования - КТ и МРТ в диагностике ХВЧГ целесообразно проводить с момента поступления пациента и в отдалённом периоде. 5.1 Анализ результатов хирургического лечения пациентов с ХВЧГ с применением миниинвазивных

способов даёт ряд преимуществ в практической медицине и области нейрохирургии.

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе нами была изучена литература по данной проблематике, были сформулированы тема и цель диссертации. Вторым этапом сбор материала по выбранной теме диссертации, были написаны статьи, тезисы и главы диссертации. Третий этап - внедрение результатов исследования в практику. Четвёртый этап — это статистическая обработка полученных результатов и литературное оформление работы.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация (диссертации, защищённые в Республике Таджикистан и в Российской Федерации, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) по хирургическому лечению хронических внутричерепных гематом. Исследования проводились на кафедре нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе НМЦ РТ «Шифобахш» и ГУ КЗ «Истиклол».

Достоверность результатов диссертации. Достоверность результатов исследования подтверждена применёнными современными, широко используемыми в практике клиническими и инструментальными методами. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная новизна. На основе изучения анамнеза, клинической фазы, возраста, локализации и вида интракраниальной гематомы, по данным нейровизуализации КТ и МРТ, оптимизированы различные способы хирургического лечения хронических внутричерепных гематом.

Доказана необходимость использования, модифицированной системы Хайера Шульта в хирургическом лечении хронических внутричерепных гематом; (рацпредложение № 145 «Миниинвазивный способ удаления подострых и хронических форм эпидуральных гематом» от 27.11.2013 г. и патент на изобретение № ТЈ 601 «Миниинвазивный способ удаления подострых и хронических форм эпидуральных гематом» от 7.01.2014 г.

Впервые определено место нейроэндоскопии в хирургии хронических внутримозговых гематом через точку Кохера путем одного фрезевого отверстия с последующим закрытым наружным дренированием.

Впервые разработан алгоритм оказания специализированной нейрохирургической помощи пациентам с ХВЧГ.

Доказано, что у 73(65,1%) больных при хирургическом лечении ХВЧГ, через одно фрезевое отверстие с последующим закрытым наружным дренированием во всех видах ХВЧГ по критерию Крускала–Уоллиса статистическая значимая составляет $p \leq 0,05$.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Практическая значимость. Широкое внедрение в практику миниинвазивных хирургических методов лечения ХВЧГ позволяет существенно сократить длительность операции, уменьшить материальные затраты и сроки пребывания больных в стационаре. Показано, что доля миниинвазивной хирургии среди всех вмешательств по поводу хронических внутричерепных гематом должна составлять не менее 65 %.

Определены показания и противопоказания к различным видам хирургических вмешательств при хронических внутричерепных гематомах в зависимости от тяжести состояния пациента и анатомической формы гематомы.

Разработаны и внедрены в практику алгоритм дифференцированного подхода и оптимизированная хирургическая тактика оперативного вмешательства ХВЧГ, которые способствуют улучшению результатов лечения больных с ХВЧГ.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В структуре хронических внутричерепных гематом преобладали лица мужского пола 83 (74,1%), в возрасте 15 – 44 лет, лица трудоспособного возраста – 76 (67,9%) пациентов.

2. Результаты исследования подтвердили, что в этиологии возникновения ХВЧГ превалирует ЧМТ – 75(67,0%) случаев, полученные в результате дорожно – транспортных происшествий и строительных работ.
3. Выполнение нейровизуализации с помощью КТ и МРТ всем больным с ХВЧГ является обязательным, что позволяет выявить локализацию, форму и вид гематомы, необходимые для избрания тактики хирургического лечения.
4. В 83 (74,1%) наблюдениях ХВЧГ были ХСГ и ХЭГ, при этом доказано, что источниками кровотечения были ветви средней оболочечной артерии, венозные синусы и мостиковые вены.

Личный вклад диссертанта в проведении исследования. При непосредственном участии соискателя проведен сбор научной информации по клиническим наблюдениям пострадавших с ХВЧГ. Автор принимал участие в операциях, самостоятельно проведены обобщение и статистический анализ полученных результатов, опубликованы статьи, результаты исследования апробированы и внедрены в профильных отделениях участвовал в разработке патента и рационализаторских предложений.

Апробация работы и информация о результатах их применения. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на расширенном заседании экспертно – проблемной комиссии ТГМУ им. Абуали ибни Сино (протокол № 7 от 01.07.2014г.), на научно – практических конференциях молодых ученых и студентов, а также на XI съезде детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана с международным участием (Душанбе – 2014г.).

Результаты диссертационной работы были внедрены в практическую работу в нейрохирургических отделениях НМЦ РТ «Шифобахш» МЗСЗН РТ и ГУ КЗ «Истиклол». а также в научной, учебной и лечебной работах кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Публикации результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 11 научных трудов, 4 в рецензируемых журналах, ре-

комендуемых ВАК при Президенте РТ. Получены 1 патент и 1 удостоверение на рационализаторское предложение.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, обсуждения результатов, заключения, основных научных результатов диссертации, рекомендации по практическому использованию результатов, списка используемой литературы, изложенных на 146 страницах. Работа иллюстрирована 44 рисунками и 12 таблицами. Библиографический раздел содержит 229 источников, из них 138 русских и 91 зарубежный.

Содержание работы

Материал и методы исследования. В качестве обучающей выборки, наряду со знаниями и сведениями из литературы, использовалась информация по 112 больным с ХВЧГ на основании материалов кафедры нейрохирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе НМЦ РТ «Шифобахш» и ГУ КЗ «Истиклол» за период 2010 – 2018 годы. Больные с ХВЧГ распределены по возрасту и по полу, при этом использовалась общепринятая классификация ВОЗ, которая состоит из следующих возрастных групп: молодой возраст – 15 – 29 лет, младший средний возраст – 30 – 44, старший средний возраст – 45 – 59, пожилой возраст – 60 и более лет.

В структуре хронических внутричерепных гематом преобладали лица мужского пола – 83 (74,1%) пациента. В 29 (25,9%) случаях хронические внутричерепные гематомы диагностированы у лиц женского пола. Возраст больных варьировал от 15 до 75 лет. Средний возраст больных составлял $32,4 \pm 17,5$.

Количество больных с хроническими внутричерепными гематомами возрастает, достигая до 76 (67,8%), из всех 112 (100%) наблюдавшихся, т.е. это лица трудоспособного возраста.

Проведена статистическая обработка результатов хирургического лечения больных с ХВЧГ по программе Statistica 10.0, с использованием критерия Крускала – Уоллиса.

Характеристика основной неврологической симптоматики у пациентов с ХВЧГ по различным критериям разделена:

- по нарушению сознания; общемозговой симптоматике; нарушению речи;
- гемисимптоматике;
- менингеальной симптоматике; эпилептическим приступам, а также бессимптомному течению.

Наиболее частыми источниками кровотечения являлись поврежденные основные стволы или ветви средней оболочечной артерии – 29 (25,6%), или в сочетании с разрывом вен, идущих от кости к твердой мозговой оболочке, в – 16(14,2%) наблюдениях. Повреждения венозных синусов и мостиковых вен в результате различных видов травм в 24(21,4%) случаях более характерны были для ХСГ. В 8 (7,1%) наблюдениях, не подвергшихся операции, источники кровотечения оставались неизвестными.

По нашим наблюдениям, больные в фазе грубой декомпенсации в ясном сознании не встречались. В фазе умеренной клинической декомпенсации (ФУКД) доминировало – 44 (39,3%) случая с умеренным оглушением, в фазах клинической субкомпенсации (ФКС), умеренной и грубой декомпенсации, в целом, наблюдались 7 (6,3%) больных. В вышеуказанных фазах на вегетативном статусе поступили 2 (1,8%) пострадавших.

Продолжительность анамнеза у больных с ХВЧГ варьировала от 14 суток до 1 – го года. У 88 больных давность существования ХВЧГ была до 1 месяца, у 12 до 2 месяцев, у 8 больных от 4 до 6 месяцев, у 4 больных до 1года.

По локализации в 16 (14,3%) случаях наблюдений, ХВЧГ располагаются в височных долях мозга, что характерно для хронических эпидуральных и внутримозговых гематом. В 9 (8,0%) случаях ХВЧГ расположена в полушарном виде, что характерно только для ХСГ. В 4 (3,6%) случаях наблюдений ХВЧГ были локализованы в задней черепной ямке, что также характерно для ХЭГ и ХВМГ.

По объему ХВЧГ разделены на: малые – от 30 до 50мл, средние – от 50 до 100 мл и большие гематомы – от 100 мл и больше. Всего по виду ХВЧГ распределились на: малый объем – 24 (21,4%), средний – 47(41,9%), большой объем – 41(36,7%).

Все больные, поступившие с ХВЧГ, обследовались по клиническим принципам. Решение об оперативном вмешательстве базировалось на неврологических данных с учетом возраста больного, соматического статуса, отягощенности анамнеза, фазы заболевания, КТ и МРТ- исследований.

Главным КТ признаком ХВЧГ являлось изменение плотности структуры нормальных и патологических образований. Поскольку ХВЧГ имели гетерогенную плотность (которая зависела от стадии формирования гематомы) в диагностике ХВЧГ учитывали данные о деформации мозговых структур, наличие распространенности мозгового отека. Возможности метода существенно возросли в связи с созданием быстродействующих томографов и появлением спиральной КТ, способной производить мультипланарные и объемные 3D реконструкции. Исследования пациентов осуществляли на аппаратах Light Speed 32 и Discovery CT 750 OHD («General Electric», USA). Компьютерная томографическая информация при различных формах ХВЧГ Рисунок 1.

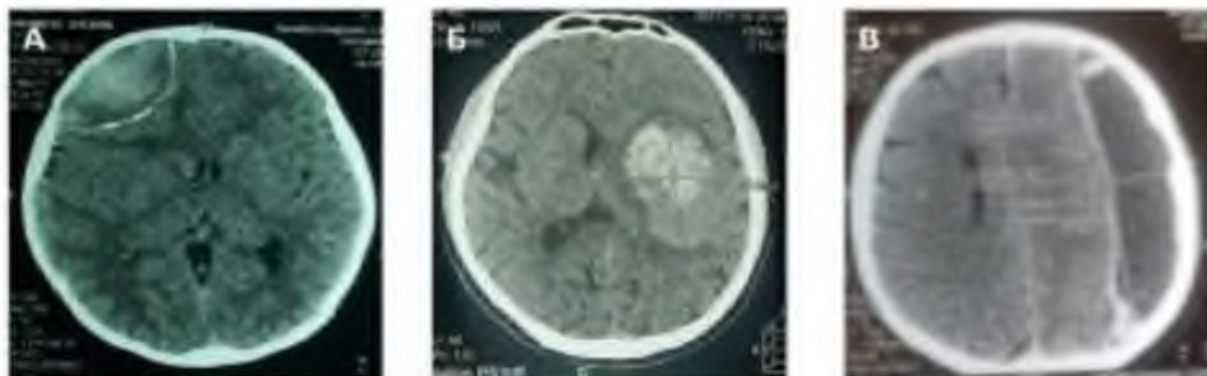


Рисунок 1.-Компьютерная томография в аксиальных срезах при всех формах ХВЧГ

Из 112 больных с ХВЧГ, у которых провели КТ исследования, были 45 (40,2%) случаев с гиподенсивной формой гематомы и 43 (38,4%) случая с изоденсивной формой гематомы. Всего 88 (78,6%) пациентов имели гипо- изоденсивные формы гематомы.

МРТ оказалась более информативным методом лучевой визуализации внутричерепных образований по сравнению с КТ и давала

более точное представление (в трансверсальной, сагиттальной и коронарной плоскостях) об анатомических структурах мозга, о состоянии свободной и связанной жидкости. Пациентам производили исследования на аппарате Vista Polaris («Picker», USA) и Discovery MR 750w 1,5. ОТ («General Electric», USA) на основе использования сверхпроводящего магнита с напряженностью поля 1.5 Тесла. Магнитно-резонансная томография при всех формах ХВЧГ представлена на рисунке 2.

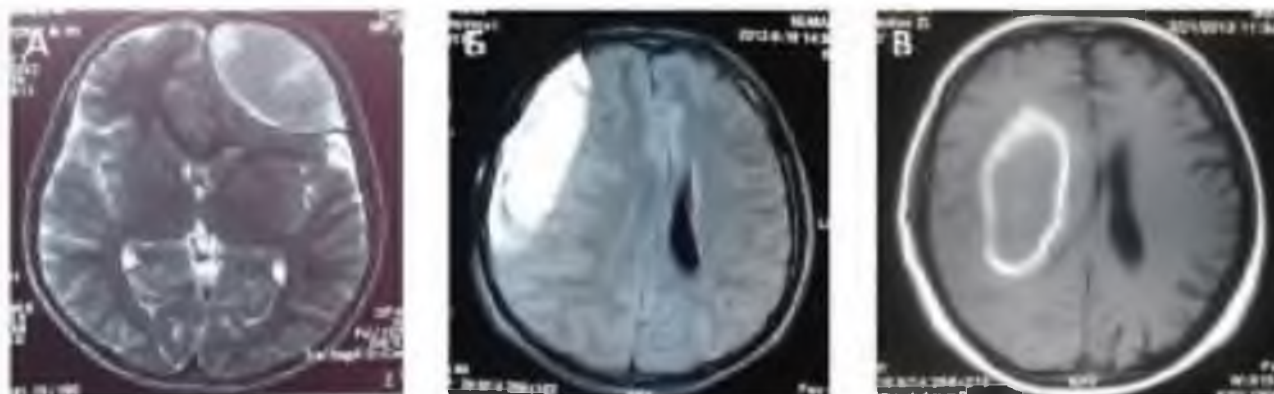


Рисунок 2. -Магнитно – резонансная томография при всех формах ХВЧГ в аксиальных срезах

С помощью МРТ выявляли границы гемorragического компонента ХВЧГ и неизменные зоны головного мозга. Оценивали состояние (компрессию или расширение) желудочков и субарахноидальных пространств, смещение срединных структур в случае развития масс-эффекта, соотношения базальных ядер, мозолистого тела.

Показания к операции при ХВЧГ у оперированных пациентов зависели от клиничко – неврологического статуса и данных КТ исследований, толщины и объема гематомы, степени смещения срединных структур головного мозга и компрессии базальных цистерн. По материалу исследования у 40 (35,7%) больных с ХЭГ показанием к операции являлись гематомы толщиной более 10 мм, вызывающие смещение срединных структур более, чем на 5 мм, независимо от уровня сознания и состояния пациента. У 43 (38,4%) больных с ХСГ показанием к операции явились супратенториальные локализации гематомы толщиной более 1 см, объемом более 30см³ и смещение срединных

структур более 5мм. А у 26 (23,2%) больных с ХВМГ показаниями явились путаменальная или медиальной внутримозговая гематомы объёмом более 30 мл, диаметром более 3 см, в теменной доли головного мозга, сопровождающаяся неврологическим дефицитом и приводящая к дислокации мозга, составляя по ШКГ менее 10 баллов, с грубым неврологическим дефицитом и с сопутствующими патологиями в стадии умеренной декомпенсации.

Противопоказания к оперативному вмешательству, согласно материалу диссертации, устанавливались исходя из общепринятой закономерности.

По виду анестезии, согласно материалу исследования, использованы различные как местные, так и общие виды внутривенного и эндотрахеального обезболивания с учетом состояния пациента, локализации и объема гематом.

Среди 112 (100%) пациентов с ХВЧГ операции производились под местной анестезией – у 72 (64,3%) больных, у 40 (35,7%) больных под общей анестезией.

Хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом

Все 112 поступивших больных оперированы различными методами в зависимости от вида и объема гематом. Использовались радикальные, в основном щадящие миниинвазивные методы хирургического лечения. В 3 случаях были произведены резекционные трепанации черепа, из них в одном случае, учитывая локализацию ХВМГ в задней черепной ямке, а в другом наблюдении произведена резекционная трепанация, с учётом нагноившейся, густой и плотной по характеру ХСГ в лобно – теменно – височной области головного мозга, и третья с учётом окостенения капсулы ХЭГ. У 73 (65,1%) больных была произведена операция миниинвазивным доступом, наложением одного фрезевого отверстия с последующим дренированием полости гематомы – системой закрытого наружного дренирования (ЗНД).

Рассмотрим тактику хирургического лечения всех видов внутричерепных гематом (таблица 1.) по отдельности с примерами.

Таким образом, в 73 (65,1%) случаях использовали МИХ с применением одного фрезевого отверстия и последующим закрытым наружным дренированием ХВЧГ, в 21(18,8%) случае применен миникраниотомический способ удаления ХВЧГ. В 14(12,5%) случаях, учитывая формы гематомы и состояние угнетения сознания, использованы КПТ или ДТЧ с сохранением костного лоскута под апоневрозом. В 4(3,6%) случаях применены современные технологии с эндоскопическим удалением хронических внутримозговых гематом.

Таблица 1. – Тактика хирургического лечения ХВЧГ

Виды ХВЧГ	Эвакуация через 1 фрезевое отверстие	Mini-craniotomia	Широкая краниотомия	Эндоскопический Метод	Итого
ХЭГ	30(26,8%)	7(6,2%)	3(2,7%)	-	40(35,7%)
ХСГ	35(31,3%)	4(3,6%)	4(3,6%)	-	43(38,4%)
ХВМГ	7(6,2%)	10(8,9%)	5(4,7%)	4(3,6%)	26(23,2%)
Сочетанный	1(0,9%)	-	2(1,8%)	-	3(2,7%)
Всего	73(65,1%)	21(18,8%)	14(12,5%)	4(3,6%)	112(100%)

Методом эвакуации ХСГ через ФО с установкой ЗНД по модифицированному способу Хайера Шульта 1879 г. рисунок 3.

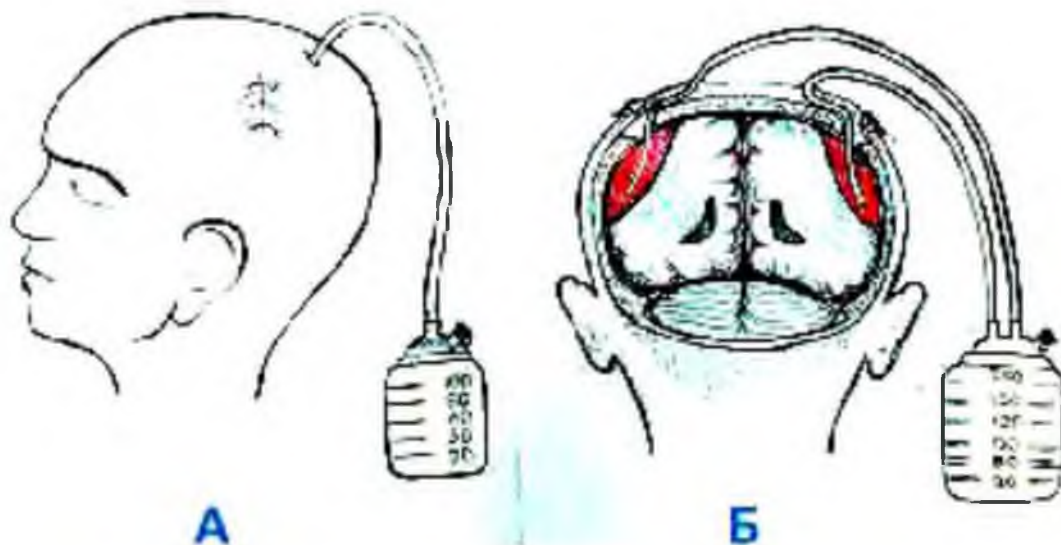


Рисунок 3.-Закрытое наружное дренирование модифицированным способом Хайера Шульта

(А, Б) – односторонняя и двухсторонняя контрапертурная установка дренажа.

Отличительная особенность модифицированного способа ЗНД по Хайеру Шульцу заключается в том, что дренажная трубка выводится наружу не через основную рану, а через другой контрапертурный разрез кожи, отступая от основной раны на 2-3 см сзади, и присоединяется к системе ЗНД во избежание пневмоцефалии - вхождения воздуха в субарахноидальное пространство, раневой ликвореи, менингита и менингоэнцефалита, вследствие проникновения инфекции в субарахноидальное пространство.

По материалам диссертации, в 73(65%) случаях проведено закрытое наружное дренирование ХВЧГ через 1 фрезевое отверстие модифицированным способом Хайера Шульца и получены «Патент на изобретение» № ТЖ 601 от 07.01.2014 г. и Удостоверение на рацпредложение №145 от 27.11.2013г.

Преимущества данного метода описаны ниже:

1. Метод малотравматичен и возможно его выполнение под местной анестезией.
2. Позволяет уменьшить угрозу инфекции, пневмоцефалии и снижает степень рецидива гематомы.
3. Промыванием гематомной полости можно остановить местный гиперфибринолиз и прервать самоподдерживающийся цикл микрогеморрагии из патологических сосудов наружной капсулы.
4. С помощью ЗНД одновременно можно дренировать двухсторонние ХВЧГ.
5. Способствует постепенному расправлению длительно сдавленного головного мозга гематомой.

Эндоскопический способ удаления ХВМГ через расширенное фрезевое отверстие является малотравматичным и практичным, также дает возможность одновременной визуализации полости гематомы, ирригации и контроля гемостаза без лишней тракции мозга.

Непосредственные результаты хирургического лечения пациентов с ХВЧГ у всех 112 больных. При статистической обработке результатов хирургического лечения больных с ХВЧГ применяли программу Statistica Сравнение количественных данных по виду опера-

тивного лечения и видам ХВЧГ, которые не имеют нормального распределения, проводили с использованием критерия Крускала – Уоллиса. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

При анализе трех групп по виду ХВЧГ (ХЭГ, ХСГ, ХВМГ) и виду операции: 1. эвакуация гематомы через одно фрезевое отверстие – 73 (65,7%); 2. миникраниотомия – 21(18,8%); 3. широкая краниотомия – 14 (12,5%), выявлены разнонаправленные изменения результатов хирургического лечения. Эндоскопический метод операции и сочетанные ХВЧГ не включены в статистическую обработку из-за малого количества больных. При сравнении полученных данных по критерию Крускала – Уоллиса установлена статистически значимая достоверность $p \leq 0,05$ ($5,598 \pm 40,50$) при хирургическом лечении «Эвакуация гематомы через одно фрезевое отверстие с последующим закрытым наружным дренированием» во всех видах ХВЧГ. Кроме того, эффективностью проведенного хирургического лечения служили прояснение уровня сознания, регресс неврологических дефицитов, нормализация изменения глазного дна, расправление длительным временем сдавливающего мозга ХВЧГ, данные КТ И МРТ исследований после выполнения различных видов оперативных вмешательств, в частности, миниинвазивной хирургии - данные задачи и были поставлены перед нами.

Анализ ближайших и отдаленных результатов с внедрением МИХ в лечении ХВЧГ по оценке исходов ШКГ хорошее восстановление наблюдалось у 93(83,0%) пациентов, умеренная инвалидизация в 14 (12,5%) случаях, грубая инвалидизация – в 3 (2,7%), а вегетативный статус - в 2(1,8%) случаях, летальность не наблюдалась.

Согласно данным материала работы и результатам хирургического лечения 112 (100%) пациентов с различными видами и формами ХВЧГ, впервые был разработан алгоритм дифференцированной тактики хирургического лечения ХВЧГ. (Рисунок 4).

Формы ХВЧГ разделяются на подвиды гематом: ХЭГ, ХСГ, ХВМГ и в сочетании, согласно данным КТ и МРТ исследований. Далее все формы ХВЧГ подразделены на критерии:

- формы гематомы по КТ и МРТ исследованиям, где определена плотность гематомы от + 18 до + 45 и более ед. Н (единица Хаусфильда);
- по уровню сознания по ШКГ от ясного до глубокого оглушения по ШКГ 11–15 баллов и от сопорозного до комы I – II по ШКГ меньше 10 баллов;
- по видам хирургического вмешательства от 1 фрезевого отверстия с ЗНД или без ЗНД до ДТЧ с сохранением костного лоскута под апоневрозом;
- виды анестезии от местной анестезии до общего эндотрохеального наркоза.

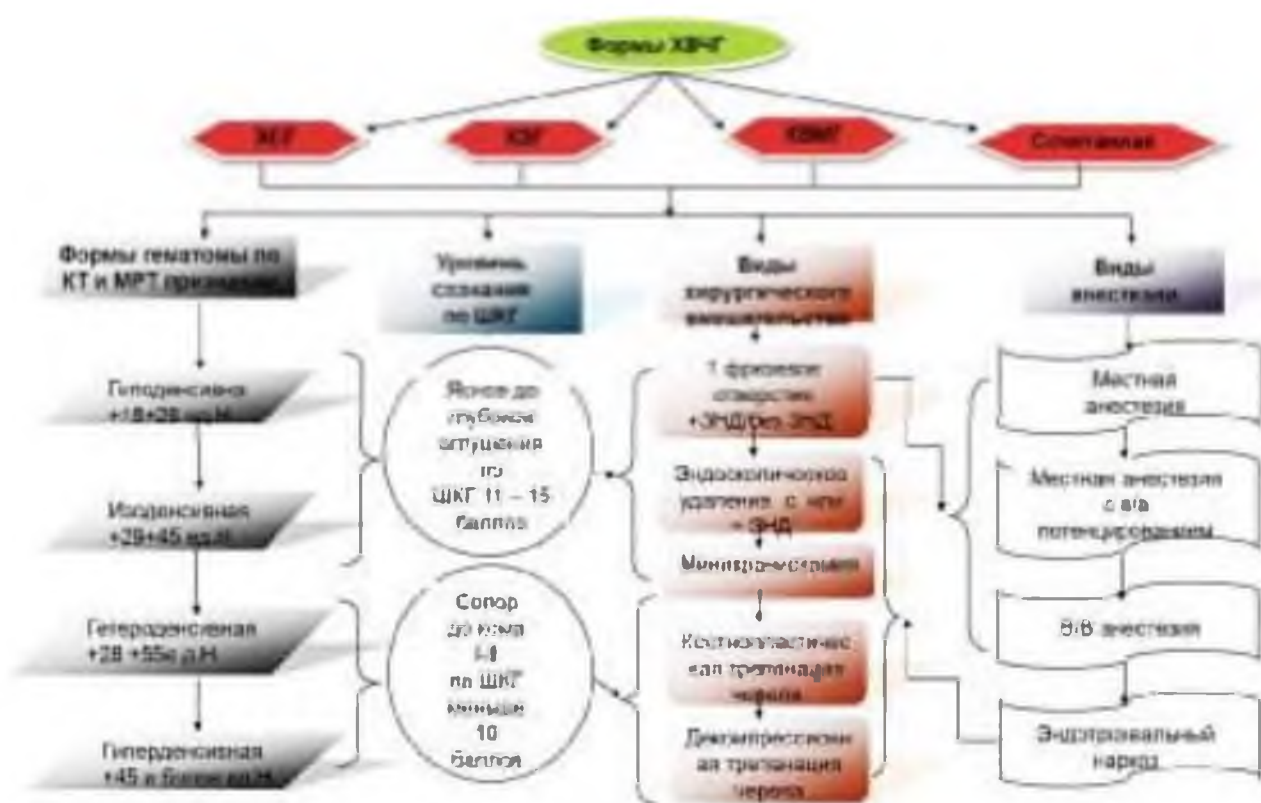


Рисунок 4.- Алгоритм дифференцированной тактики хирургического лечения при ХВЧГ

Анализ результатов внедрения МИХ в лечении ХВЧГ по оценке исходов ШКГ: хорошее восстановление наблюдалось у 93(83,0%) пациентов, умеренная инвалидизация в 14 (12,5%) случаях, грубая инвалидизация – в 3 (2,7%), а вегетативный статус в 2(1,8%) случаях, летальность не наблюдалась.

Созданный алгоритм дифференцированной тактики хирургического лечения пациентов с ХВЧГ дает преимущество применения в практической медицине и в обучении молодых специалистов в области нейрохирургии, для улучшения качества жизни пациентов, а также имеет социально – экономическое значение.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. У лиц пожилого возраста с ХВЧГ превалирует общемозговая симптоматика, чем очаговая, а течение болезни зависит от объёма, локализации, возраста и соматического фона больного [3 – А, 4 – А].
2. Компьютерная и магнитно - резонансная томография являются современным, высокоинформативным, и неинвазивными методами исследования для выявления хронических внутричерепных гематом, прослеживают динамику формирования капсулы в различных ее стадиях, а также для контрольного динамического наблюдения в послеоперационном периоде. [1 – А, 4 – А, 5 – А].
3. Применением миниинвазивных способов хирургического лечения ХВЧГ через одно фрезевое отверстие эвакуация всех видах гематомы с закрытым наружным дренированием, является малотравматичным, доступным, безопасным, эффективным и мало затратным. [4 – А, 5 – А].
4. Разработаны и внедрены в практику алгоритм дифференцированного подхода и оптимизированная хирургическая тактика оперативного вмешательства ХВЧГ, которые способствуют улучшению результатов лечения больных с ХВЧГ. [12 – А, 13 – А]

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. У больных с незначительными общемозговыми симптомами для выявления хронических внутричерепных гематом, необходимо применение высокоинформативных и неинвазивных методов исследования.
2. Применение компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга позволяют прослеживать динамику формирова-

ния капсулы в различных ее стадиях, а также для контрольного динамического наблюдения в послеоперационном периоде.

3. При всех видах хронических внутричерепных гематом с гетероденсивными формами и уровнем сознания до глубокого оглушения независимо от возраста пациента рекомендуется применение миникраниотомического способа удаления гематом.
4. Удаление мозжечковых и субкортикальных хронических внутримозговых гематом наиболее эффективным является пункционным методом с применением одного фрезевого отверстия и с последующим закрытым наружным дренированием.
5. Использование нейроэндоскопии в хирургии хронических внутримозговых гематом объемом более 30 мл и паравентрикулярной локализации, в эллипсоидной форме применить только путем одного фрезевого отверстия и должно осуществляться через точку Кохера с последующим закрытым наружным дренированием.
6. При хронических внутримозговых гематомах округлой формы возможно применение миникраниотомию с удалением гематомы через Сильсиеву щель или верхнюю височную борозду в глубине островка.
7. У пациентов старческого возраста с сопутствующей соматической патологией рекомендуется под местной анестезией эвакуация гематомы путем наложения одного фрезевого отверстия с последующим закрытым наружным дренированием.
8. При всех видах хронических внутричерепных гипер-гетероденсивными формы гематомы и уровнем сознания менее 10 баллов по ШКГ, рекомендуется применение широкой подвисочной декомпрессивной трепанации черепа с удалением гематомы, последующей дуропластикой с сохранением костного лоскута под апаневрозом.
9. В условиях нейрохирургических отделений Республики Таджикистан, где имеется возможность оказания круглосуточной помощи своевременным применением современных методов исследования и оперативного лечения пациентов, должны осуществляться с соблюдением предложенного нами алгоритма.

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах

- 1–А. Шоев С.Н. Современные технологии и новые способы в хирургическом лечении хронических внутричерепных гематом. / Чобулов А.Ч., Рахмонов Х. Дж., Ходжаев Ф. //Здравоохранение Таджикистана. - 2012. - №1. - С. - 123–127
- 2–А. Шоев С.Н. Диагностическое значение нейросонографии при травматических внутричерепных гематомах у детей раннего возраста. / Бердиев Р.Н, Турдибоев Ш. Гиесов Х.А., Рауфи Нихад. // Вестник Авиценны - 2013. - №4. - С. - 29 – 31.
- 3–А. Шоев С.Н. Малоинвазивное хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом. / Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А. // Вестник Авиценны - 2014. - №3. - С.- 46–49.
- 4–А. Шоев С.Н. Комплексный подход в хирургическом лечении хронических внутримозговых гематом / Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш. А., Рахмонов Х. Дж., Рауфи Нихад. // Здравоохранение Таджикистана - 2015. - №4. - С. - 100-104

Статьи и тезисы в сборниках конференции

- 5-А. Шоев С.Н. Компьютерно-томографическая характеристика хронических субдуральных гематом /Чобулов С. А., Ахмедов Б. Б., // Семейная медицина и современные аспекты общественного здравоохранения: пути интеграции и сотрудничества. Душанбе -2008г. С. 125
- 6–А. Шоев С.Н. Особенности клиники, диагностики и лечения двухсторонних хронических субдуральных гематом./Чобулов С. А., Хусейнов Э.С., // Оценка качества жизни пациентов и пути её улучшения. Душанбе -2009г. С. 371-372.
- 7–А. Шоев С. Н. Новые способы хирургического лечения хронических эпидуральных гематом /. Современная медицина в таджикистане в проблемы достижения и перспективы развития. г. Душанбе -2012г. С. 213-214
- 8–А. Шоев С.Н. Лечебно-диагностическая тактика травматических эпидуральных гематом у детей /Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А. // Тео-

ритеские и практические аспекты развития современной медицинской науки Душанбе- 2012, С. 402-403.

9–А. Шоев С.Н. Новые принципы технологии в хирургическом лечении хронических внутричерепных гематом. / Давлатов М.В., Суниро Одина М.// Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки. Душанбе -5 апреля 2013г. С. 172-173

10–А Шоев С. Н. Муносибатҳои комплекси дар табобати чарроҳии хуномоси музмини дохилимайнаги. / Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш. А., Рахмонов Х. Д., Рауфи Нихад. // Авчи Зухал. №4 Душанбе-2014г. С. 10-14.

11–А Шоев С.Н. Оценка эффективности методов диагностики при травматических внутричерепных гематомах у детей раннего возраста. / Турдибоев Ш.А., Рауфи Нихад. Мирмастов А. Д.// Вклад медицинской науки в оздоровление семьи 20. ноября 2015г. Душанбе 458-459

Патент на изобретение и рацпредложение

12–А. Шоев С.Н., Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А, Гиесов Х.А. // Миниинвазивный способ удаления подострых и хронических форм эпидуральных гематом. // рацпредложение №145 от 27.11.2013г.

13–А. Шоев С.Н., Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А, Гиесов Х.А.// Миниинвазивный способ удаления подострых и хронических форм эпидуральных гематом. // патент на изобретения № ТЈ 601 от 07.01.2014г.

Список сокращений и условных обозначений

ВАК	- Высшая аттестационная комиссия
ВЧГ	- Внутричерепные гематомы
ГУ КЗ	- Государственное учреждение комплекс здоровья «Истиклол»
ЗНД	- Закрытое наружное дренирование
КПТ	- Костно–пластическая трепанация
КТ	- Компьютерная томография
МРТ	- Магнитно–резонансная томография
МИХ	- Миниинвазивная хирургия
НМЦ РТ	- Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш»
ТГМУ	- Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
ТМО	- Твердая мозговая оболочка
ФКК	- Фаза клинической компенсации
ФКД	- Фаза клинической декомпенсации
ФУКД	- Фаза умеренной клинической декомпенсации
ФГКД	- Фаза грубой клинической декомпенсации
ФО	- Фрезевое отверстие
ХВМГ	- Хроническая внутримозговая гематома
ХВЧГ	- Хронические внутричерепные гематомы
ХСГ	- Хроническая субдуральная гематома
ХЭГ	- Хроническая эпидуральная гематома
ЧМТ	- Черепно–мозговая травма
ШКГ	- Шкала комы Глазго

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАҲСИЛОТИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.089; 616.5-003.215; 616.8-089

ШОЕВ САӢДУЛЛО НАЗУЛЛОЕВИЧ

**МУОЛИЦАИ ҶАРРОҲИИ ХУНОМОСҶОИ МУЗМИНИ
ДОХИЛИ КОСАҲОНАИ САР**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илмҳои тиб

аз рӯйи ихтисоси 14.01.18 – нейрочарроҳӣ

Душанбе 2020

Таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии асаби МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Бердиев Рустам Намазович** доктори илмҳои тиб, профессор мудири кафедраи ҷарроҳии асаб ва осебҳои омехтаи Муассисаи таълимии давлатии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Ашуров Раҳмонкул Гурезович** доктори илмҳои тибб, муовини директор оид ба илм таъб ва нашри Муассисаи давлатии Маҷмааи тандурустии “Истиклол”

Ҳабибов Искандар Махмадович н.и.т., корманди калони илми МД “Маркази Ҷумҳуриявии илмию клиникӣ педиатри ва ҷарроҳии кудакона” ВТ ва ҲИА ҶТ

Муассисаи пешбар: Чаъбияти Кушодаи «Маркази миллии нейроҷарроҳии Ҷумҳурии Казокистон»

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «22» январ соли 2021 соати «13⁰⁰» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D. КОА – 025 дар назди Муассисаи давлатии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино дар суроғаи: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139 баргузор мегардад.

Бо рисолаи илмӣ дар сайти расмии Китобхонаи илмии Муассисаи давлатии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино (www.tajmedun.tj) шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «22» декабри соли 2020 тавзеъ шудааст.

**Котиби илмии
шӯрои диссертатсионӣ,
д.и.т.,**

Юнусов И.А.

МУҚАДДИМА

Мубрамӣ ва зарурати баргузории таҳқиқот оид ба мавзӯи диссертатсия. Хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар то вақтҳои охир паталогияи нодир ба ҳисоб мерафтанд. Вазни нисбии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар (ХМДКС) дар миёни ташкилаҳои ҳачмии мағзи сар 1–7%-ро ташкил дода, дар миёни хунрезии назарраси дохили косахонаи сар ба 12–25,5% мерасанд. (Ғрысов К.Б., 2017, Арзикулов Ж.М., 2018, Jiang J. 2017, Masotti L.2020, Shibata Y. 2020).

Дар солҳои охир сабабҳои асосии бештар дучор омадани ХМДК паҳншавии осебҳои косахонаю мағзи сар ва бемориҳои сереброваскулярий мебошанд [Крылов В.В. 2016, Козинский А.В. 2018, Семенов А.В. 2019]. Сактаи хунрезии мағзи сар дар миёни шаклҳои гуногуни ихтилолоти шадиди хунгардиши мағзи сар ҷойи дуумро ишғол мекунад. Аз рӯйи маълумоти сабти сактаи мағзи сар дар солҳои 2015-2017 14-25% ҳамаи шаклҳои ихтилолоти шадиди хунгардиши мағзи сар (ИШХМС) ба сактаи хунрезии мағзи сар рост меояд, Дар ин ҳол басомади хунрезии дохили мағзӣ ҳангоми бухрони фишорбаландӣ пайваستا дар ҳоли афзудан мебошад [Скворцова В.И., 2017. Ткачев В.В. 2018, Мустафин М.С., 2018]. Ҳангоми сактаи хунрезии мағзи сар ҳолатҳои фавт метавонад аз 70 то 90%-ро ташкил диҳад [В.В.Крылов, 2016, Е.И. Гусев, 2017, Радьков И.В., 2017, Hetlikh A.M., 2019]

Хуномосҳои музмин дар тафовут аз шаклҳои шадид ва зершадид дорои филофи маҳдудкунанда мебошанд, ки ба пайдошавии механизмҳои мураккаби патогенетикии беморӣ вобастагӣ дошта, ҳанӯз ҳам пурра ошкор нашудаанд [Спирин А.Л., 2015, Курилина Л.Р. 2015, Fujii M, 2016, Takada Y, 2017, Ganapathy K, 2016, Koliass A.G. 2017] Ин нукта басо муҳим аст, ки агар пештар ХМДКС тақрибан пурра дар шахсони калонсол ва кӯҳансолон ошкор мешуда бошад, дар замони ҳозира беморӣ хеле «ҷавон» шудааст ва аксаран дар байни ҷавонон ва шахсони миёнсол ва ҳатто кӯдакон ба мушоҳида мерасад [Мартirosян В.А., Смирнов А.А., 1999, Христианто Б. 2015]. Зиёдшавӣ ва густариш ёфтани ҳудуди синну солии ХМДКС масъалаи оид ба равиши мувофиқи

чарроҳиро ба таври чиддӣ ба миён мегузорад. (Яриков А.В. 2017, Шестериков Я.А. 2018, Takeuchi S, 2015, Viallon M, 2017)

Дарачаи омӯхта шудани масъалаи илмӣ. Назар ба маълумоти бисёр муаллифон проблемаи муолиҷаи шаклҳои номбаршудаи хунрезихои дохили косахонаи сар, то ҳол мубрам боқӣ мемонад, зеро сарфи назар аз дастовардҳои нейрочарроҳии муосир патологияи мазкур бо нишондиҳандаҳои баланди фавт ва маъюбшавӣ ва маълулшавии аксар шахсони синну соли қобили меҳнат ҳамроҳ мебошад.

ХМДКС аз шумори беморӣҳое мебошанд, ки қобили тавачҷух хоса мебошанд. Бештар аз ним аср аст, ки пас аз соли 1857 ба таърифи расидани китоби “Das Haematom der dura mater”, ки ба қалами “падари анатомияи патологӣ” Рудолф Вирхов тааллуқ дорад, намояндагони соҳаҳои мухталифи тиббӣ ва биологӣ омилҳои ХМДКС, ташаккул ва муҳлати инкишофи парда ва барғаҳои берунии ва дарунии онро мавриди омӯзиш қарор медиҳанд. [Лихтерман Л.Б. 2013, Ошоров А.В., 2013, Трубилова М.С., 2018, Семенов А.В., 2019, Shibata Y., 2020].

Тибқи нишондоди адабиёти россиягӣ ва хориҷӣ сабаби пайдоиши ХМДКС дар 70% то 80,6% осеби косахонаву мағзи сар вомехӯрад, ки аз шумори он 10%-ро осеби вазнини косахона ва мағзи сар ташкил медиҳад. Пас аз он иллатҳои рағҳо: кафидани аневризмаҳои шараёнӣ, хунравӣ аз малформатсияҳои шараёну варидӣ ё инсулти гемморагӣ меистад. [Ветер С.Ю., 2011, Фирсов С.А., 2012, Захарова Н.Е., 2013, Корниенко В.Н., 2013, Гуляев Д.А., 2013, Makhamov K.E. 2019].

Омӯзиши ХМДС дар таҳқиқотҳои сершумори муаллифони россиягӣ ва хориҷӣ ёфтааст, вале мо аз онҳо чанбаҳоеро, ки асос барои коркарди самаранок ва муқаммали муолиҷаи беморон бо ХМДКС мебошад, мавриди тавачҷух қарор додем. [Мороз В.В., 2011, Крылов В.В., 2013, Жанайдар Ж.С., 2014, Чянулис Э., 2014, Сороговец А.И., 2018, Lee K.S. 2012, Krilov V.V, 2014,].

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот. Асарҳои илмии донишмандони ватанӣ ва хориҷӣ оид ба проблемаи муолиҷаи чарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар, равиши

тафрикавии бештар мубрам бо дарназардошти синну соли зарардидагон, марҳилаи клиникаи беморӣ ва истифодаи методҳои муосири таҳлили беморӣ асос ва заминаи таҳқиқотро ташкил медоданд. Маводи пешниҳоднамудаи Маркази миллии тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ХМДКС асоснок кардани интиҳоби муолиҷаи инфиродӣ мувофиқи ХМДКС-ро бо қорбурди густардаи методҳои бештар камзарар, бехатар ва дар айни замон самараноктарро имконпазир менамояд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мебошад

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани зухуроти клиникӣ ва вижагиҳои ҷараёни хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ;
2. Муайян намудани дараҷаи иттилоотрасонии методҳои таҳқиқоти томографияи компютерӣ (ТК) ва томографияи магнитӣ муқовиматӣ (ТММ) қабл ва баъд аз ҷарроҳии беморони гирифтори хуномосҳои гуногуни дохили косахонаи сар;
3. Арзёбии самаранокии методҳои муолиҷаи ҷарроҳии хуномосҳои музмини гуногуни дохили косахонаи сар бо роҳи мониторинги комплекси клиникаю афзорӣ;
4. Қоркард намудани алгоритм ва равиши муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори ХМДКС.

Объекти таҳқиқотро 112 нафар беморони гирифтори хуномосҳои музмини гуногуни дохили косахонаи сар (83 нафар - 74,1%-мрдон ва 29 нафар - 25,9% занон ташкил мекарданд.

Мавриди таҳқиқот беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар буданд.

Методҳои таҳқиқот. Барои ноил шудан ба мақсади таҳқиқот ва ҳалли масъалаҳои мавриди баррасӣ бо беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар методҳои таҳқиқи бе-

олоиши нейроофтальмологӣ, томографияҳои компютерӣ ва магнитию муковиматӣ (КТ ва ТММ) роҳандозӣ гардиданд.

Соҳаи таҳқиқот: Таҳқиқот ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.18-Нейрочарроҳӣ мувофиқат мекунад.

Зербанди 3.1. Хусусиятҳои клиникии ХМДС бо назардошти омилҳои синнусолӣ ва марҳалаи беморӣ омӯхта шудааст. 3.3. истифодаи усулҳои ғайриинвазивӣ, аз қабili ТК ва ТМР-ро дар ташҳиси ХМДС давраи бистаришавии бемор ва марҳалаи пас аз муолиҷа мувофиқи мақсад мебошад. 5.1. Таҳлили натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморон бо ХМДС бо истифода аз усулҳои миниинвазивӣ дар амалияи тиб ва нейрочарроҳӣ бартарият дорад.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Таълифи диссертатсия аз тарафи муаллифи таҳқиқот ба таври марҳилавӣ сурат гирифтааст. Дар марҳилаи якум муаллиф адабиёти мавҷуда оид ба мавзӯи таҳқиқоти диссертатсиониро мавриди омӯзиш қарор дода, мавзӯ ва мақсади диссертатсия мушаххас ва тасвир дода шуд.

Дар марҳилаи дуюм ҷамъовариҳои мавод оид ба мавзӯи интихобгардидаи рисолаи илмӣ, мақолаҳои илмӣ, фишурдаи таълифот ва муҳтавои бобҳои диссертатсия таълиф гардиданд. Марҳилаи сеюм ба амал татбиқ намудани натиҷаҳои таҳқиқотро дар бар мегирифт. Дар марҳилаи чорум бошад, коркарди омории натиҷаҳои бадастомада ва тартибу танзими адабии таҳқиқот дар шакли диссертатсияи мураббаъ анҷом дода шуд.

Заминаи асосии иттилоотӣ ва таҳқиқотӣ. Дар таҳқиқот иттилооти зарурӣ (рисолаҳои илмии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дар Федератсияи Россия, мақолаҳои илмии маҷаллаҳо, маводи симпозиумҳо ва конференсияҳо) оид ба муолиҷаи ҷарроҳии хуномосҳои музмини дохили косоҳонаи сар мавриди омӯзиш қарор гирифт. Таҳқиқот дар кафедраи нейрочарроҳии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар назди ММТ ҶТ «Шифобахш» ва МД МС «Истиклол» иҷро шудааст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот тавассути ба таври гузарда дар амал истифода

намудани методҳои муосири клиникӣ ва афзорӣ тасдиқ шудааст. Ҳамаи натиҷаҳои бадастомада ва хулосаҳо ба усули тибби исботӣ асос ёфтаанд. Қоркарди омӯрӣ эътимоднокии натиҷаҳои бадастомадаро тасдиқ намуд.

Навгони илмӣ. Дар асоси омӯхта шудани анамнез, марҳилаи клиникӣ, синну сол, мавқеъ ва намуди хуномоси дохили косахонаи сар аз рӯйи маълумоти нейробасарикунонӣ (ТК, ТММ) тарзҳои гуногуни муолиҷаи ҷарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар муносиб гардонид шуданд.

Зарурати истифодаи системаи тағйирёфтаи Хайер Шулт дар муолиҷаи ҷарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар (пешниҳоди ихтироъкории № 145.

«Тарзи камолоиши бартарафкунии хуномосҳои зершадид ва музмини эпидуралӣ» аз 27.11.2013 ва патент оид ба ихтирои № ТҶ 601 таҳти унвони «Тарзи камолоиши бартарафкунии хуномосҳои зершадид ва музмини эпидуралӣ» аз 7.01.2014) исбот карда шудааст Нахустин бор нақши нейроэндоскопия дар ҷарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар тавассути нуқтаи Кохер бо роҳи як пармашикофи косахонаи сар бо обияткашии пӯшидаи беруна муайян карда шудааст.

Аввалин маротиба алгоритми расонидани ёрии махсусгардонидашудаи асабҷарроҳӣ ба беморони гирифтори ХМДКС таҳия карда шуд.

Исбот шудааст, ки дар 73 (65,1%) беморон ҳангоми муолиҷаи ҷарроҳии ХМДКС ба воситаи як пармашикофи косахонаи сар бо обияткашии пӯшидаи беруна дар ҳамаи намудҳои ХМДКС аз рӯйи меъёри Крускал-Уоллис эътимоднокии назаррас $p \leq 0,05$ мебошад.

Аҳамияти назариявӣ таҳқиқот дар он аст, ки нуқтаҳои назариявӣ ва методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия пешниҳодгардидаро метавон дар раванди таълимии муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ мавриди истифода қарор дод.

Аҳамияти амалии таҳқиқот дар он мебошад, ки ба таври густарда дар амал татбиқ намудани муолиҷаи ҷарроҳии камолоиши ХМДКС имконияти ба таври назаррас кӯтоҳ намудани да-

вомнокии чарроҳӣ, коҳиш додани хароҷоти моддӣ ва муҳлати дар беморхона бистарӣ будани беморонро фароҳам меоварад. Нишон дода шудааст, ки ҳиссаи чарроҳии камолоиш дар миёни ҳамаи чарроҳҳои вобаста ба хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар бояд на камтар аз 65%-ро ташкил диҳад.

Нишондодҳо ва ғайринишондодҳо нисбат ба намудҳои гуногуни чарроҳҳои хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар вобаста ба вазнинии ҳолати бемор ва шакли анатомии хуномос муайян карда шудаанд.

Алгоритми муносибати тафриқавӣ ва равиши муносибгардонидашудаи амали чарроҳии ХМДКС ба беҳтаршавии натиҷаҳои муолиҷаи беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мусоидат менамояд.

Нуктаҳои асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Дар сохтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мардҳо аксариятро ташкил медоданд 83 (74,1%) нафар аз синни 15 то 44 сола, аз ҷумлаи онҳо шахсони қобили меҳнат - 76 (67,9%) нафар буданд.
2. Натиҷаҳои таҳқиқот тасдиқ намуданд, ки дар этиологияи пайдошавии ХМДКС осебҳои косахона ва мағзи сар (ОКМС) бартарӣ доранд, дар 75 (67,0%) нафар бемороннохушиҳо осебҳои косахона ва мағзи сар натиҷаи садамаҳои нақлиётӣ ва корҳои сохтмонӣ будааст.
3. Иҷрои тадбирҳои нейробасарикунонӣ (ТК ва ТММ) барои ҳамаи беморони ХМДКС ҳатмӣ мебошад ва ошкорсозии мавқеъ, шаклҳо ва намудҳои хуномосҳоеро, ки муолиҷаи чарроҳиро талаб мекунанд, имконпазир менамоянд.
4. Дар 83(74,1%) мушоҳидаҳо ХМДКС хуномосҳои музмини субдуралӣ (ХМС) ва хуномосҳои музмини эпидуралӣ (ХМЭ) ҷой доштанд, ки манбаи хунрезӣ шохаҳои шараёни миёнаи ғишой, синусҳои варидӣ ва варидҳои пулчавӣ мебошанд.

Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия дар таҳқиқот. Бо ширкати бевоситаи довтолаби дараҷаи илмӣ ҷамъоварии иттилоот ва маводи илмӣ оид ба мушоҳидаҳои клиникии зарардидагони гирифтори ХМДКС анҷом дода шудааст. Муаллифи диссертатсия

дар амалҳои ҷарроҳӣ иштирок карда, ҷамъбаст ва таҳлили оморӣ натиҷаҳои бадастомадаро роҳандозӣ намудааст. Дар бораи таҳқиқоти илмӣ мақолаҳоро ба ҷоп расонидааст, натиҷаҳои таҳқиқот тасвиб гардида, дар шӯъбаҳои тахассусии беморхонаҳо татбиқ карда шудаанд. Муаллифи таҳқиқот дар коркарди патент ва пешниҳодҳои ихтироӣ бевосита иштирок доштааст.

Тасвиби таҳқиқот ва иттилоот оид ба натиҷаҳои корбурди онҳо. Нуктаҳои асосии рисолаи илмӣ дар маҷлиси васеи комиссияи экспертию проблемавии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (протоколи №7 аз 01.07.2014), дар конференсияҳои илмӣ амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, инчунин дар анҷумани ҷарроҳони кӯдакон, иншоршinosон ва тахдиромӯзони Тоҷикистон бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, соли 2014) гузориш ва баррасӣ гардидааст

Натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ дар фаъолияти амалии шӯъбаҳои нейрочарроҳии ММТ ҶТ «Шифобахш»-и ВТ ҶИА ва МД МС «Истиклол», инчунин дар корҳои илмӣ, таълимӣ ва муолиҷавии кафедраи нейрочарроҳӣ ва осебҳои ҳамроҳи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино мавриди истифода қарор дода шудааст.

Интишороти натиҷаҳои диссертатсия. Оид ба мавзӯи диссертатсия 11 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷоп расонида шуда 1 патент ва 1 шаҳодатномаи пешниҳоди ихтироӣ дарёфт гардидааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 146 саҳифаи матни компютерӣ иншо гардида, аз муқаддима, панҷ боб, бахши баррасии натиҷаҳо, хулоса, натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо, феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Диссертатсия дорои расмҳо, намудорҳо ва ҷадвалҳо 12 ва расмҳо 44 буда, бахши библиографӣ 229 маъхазро дар бар мегирад, ки 138 номгӯй ба забони русӣ ва 91 номгӯй ба забонҳои хориҷӣ мебошанд.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва методҳои таҳқиқот. Ҳамзамон бо донишҳо ва иттилооти адабиёти соҳавӣ ба сифати интихоби омӯзишӣ иттилоот

оид ба 112 нафар беморони гирифтори ХМДКС дар асоси маводи кафедраи нейрочарроҳии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар назди ММТ ҚТ «Шифобахш ва МД МС «Истиклол» дар давраи солҳои 2010-2018 истифода шудааст. Беморони гирифтори ХМДКС аз рӯйи синну сол ва ҷинс тақсим карда шуданд ва мо таснифи маъмули ТУТ ва мавриди қабули ҳамагонро истифода намудем, ки аз чунин гурӯҳҳои синнусолӣ иборат аст: синни ҷавонӣ 15-29- солагӣ, синни миёнаи ҷавонӣ - 30-44 - солагӣ, синни миёнаи калонсолӣ - 45-59 - солагӣ, синни калонсолӣ - 60- солагӣ ва аз он боло. Дар сохтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мардон дар 86 (74,1%) аксарият доштанд. Дар 29 (25,9%) ҳолатҳо хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар дар замон ташхис карда шуд. Синни беморон аз 15 то 75-солагиро дар бар мегирифт ва синни миёнаи беморон $32,4 \pm 17,5$ - ро ташкил менамуд.

Миқдори беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар афзуда, то ба 76 (67,8%) нафар аз ҷумлаи ҳамаи 112 (100%) мушоҳидашудагон, яъне шахсони синни қобили меҳнат мерасад.

Коркарди омории натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори ХМДКС ба воситаи барномаи Statistica 10.0 бо истифодаи меъёри Крускал-Уоллис анҷом дода шуд.

Тавсифномаи аломатҳои асосии неврологии беморони гирифтори ХМДКС аз рӯйи меъёрҳои гуногун чунин тақсим шудааст: аз рӯйи ихтилолотӣ шуур, аломати умумимағзӣ, ихтилолотӣ нутқ, аломатҳои хун, аломатҳои мағзпарда, эпихуруҷҳо ва инчунин ҷараёнҳои беаломат.

Бештарин манбаи хунрезҳо осебҳои танай асосӣ ё шохаҳои шараёни миёнаи ғишай дар 29 (25,6%) мушоҳидаҳо ё ҳамроҳ бо қатъ гардидани варидҳои аз устухонҳо ба пардаи саҳти мағз сар идомадошта дар 16 (14,2%) мушоҳидаҳо ҷой доштанд. Ҳангоми осеббинии рағҳои синусии варидӣ ва варидҳои пулҷавӣ дар натиҷаи осебҳои гуногун дар 24 (21,4%) мушоҳидаҳо бештар барои ХМС хос буданд. Дар 8 (7,1%) мушоҳидаҳо, ки амали ҷарроҳӣ ҷой надошт, манбаи хунрезҳо номаълум монданд.

Аз рӯйи мушохидаҳои мо беморони дар марҳилаи ғайричубронии дағали шуури возехдошта дучор наомаданд. Дар марҳилаи ғайричубронии муътадили клиникӣ (МҒҶМК)- 44 (39,3%) қарахату мабхутии муътадил, дар марҳилаҳои зерчубронии клиникӣ (МЗК) чуброннопазирии муътадил ва дағал умуман дар 7 (6,3%) нафар беморон бартарият дошт. Дар марҳилаҳои номбурда дар вазъи вегетативӣ 2(1,8%) нафар зарардидаро ба беморхона оварданд. Давомнокии анамнез дар беморони гирифтори ХМДКС аз 14 шабонарӯз то 1 солро ташкил намуд. Дар 88 нафар беморон собиқаи мавҷуд будани ХМДКС то 1 моҳ, дар 12 нафар то 2 моҳ, дар 8 нафар аз 4 то 6 моҳ ва дар 4 нафар беморон то 1 сол будааст.

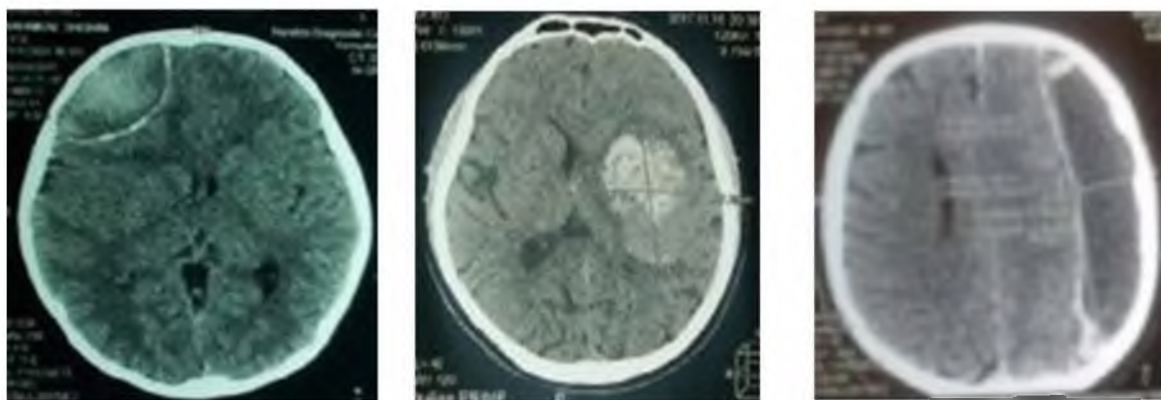
Аз рӯйи мавқеъ бошад, дар 16 (14,3%) ҳолатҳои мушохида ХМДКС дар ҳиссаҳои шақиқавии мағзи сар ҷой дошт, ки барои хуномосҳои музмини эпидуралӣ ва дохилимағзӣ хос буд. Дар 9 (8,0%) ҳолатҳо ХМДКС дар намуди нимкура ҷойгир шуда буд, ки танҳо барои ХМС хос мебошад. Дар 4 (3,6%) ҳолатҳои мушохидаҳо ХМДКС дар фурурафтагии акиби косахонаи сар мавқеъ дошт, ки ҳамчунин барои ХМЭ ва ХМДМ хос буд.

Аз рӯйи ҳаҷм хуномосҳо ба хурд аз 30 то 50 мл, миёна аз 50 то 100 мл ва калон аз 100 мл калонтар тақсим карда мешаванд. Ҳамагӣ аз рӯйи намуд ХМДКС ба хурдҳаҷм 24 (21,4%), миёнаҳаҷм 47(41,9%) ва калонҳаҷм-41 (36,7%) ҷудо шудаанд.

Ҳамаи беморони бистаришудаи гирифтори ХМДКС тибқи усули клиникӣ мавриди таҳқиқ қарор гирифтанд. Қарор оид ба амали ҷарроҳӣ ба маълумоти неврологӣ бо дарназардошти синну соли бемор, мақоми соматикӣ, вазнинии анамнез, марҳилаи беморӣ ва таҳқиқоти ТК ва ТММ қабул карда мешуд.

Нишонаи асосии ХМДКС тағйирёбии зичии сохтори ташкилаҳои меъёрӣ ва патологӣ ҳисоб мешуд. Азбаски ХМДКС зичии номутачонис дошт (ба марҳилаи ташаккули хуномос вобаста буд), дар ташҳиси ХМДКС маълумот дар бораи шаклтағйирдиҳии сохторҳои мағзи сар, вучуд доштан ва паҳншавии варами мағзӣ ба назар гирифта мешуд. Дар робита бо ихтироъ гардидани томографҳои зудамал ва пайдоши ТК ҳалзунии кодир ба баровардани тасвирҳои бисёрченакӣ ва ҳаҷмии 3 D имкониятҳои ме-

тод ба таври назаррас афзуд. Таҳқиқи беморон дар дастгоҳҳои Light Speed 32 и Discovery CT 750 OHD («General Electric», USA анҷом дода шуданд. расми 1

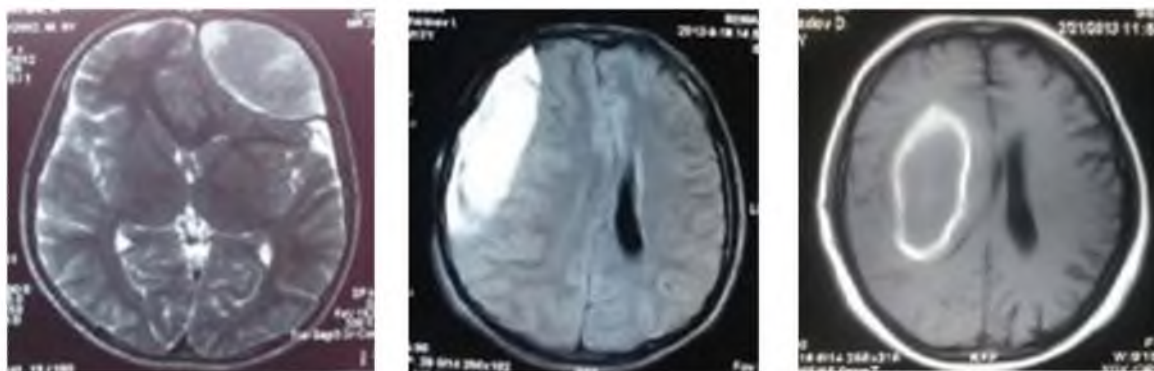


Расми 1.-Томографияи компютерӣ дар буришҳои меҳварӣ ҳангоми ҳамаи шаклҳои ХМДКС.

Аз 112 нафар беморони гирифтори ХМДКС, ки бо онҳо таҳқиқоти ТК гузаронида шуд, дар 45 (40,2%) ҳолатҳо шаклҳои гиподенсивии хуномосҳо ва дар 43 (38,4%) ҳолатҳо шаклҳои изоденсивии хуномосҳо мавҷуд буданд. Ҳамагӣ 88 (78,6%) нафар беморон дорои шаклҳои гипо-изоденсивии хуномосҳо буданд.

Томографияи магнитуи муқовиматӣ (ТММ) методи бештар боиттилои басарикунонии шуоии ташкилаҳои дохилимағзӣ дар муқоиса бо ТК буда, тасавури дақиқтарро (аз лиҳози трансверсалӣ, сагитталӣ ва коронарӣ) оид ба сохторҳои анатомии мағзи сар, дар бораи моеъҳои озод ва пайваста фароҳам мекунад. Таҳқиқоти беморон дар дастгоҳҳои Vista Polaris («Picker», USA) и Discovery MR 750w 1,5. ОТ («General Electric», USA) дар асоси истифодаи магниту фароноқил бо шиддатнокии майдони 1.5 Тесла роҳандозӣ гардид.

Бо ёрии ТММ ҳудудҳои ҷузъи хунрезии ХМДКС ва минтақаи бетағйири мағзи сар ошкор карда шуд. Ҳолати (фишурдагӣ ва васеъшавӣ) меъдаҷаҳо ва фазоҳои зерпардаи анкабутӣ (субарахноидалӣ), ҷойивазкунии сохторҳои миёнаӣ дар ҳолати пайдошавии масс-самара, таносуби ҳастаҳои асосӣ, ҷисми обилавӣ мавриди арзёбӣ қарор дода шуд. Расми 2.



Расми 2.-Томографияи магнитою муқовиматӣ ҳангоми ҳамаи шаклҳои ХМДКС дар буришҳои меҳварӣ.

Нишондодҳо ба амалҳои ҷарроҳӣ ҳангоми ХМДКС дар беморони ҷарроҳишуда аз вазъи клиникию неврологӣ ва маълумоти таҳқиқоти ТК, захомат ва ҳаҷми хуномос, дараҷаи ҷойивазкунии сохторҳои миёнавии сохтори мағзи сар ва фишурдагии зарфҳои бунёдӣ вобастагӣ дошт. Аз рӯйи маводи таҳқиқот дар 40 (35,7% беморони гирифтори ХМЭ нишондод барои ҷарроҳӣ хуномосҳои дорои захомати беш аз 10 мм), ки боиси ҷойивазкунии сохторҳои миёнавӣ ба андозаи бештар аз 5 мм мегардад, новобаста аз дараҷаи шуур ва ҳолати бемор мебошад. Дар 43 (38,4%) нафар беморони гирифтори ХМС барои ҷарроҳӣ мавқеияти супратенториалии хуномос бо захомати бештар аз 1 см бо ҳаҷми бештар аз ва 30 см³ ҷойивазкунии сохторҳои миёнавӣ ба андозаи бештар аз 5 мм нишондод буд. Дар 26 (23,2%) беморони гирифтори ХМДКС бошад, нишондод барои амали ҷарроҳӣ хуномосҳои путаменалӣ ва медалии дохилимағзӣ бо ҳаҷми бештар аз 30 мл, бо қутри беш аз 3 см дар ҳиссаи фарқи мағзи сар ҳамроҳ бо норасоии неврологӣ ба бечошавии мавқеи мағзи сар боисшаванда, ки аз рӯйи ЧСТ камтар аз 10 хол бо норасоии дағали неврологӣ ва патологияҳои ҳамроҳ дар марҳилаи ғайриҷубронии муътадил қарор дошта бошад.

Ғайринишондод ба амали ҷарроҳӣ тибқи маводи диссертатсияи довталаби дараҷаи илмӣ қонуниятҳои маъмул ва мавриди қабули ҳамагон мебошад.

Аз рӯйи намуди беҳискунӣ тибқи маводи таҳқиқот намудҳои гуногун аз қабилӣ беҳискунии мавзёӣ ва ҳам умумии дохиливари-

дӣ ва бедардсозии эндотрохеалӣ бо дарназардошти ҳолати бемор, мавқеият ва ҳаҷми хуномосҳо истифода шудааст.

Ҳамаи 112 (100%) нафар беморони гирифтори ХМДКС (амалҳои чарроҳӣ ҳам бо беҳискунии мавзей ва ҳам умумӣ роҳандозӣ мешуданд) дар 72(64,3%) нафар беморон беҳискунии мавзей ва дар 40 (35,7%) нафар беморон беҳискунии умумӣ истифода гардид.

Муолиҷаи чарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар Ҳамаи 112 нафар беморони бистаришуда тахти амалҳои чарроҳии гуногун, мувофиқан, ба намудҳо ва ҳаҷмҳои хуномосҳо қарор гирифтанд. Методҳои бунёдии асосан камолоиши муолиҷаи чарроҳӣ истифода мешуд. Дар 3 ҳолат шикоятҳои буришии косахонаи сар аз он як ҳолат бо дарназардошти мавқеияти ХМДКС дар фурурафтагии ақибии косахонаи сар, дар мушоҳидаи дигар шикоятҳои косахонаи сар бо дарназардошти вучуд доштани ХМС чирккардаи ғализ дар соҳаи пешонию фарқу шақиқавии мағзи сар ва ҳолати сеюм бо дарназардошти устухоншавии ғилофи ХМЭ анҷом дода шуд. Дар 73 (65,1%) нафар беморон амали чарроҳӣ бо дастрасии камолоиши гузоштани як пармашикоф бо обияткашии минбаъдаи ковокии хуномос системаи обияткашии пӯшидаи беруна (ОПБ) анҷом дода шуд.

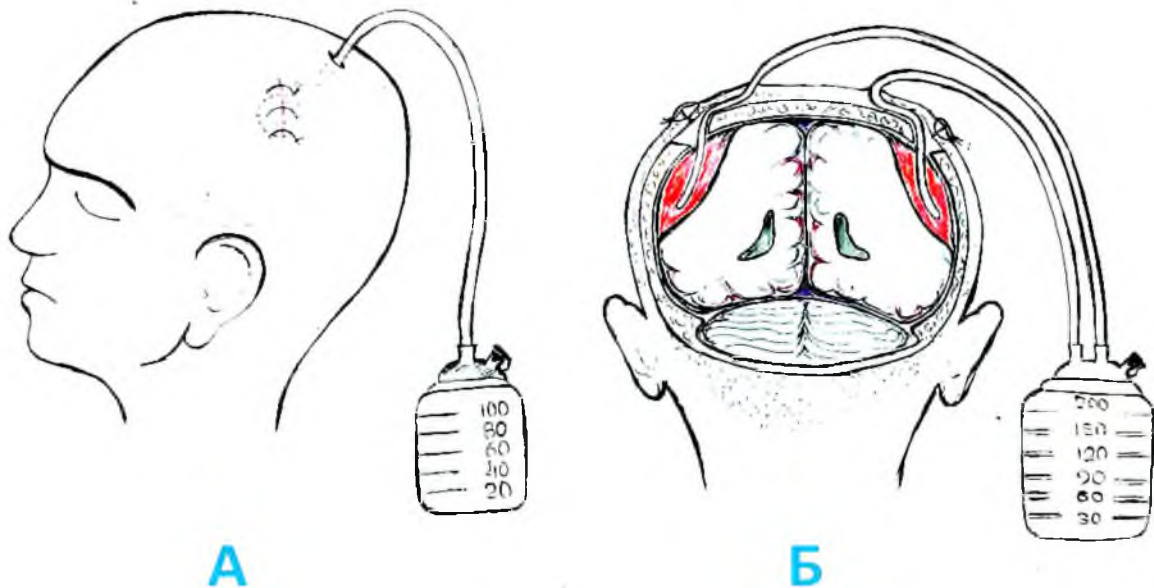
Ҳоло равиши муолиҷаи чарроҳии ҳамаи намудҳои хунрезии дохили косахонаи сарро дар алоҳидагӣ бо мисолҳо баррасӣ менамоем. Чадвали 1

Чадвали 1.- Равиши муолиҷаи чарроҳии ХМДКС

Намудҳои чарроҳӣ	Тахлия ба воситаи пармашикоф	Mini-craniotomy	Краниотомиаи васеъ	Методҳои эндоскопӣ	Дар маҷмуъ
ХМЭ	30(26,8%)	7(6,2%)	3(2,7%)	-	40(35,7%)
ХМС	35(31,3%)	4(3,6%)	4(3,6%)	-	43(38,4%)
ХМДМ	7(6,2%)	10(8,9%)	5(4,7%)	4(3,6%)	26(23,2%)
Якҷоя	1(0,9%)	-	2(1,8%)	-	3(2,7%)
Ҳамагӣ	73(65,1%)	21(18,8%)	14(12,5%)	4(3,6%)	112(100%)

Тибқи чадвали 1 дар натиҷа 73 (65,1%) ҳолатҳо бо истифодаи ҷарроҳии камолоиш (ЧКО) бо корбурди як пармашикоф бо оби-яткашии минбаъдаи пӯшидаи берунаи ХМДКС будааст. Дар 21(18,8%) ҳолат тарзи миникраниотомии бартарафкунии ХМДКС ба кор бурда шуд. Дар 14 (12,5%) ҳолатҳо бо дарназардошти шакли хуномос, ҳолати коҳишёбии шуур шикофтани устухонию пай-вандкуни (ШУП) ё ШҒКС бо ҳифз намудани устухонпора таҳти апоневроз истифода гардидааст. Дар 4 (3,6%) ҳолатҳо технология-ҳои муосири бо бартарафкунии эндоскопии хуномосҳои музмини дохилимағзӣ ба кор бурда шудааст.

Бо методи тахлияи ХМС ба воситаи пармашикоф (ПШ) бо насб кардани обияткашии пӯшидаи беруна (ОПБ) ба тарзи тағйирёфтаи Хайер Шулт соли 1879 (расми 3) 35(31,3%) беморон ҷарроҳӣ шуданд. Расми 3



Расми 3. -Обияткашии пӯшидаи беруна бо тарзи тағйирёфтаи Хайер Шулт. А – насби яктарафаи обияткашии контрапертурӣ, Б – насби обияткашии дутарафаи контрапертурӣ.

Вижагии фарқкунандаи тарзи тағйирдодашудаи ОПМ и Хайер Шулт дар он аст, ки найчаи обияткашашанда на ба воситаи захми асосӣ, балки ба воситаи буриши дигари контрапертуарии пӯст ба фосилаи дуртар аз ақибӣ захм бо системаи ОПМ барои раҳой аз фишори мағз воридшавии хаво дар фазои субарахнои-

далӣ, резиши моеи мағзии захмӣ, илтиҳоби пардаи мағз ва менингоэнсифалит, дар натиҷаи воридшавии сироят дар фазои субарахноидалӣ бароварда мешавад.

Аз рӯйи маводи диссертатсия 73 (65%) ҳолатҳо обияткашии пӯшидаи берунаи ХМДКС ба тарзи тағйирёфтаи Хайер Шулт ба воситаи 1 пармашикоф «Патенти ихтироъкорӣ» № ТҶ 601 аз 07.01.2014, ва Шаҳодатномаи пешниҳоди ихтироъкории №145, аз 27.11.2013. ба даст оварда шуд.

Бартарии методи мазкур чунин тавсиф мешавад:

1. Методи мазкур камосеб аст ва анҷом додани он бо беҳискунии мавзей имконпазир мебошад.
2. Хатари сироят, ва фишори мағзро коҳиш дода, дараҷаи такроршавии хуномосро паст мекунад.
3. Бо шустушӯи ковокии хуномосӣ метавон гиперфибринолизи мавзеиро боздошта, даври худҳимояшавандаи микро хунрезиро аз рағҳои патологӣ ғилофи беруна қатъ намуд.
4. Бо ёрии ОПБ ҳамзамон метавон ХМДКС -и дутарафаро обияткашӣ намуд.
5. Ба мурағабшавии тадриҷии хуномоси ба таври тӯлонӣ тазйикшудаи мағзи сар мусоидат мекунад.

Тарзи эндоскопии бартарафкунии ХМДКС ба воситаи пармашикофи васеъ камосеб ва амалишаванда мебошад, инчунин ба сарикунононии ҳамзамони ковокии хуномос, барангезиш ва назорати гемостази бидуни кашидани зиёдии мағз имконпазир менамояд.

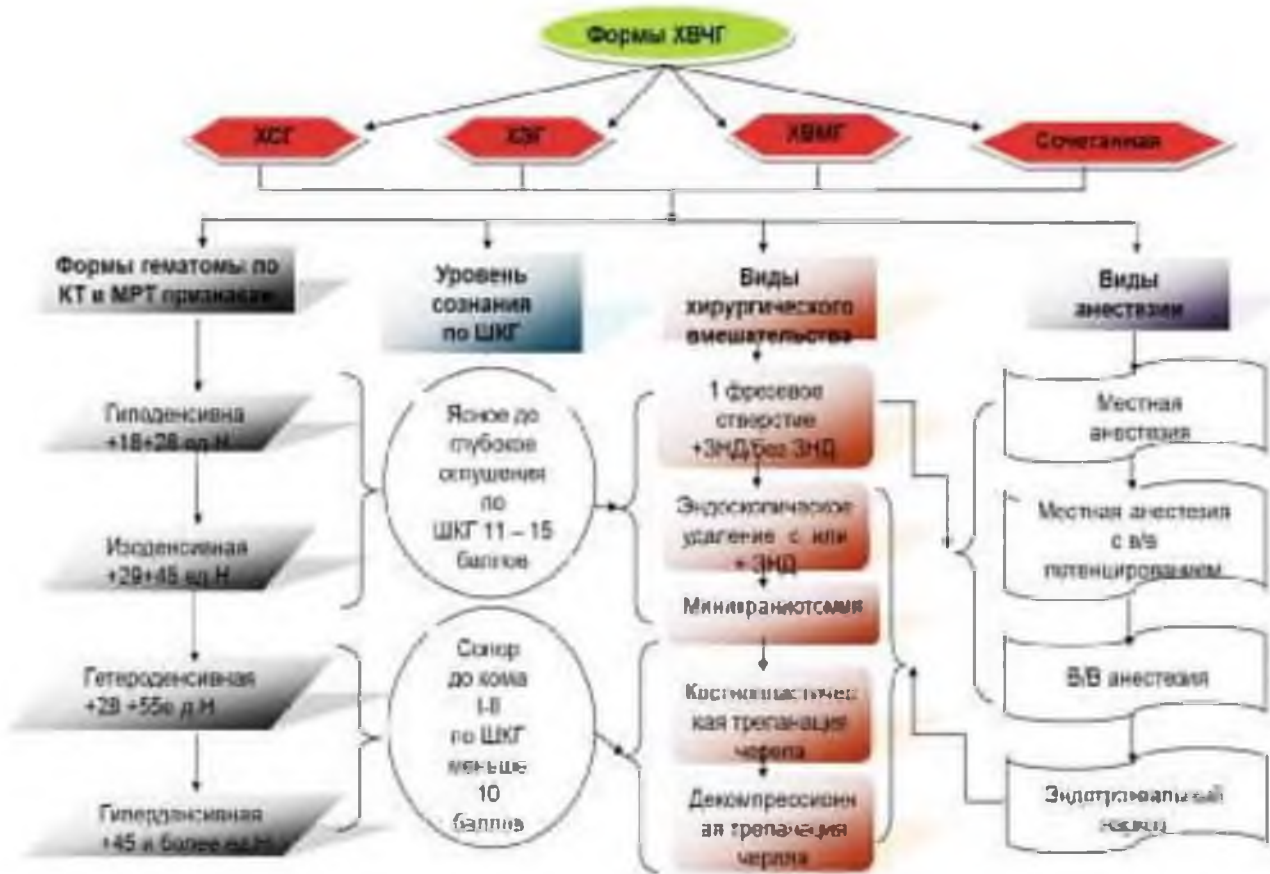
Натиҷаҳои бевоситаи муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори ХМДКС дар ҳамаи 112 нафар беморон ҳангоми коркарди омории натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори ХМДКС барномаи Statistica 10.0. ба кор бурда шуд. Муқоисаи маълумоти миқдорӣ оид ба намудҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ ва намудҳои ХМДКС, ки тақсимооти муътадил надоранд, бо истифодаи меъёри Крускал-Уоллис роҳандозӣ шуданд. Тафовутҳо ҳангоми $p \leq 0,05$ аз лиҳози омӯрӣ қиматнок ҳисоб мешуданд.

Ҳангоми таҳлили се гурӯҳи ХМДКС (ХМЭ, ХМС, ХМДМ) аз рӯйи намуд ва навъҳои ҷарроҳӣ: 1 – таҳлилии хуномос ба воситаи як пармашикоф - 73 (65,7%); 2- миникраниотомия - 21 (18,8%); 3 краниотомияи васеъ - 14(12,5%) тағйироти гуногунсамти натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ ба мушоҳида мерасад. Методи эндоскопии ҷарроҳӣ ва ХМДКС ҳамроҳ бо сабаби кам будани шумораи беморон шомили коркарди омӯрӣ намешуд.

Ҳангоми муқоисаи маълумоти бадастомадаи меъёри Крускал-Уоллис эътимоднокии лиҳози омӯрӣ қиматнок $p \leq 0,05$ ($5,598 \pm 40,50$) дар ҳолати муолиҷаи ҷарроҳии таҳлилии хуномос ба воситаи як пармашикоф бо обияткашии минбаъдаи пӯшидаи берунаи ҳамаи намудҳои ХМДКС муқаррар гардид. Ғайр аз ин самаранокии муолиҷаи ҷарроҳии анҷомёфта дар возеҳшавии дараҷаи шуур, ақибнишинии норасоҳои неврологӣ, муътадилсозии тағйироти қабри чашм, мураттабшавии тазйиқҳои аз лиҳози замон тӯлонии мағз ХМДКС аз рӯйи маълумоти таҳқиқоти ТК ва ТММ баъди анҷом дода шудани намудҳои гуногуни амалҳои ҷарроҳӣ, аз ҷумла ҷарроҳии камолоиш, ки дар назди мо вазифагузорӣ шуда буд.

Таҳлили натиҷаҳои наздиктарин ва дуртарин бо татбиқи ҷарроҳии камолоиш (ҶКО) дар муолиҷаи ХМДКС аз рӯйи арзёбии фарҷомҳои ҶСГ барқароршавии хуб дар 93 (83%) нафар беморон, маъюбшавии муътадил дар 14 (12,5%) ҳолатҳо, маъюбшавии дағал дар 3 (2,7%), вазъи вегетативӣ дар 2 (1,8%) ҳолатҳо ба назар мерасид, ҳолатҳои фавт мушоҳида нашуд.

Тибқи маълумоти маводи таҳқиқот ва натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии 112 (100%) беморони гирифтори намудҳо ва шаклҳои ХМДКС, барои нахустин бор алгоритми равиши тафриқавии муолиҷаи ҷарроҳии ХМДКС мавриди коркард қарор гирифт. расми



Расми 4.-Алгоритми равии тафриқавии муолиҷаи ҷарроҳии ХМДКС

Шаклҳои ХМДКС ба зернамудҳои хуномсӯҳои ХМЭ, ХМС, ХМДМ ва дар якҷоягӣ тибқи маълумоти Таҳқиқоти ТК ва ТММ тақсим мешавад. Минбаъд ҳамаи шаклҳои ХМДКС ба меъёрҳо тақсим шудаанд:

- шаклҳои хуномсӯҳо аз рӯи таҳқиқоти ТК ва ТММ, ки дар он зичии хуномос аз +18 то +45 ва бештар аз он воҳ. Н (воҳиди Хаусфилд) муайян карда шудааст.
- аз рӯи дараҷаи шуур тибқи ҷадвали ЦСГ аз возеҳ будан то мабҳути 11 - 15 ҳол азкаммабҳутӣ то садамаи I-II тибқи ЦСГ камтар аз 19 ҳол;
- аз рӯи намудҳои амали ҷарроҳӣ аз 1 пармашикофи бо ОПБ ё бидуни ОПБ то ШҶКС бо ҳифз намудани пораи устухон таҳти апаневроз;
- аз рӯи намудҳои беҳискунонӣ аз беҳискунонии мавзӣ то наркози эндотрохеалӣ.

Таҳлили натиҷаҳои татбиқи чарроҳии камолоиш(ЧКО) дар муолиҷаи ХДМКС аз рӯйи арзёбии фарҷомҳои ҚСГ барқароршавии хубтар дар 93(83%) нафар беморон, маъюбшавии муътадил дар 14 (12,5%) ҳолатҳо, маъюбшавии дағал - дар 3(2,7%) ҳолат, вазъи вегетативӣ дар 2 (1,8%)ҳолатҳо ба назар мерасид, ҳолатҳои фавт мушоҳида нашуд.

Алгоритми таҳиягардидаи равиши тафриқавии беморони гирифтори ХДМКС дар тибби амалӣ ва омӯзиши мутахассисони ҷавон дар соҳаи нейрочрроҳӣ бартарӣ дошта, барои беҳтар намудани сифати ҳаёти беморон, инчунин аз аҳаммияти иҷтимоию иқтисодӣ бархӯрдор мебошад

ХУЛОСА

НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИССЕРТАТСИЯ

1. Дар шахсони синни калонсоли гирифтори ХДМКС аломатҳои умумимағзӣ нисбат ба аломатҳои манбаӣ бартарӣ дошта, ҷараёни беморӣ бошад, аз ҳаҷм, мавқеи ҷойгиршавӣ, синну сол ва пасманзари соматикӣ бемор вобаста мебошад. [3-М,4-М]
2. Томографияи компютерӣ ва магнитию муқовиматӣ методҳои баландиттилоъ ва беолоиши таҳқиқот дар ошкорсозии ҳуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мебошанд, инчунин динамикаи ташаккули филофро дар марҳилаҳои гуногуни он назорат мекунад [3-М,4-М].
3. Истифодаи тарзи камолоиши муолиҷаи чарроҳии ХМДКС, бо роҳи гузоштани як пармашикоф бо обияткашии пӯшидаи берунии минбаъда, давомнокии наркоз, чарроҳӣ ва хароҷоти моддиро ба таври назаррас коҳиш дода, инчунин аз аҳаммияти иҷтимоӣ бархӯрдор мебошад [4-М,5-М].
4. Алгоритми муносибати тафриқавӣ ва равиши муносибгардоидашудаи амали чарроҳии ХМДКС ба беҳтаршавии натиҷаҳои муолиҷаи беморони гирифтори ҳуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мусоидат менамояд. [12-М,13-М]

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Дар беморони гирифтори аломатҳои начандон назарраси умумимағзӣ корбурди методҳои баландиттилоъ ва беолоиши таҳқиқот барои ошкорсозии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар зарур мебошад.
2. Корбурди томографияи компютерӣ ва магнитию муқовимати мағзи сар барои назорати динамикаи ташаккулёбии ғилоф дар марҳилаҳои гуногуни он, инчунин мушоҳидаи назорати динамикӣ дар давраи баъдичарроҳӣ зарур доништа мешавад.
3. Ҳангоми ҳамаи намудҳои хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар бо шаклҳои гетероденсивӣ ва дараҷаи шуур то мабхутии амиқ сарфи назар аз синну соли бемор корбурди тарзи миникраниотомии бартарафкунии хуномосҳо тавсия мешавад.
4. Амалисозии бартарафкунии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сари мағзҷай ва зерқишрӣ бо методи нештарзанӣ бо корбурди гузоштани як пармашикоф ва обияткашии пӯшидаи берунаи минбаъда имконпазир мебошад.
5. Истифодаи нейрорендоскопияи сар бо ҳаҷми бештар аз 30 мл ва мавқеияти правентрикулярӣ дар чарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар ба шакли байзавӣ роҳи як пармашикоф ба воситаи нуқтаи Кохер бо обияткашии пӯшидаи берунаи минбаъда қобили корбурд мебошад.
6. Ҳангоми чарроҳии хуномосҳои мудаваршакли музмини дохили косахонаи сар корбурди миникраниотомия бо бартарафкунии хуномос ба воситаи равоқи Силсиев ё шиёри болои шақиқа дар умқи мавзё зарур аст.
7. Дар беморони кӯҳансол ва гирифтори патологияи вазнини соматикӣ тахлияи хуномос таҳти беҳискунии мавзё бо пурта-вонсозии дохиливаридӣ бо роҳи гузоштани як пармашикоф бо обияткашии пӯшидаи берунии минбаъда тавсия мешавад.
8. Ҳангоми ҳамаи намудҳои хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар бо шаклҳои гипер-гетероденсивӣ ва дараҷаи шуури камтар аз 10 ҳол тибқи ҚСГ корбурди шикофтани декомпрессиивии косахонаи сар бо бетазйиксозии зершақиқавӣ бо ҳифз

кардани пораи устухон таҳти апаневроз бо бартарарфкунии хуномос бо пайвандкунии мағзпардаи сахти минбаъда тавсия мешавад.

9. Дар шароити шубҳаҳои нейрочарроҳии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар он ҷо имконияти қабули шабонарӯзии беморон мавҷуд аст, таҳқиқоти мукаммали саривақтӣ тибқи методҳои муосир ва муолиҷаи ғаврии беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косоҳонаи сар роҳандозӣ гардида, бояд бо риояи алгоритми муайян амалӣ гарданд.

ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда феҳристи ҚОА назди Президенти ҶТ

- 1–М. Шоев С.Н. Современные технологии и новые способы в хирургическом лечении хронических внутричерепных гематом. / Чобулов А.Ч., Рахмонов Х. Дж., Ходжаев Ф. //Здравоохранение Таджикистана. - 2012. - №1. - С. - 123–127
- 2–М. Шоев С.Н. Диагностическое значение нейросонографии при травматических внутричерепных гематомах у детей раннего возраста. / Бердиев Р.Н, Турдибоев Ш. Гиесов Х.А., Рауфи Нихад. // Вестник Авиценны - 2013. - №4. - С. - 29 – 31.
- 3–М. Шоев С. Н. Малоинвазивное хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом. / Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А. // Вестник Авиценны - 2014. - №3. - С.- 46–49.
- 4–М. Шоев С. Н. Комплексный подход в хирургическом лечении хронических внутримозговых гематом / Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш. А., Рахмонов Х. Дж., Рауфи Нихад. //Здравоохранение Таджикистана - 2015. - №4. - С. - 100-104

Мақолаҳо ва фишурдаи мақолаҳо дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

- 5-М. Шоев С.Н. Компьютерно-томографическая характеристика хронических субдуральных гематом /Чобулов С.А., Ахмедов Б.Б., // Семейная медицина и современные аспекты общественного

здравоохранения: пути интеграции и сотрудничества. Душанбе - 2008г. С. 125

6–М. Шоев С.Н. Особенности клиники, диагностики и лечения двухсторонних хронических субдуральных гематом. /Чобулов С. А., Хусейнов Э.С., // Оценка качества жизни пациентов и пути её улучшения. Душанбе -2009г. С. 371-372.

7–М. Шоев С. Н. Новые способы хирургического лечения хронических эпидуральных гематом /. Современная медицина в таджикстане в проблемы достижения и перспективы развития. г. Душанбе -2012г. С. 213-214

8–М. Шоев С.Н. Лечебно-диагностическая тактика травматических эпидуральных гематом у детей /Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А. // Теоритеские и практические аспекты развития современной медицинской науки Душанбе- 2012, С. 402-403.

9–М. Шоев С.Н. Новые принципы технологии в хирургическом лечении хронических внутрочерепных гематом. / Давлатов М.В., Суниро Одина М.// Актуальные вопросы и проблемы медицинской науки. Душанбе -5 апреля 2013г. С. 172-173

10–М Шоев С. Н. Муносибатҳои комплекси дар табобати чарроҳии хуномоси музмини дохилимайнаги. / Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш. А., Рахмонов Х. Д., Рауфи Нихад. // Авчи Зухал. №4 Душанбе-2014г. С. 10-14.

11–М Шоев С.Н. Оценка эффективности методов диагностики при травматических внутрочерепных гематомах у детей раннего возраста. / Турдибоев Ш. А., Рауфи Нихад. Мирмастов А. Д.// Вклад медицинской науки в оздоровление семьи 20. ноября 2015г. Душанбе 458-459

Патент на изобретение и рацпредложение

12–М. Шоев С.Н., Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А, Гиесов Х.А. // Миниинвазивный способ удаления подострых и хронических форм эпидуральных гематом. // рацпредложение №145 от 27.11.2013г.

13–М. Шоев С.Н., Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А, Гиесов Х.А.// Миниинвазивный способ удаления подострых и хронических форм эпидуральных гематом. // патент на изобретения № ТЈ 601 от 07.01.2014г.

Феҳристи ихтисораҳо

КОА	- Комиссияи олии аттестатсионӣ
ХДГС	- Хуномосҳои дохили косоҳонаи сар
МД МС	- Муассисаи давлатии Маҷмааи саломатии «Истиклол»
ОПБ	- Обияткашии пӯшидаи беруна
ШУП	- Шикофтани устухонию пайвандкунӣ
ШҒКС	- Шикофтани ғайрикомпрессивии косоҳонаи сар
ТК	- Томографияи компютерӣ
ТММ	- Томографияи магнитию муқовиматӣ
ҶКО	- Ҷарроҳии камолоиш
ММТ ҶТ	- Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш»
ДДТТ	- Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино
ПСМ	- Пардаи саҳти мағзӣ
МҒК	- Марҳилаи ғайриҷуброни клиникӣ
ММҚК	- Марҳилаи муътадили ғайриҷуброни клиникӣ
МҒДК	- Марҳилаи дағали ғайриҷуброни клиникӣ
ПШ	- Пармашикоф
ХМДМ	- Хуномоси музмини дохилимағзӣ
ХМДКС	- Хуномоси музмини дохили мағзи сар
ХМС	- Хуномоси музмини субдуралӣ
ХМЭ	- Хуномоси музмини эпидуралӣ
ҶСГ	- Ҷадвали садамаи Глазго
ОКМ	- Осеби косоҳонаю мағзӣ

АННОТАЦИЯ

Шоев Саъдулло Назруллоевича на тему «Хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.18– Нейрохирургия

Ключевые слова: хроническая гематома, черепно-мозговая травма, головной мозг, компьютерная и магнитно-резонансная томография, миниинвазивная хирургия.

Цель исследования: является улучшение эффективности результатов хирургического лечения пациентов с хроническими внутричерепными гематомами.

Методы исследования и использованная аппаратура: Были исследованы 112 больных с хроническими внутричерепными гематомами на основании материалов кафедры нейрохирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе НМЦ РТ «Шифобахш» и ГУ КЗ «Истиклол», за период 2010-2018 годы. Всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее в себя оценку общесоматического и неврологического статуса, осмотр окулиста и КТ или МРТ головного мозга.

Полученные результаты и их новизна: Изучены результаты хирургического лечения пострадавших с ХВЧГ и в зависимости от локализации, формы, объема гематомы и тяжести состояния пострадавшего разработан модифицированный способ закрытой наружной дренирование ХВЧГ по Хайера Шульта и впервые было разработан алгоритм дифференцированной тактики хирургического лечения ХВЧГ.

Рекомендации по использованию: В условиях нейрохирургических отделений Республики Таджикистан, где имеется возможность круглосуточного приема больных, должны осуществляться с соблюдением определенного алгоритма.

Область применения: Нейрохирургия

АННОТАТСИЯИ

Шоев Саъдулло Назруллоевич дар мавзӯи «Муолиҷаи чарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар» барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои тиббӣ аз рӯи ихтисоси 14.01.18–Асабчарроҳӣ

Вожаҳои калидӣ: хуномоси музмин, осеби косахонава мағзи сар, мағзи сар, томографияи компютерӣ ва магнитию муковиматӣ

Мақсади таҳқиқот беҳтар намудани самаранокии натиҷаҳои муолиҷаи чарроҳии беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мебошад.

Методҳои таҳқиқот ва дастгоҳҳои истифодашуда. 112 нафар беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар дар асоси маводи кафедраи нейрочарроҳии ДДТТ ба номи Абӯ-алӣ ибни Сино дар назди ММТ ҚТ «Шифобахш» ва МД МС «Истиклод» дар давраи солҳои 2010 - 2018 мавриди таҳқиқот қарор гирифтанд. Бо ҳамаи беморон таҳқиқоти комплекси шомили арзёбии вазъи умумисоматикӣ ва неврологӣ, муоинаи табиби чашм ва ТК ё ТММ мағзи сар роҳандозӣ гардид. Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии онҳо

Натиҷаҳои муолиҷаи чарроҳии зарардидагони гирифтори ХМДКС вобаста ба мавқеи ҷойгиршавӣ, шакл, ҳаҷми хуномос ва вазнинии ҳолати зарардида омӯхта шуда, тарзи тағйирёфтаи обияткашии пӯшидаи берунаи ХМДКС аз рӯи методи Хайер Шулт коркард гардида ва нахустин бор алгоритми равиши тафриқавии муолиҷаи чарроҳии ХДМКС таҳия карда шудааст.

Тавсияҳо оид ба истифода. Дар шароити шӯъбаҳои нейрочарроҳии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар он ҷо имконияти қабули шабонарӯзии беморон мавҷуд аст, бояд бо риояи алгоритми муайяншуда амалӣ гарданд.

Соҳаи истифода: нейрочарроҳӣ

ANNOTATION

Shoev Sadullo Nazrulojevic

« Surgical treatment of chronic intracranial hematoma »

Keywords: storage hematoma, traumatic brain injury, brain, computer and magnetic resonance imaging, mini-invasive surgery.

The aim of the study: to improve the effectiveness of surgical treatment results for patients with chronic intracranial hematoma

Research methods and used equipment: 112 patients with chronic intracranial hematoma were examined on the basis of materials of the Department of Neurosurgery of TGMU named Abuali ibn Sino on the basis of NMC RT "Shiphobakhsh" and GI CP "Istiklol" for the period 2010- 2018. All patients underwent a comprehensive examination, which included an assessment of general somatic and neurological status, examination of an optometrist and CT or MPT of the brain.

Received results and their newness: The results of surgical treatment of victims with hCH and depending on the location, shape, volume of hematoma and severity of the condition of the victim developed a modified method of closed external drainage HCH GCH by Hyer Schult and for the first time was developed an algorithm of differentiated tactics of surgical treatment of HCV.

Recommendations for the usage: In the conditions of neurosurgical departments of the Republic of Tajikistan, where it is possible to receive patients 24 hours a day, and should be carried out with a certain algorithm.

Field of application: Neurosurgery