

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ТА-  
ДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИ-  
ТЕТ 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 2021**

Работа выполнена на кафедре нейрохирургии и сочетанной травмы 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:** **Раззоков Абдували Абдухамитович** - доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

**Пиров Умматжон Мустаоевич** - кандидата медицинский наук, врач нейрохирург, Согдйский областной клинической больницы имени С. Кутфиддинова города Худжанда

**Оппонирующая организация:** ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Повторная защита состоится «\_\_\_» «\_\_\_\_\_» 2022 г., в «\_\_\_» 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](http://www.tajmedun.tj).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»  
Автореферат разослан «\_\_\_» «\_\_\_\_\_» 2022г.

**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% [Крылов В.В., 2016; Гусев, Е.И., 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; Kolias 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, а также у детей [Акшулаков С.К., 2008; Лихтерман Л.Б., 2015; Потапов А.А., 2016; Dye J.A., 2012; Menditto V.G., 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 Naematom 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. Второй этап сбор материала по выбранной теме диссертации, были написаны статьи, тезисы и главы диссертации. Третий этап - внедрение результатов исследования в практику. Четвертый этап — это статистическая обработка полученных результатов и ли-

тературное 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 № ТТ 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  $p < 0,05$ .

#### **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 поз-

воляет 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.** 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, анесте-

зиологов 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, рекомендуемых 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.

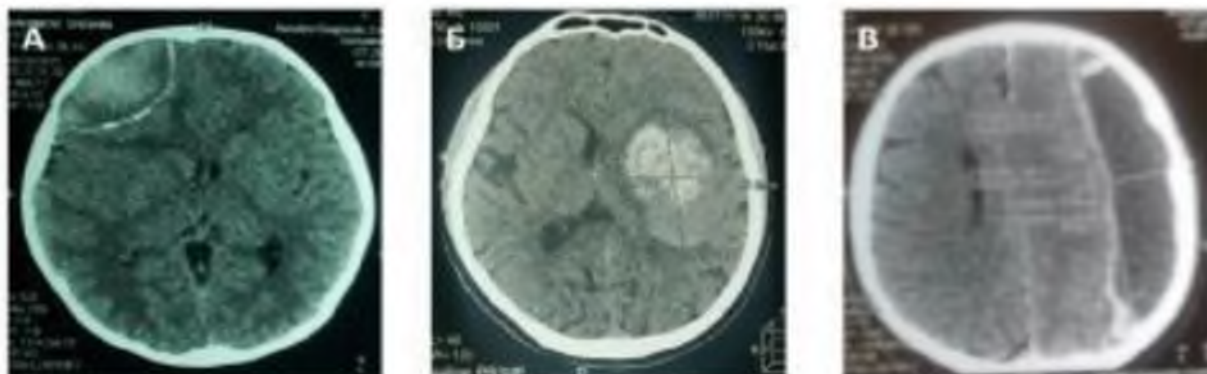
По объему ХВЧГ разделены на: малые – от 30 до 50мл, средние – от 50 до 100 мл и большие гематомы – от 100 мл и больше. Всего по виду ХВЧГ распределились на: малый объем – 24 (21,4%), средний – 47(41,9%), большой объем – 41(36,7%).

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

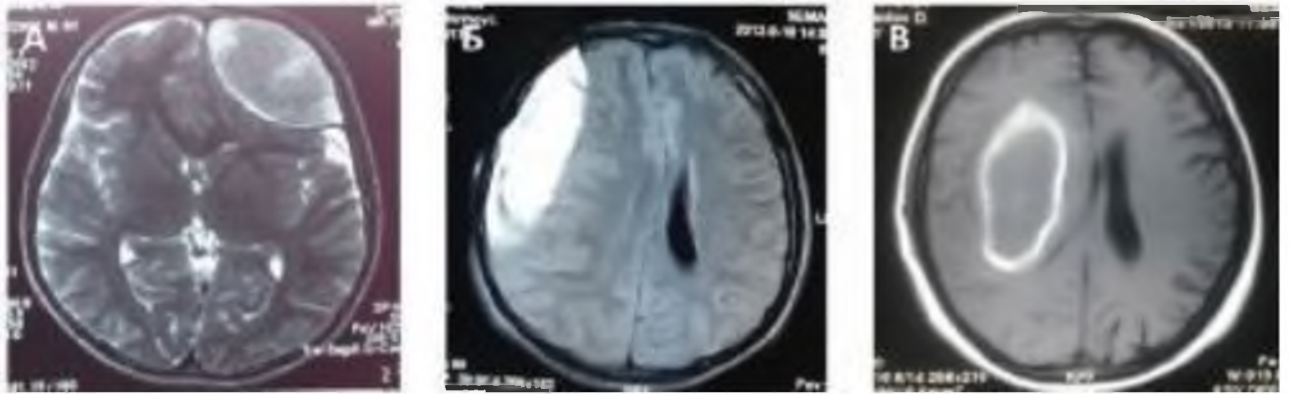
Рисунок 1.



**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 гиподенсивные 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. OT («General Electric», USA) на основе использования сверхпроводящего магнита с напряженностью поля 1.5 Тесла. Магнитно-резонансная томография при всех формах и видах ХВЧГ представлена на рисунке 2.



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

С помощью МРТ выявляли границы геморрагического 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 клинично – 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 30см<sup>3</sup> 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).

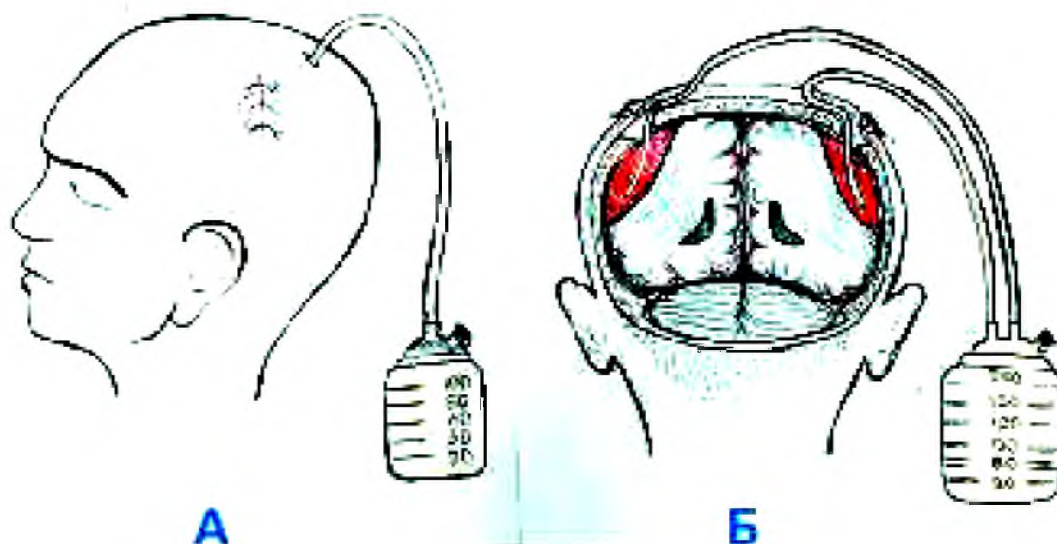
Рассмотрим тактику хирургического лечения всех видов внутричерепных гематом (таблица 1.) по отдельности с примерами.

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**

<b>Виды ХВЧГ</b>	<b>Эвакуация через 1 фрезевое отверстие</b>	<b>Mini-craniotomia</b>	<b>Широкая краниотомия</b>	<b>Эндоскопический Метод</b>	<b>Итого</b>
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 Шульта и получены «Патент на изобретение» № ТУ 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 оперативного лечения и видам ХВЧГ, которые не имеют нормального распределения, проводили с использованием критерия Крускала – Уоллиса. Различия считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

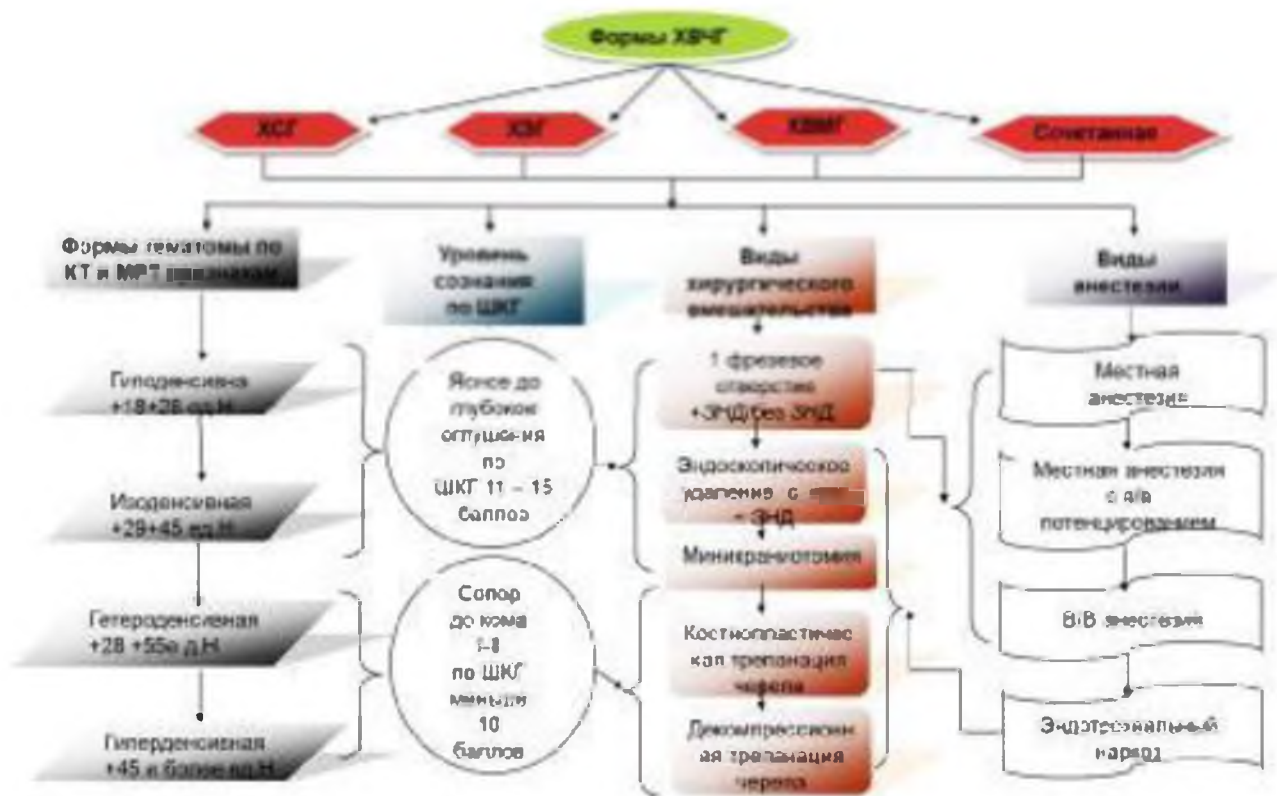
При анализе трех групп по виду ХВЧГ (ХЭГ, ХСГ, ХВМГ) и виду операции: 1. эвакуация гематомы через одно фрезевое отверстие – 73 (65,7%); 2. миникраниотомия – 21(18,8%); 3. широкая краниотомия – 14 (12,5%), выявлены разнонаправленные изменения результатов хирургического лечения. Эндоскопический метод операции 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. Необходимо у больных с незначительными общемозговыми симптомами применять высокоинформативные и неинвазивные методы исследований для выявления хронических внутричерепных гематом.
2. Применение компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга необходимо для прослеживания динамики формирования капсулы в различных его стадиях, а также контрольное динамическое наблюдение в после операционном 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. Возможно производить удаление мозжечковых и субкортикальных хронических внутримозговых гематом пункционным методом с применением наложения одного фрезевого отверстия и с последующим закрытым наружным дренированием.
5. Использование нейроэндоскопии в хирургии хронических внутримозговых гематомы с объемом более 30 мл и паравентрикулярной локализацией, в эллипсоидной форме применим путь одного фрезевого отверстия через



- точку Кохера с последующим закрытым наружным дренированием.
6. В хирургии, при хронических внутримозговых гематомах округлой формы необходимо применять миникраниотомию с удалением гематомы через Сильсиеву щель или верхнюю височную борозду в глубине островка.
  7. У пациентов старческого возраста и с тяжелой соматической патологией рекомендуется под местной анестезией с внутривенным потенцированием эвакуации гематомы путем наложения одного фрезевого отверстия с последующим закрытым наружным дренированием.
  8. При всех видах хронических внутричерепных гематомах с гипер- гетероденсивными формами и уровнем сознания менее 10 баллов по ШКГ рекомендуется применение декомпрессивной трепанации черепа с подвисочной декомпрессией с сохранением костного лоскута подапаневрозом с удалением гематомы с последующей дулопластикой.
  9. В условиях нейрохирургических отделений Республики Таджикистан, где имеется возможность круглосуточного приема больных, проведение полноценных своевременных современных методов обследования и оперативного лечения пациентов с хроническими внутричерепными гематомами должны осуществляться с соблюдением определенного 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. №1 Душанбе- 2012г. С. 123-127
- [2–А] Шоев С. Н. Диагностическое значение нейросонографии при травматических внутричерепных гематомах у детей раннего возраста. / Бердиев Р. Н., Турдибоев Ш.А., Гиесов Х.А., Рауфи Нихад, // Вестник Авиценны, (Паёми Сино) научно-медицинский журнал №4 2013г. С. 29-31.
- [3–А] Шоев С. Н. Малоинвазивное хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом. / Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А. // Вестник Авиценны (Паёми Сино) научно-медицинский журнал №3 2014г. 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. №4 Душанбе-2015г. 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. // Теоритеские и практические аспекты развития современной медицинской науки Душанбе-2012, С. 402-403.
- [9–А] 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–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 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**

1. 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.
2. 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 ҶАРРОӢИИ ХУНОМОСӢОИ МУЗМИНИ  
ДОХИЛИ КОСАХОНАИ САР**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
номзади илмҳои тиб

аз рӯи ихтисоси 14.01.18 – нейрочарроҳӣ

**Душанбе 2021**

Таҳқикот дар кафедраи ҷарроҳии асаб ва осебҳои омехтаи 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 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:** **Разоқов Абдували Абдухамитович** - доктори илмҳои тибб, профессор, профессори кафедраи осебшиносӣ, радоддӣ ва ҷарроҳии низомии саҳроии МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Пиров Умматҷон Мустафоевич** - номзади илмҳои тиббӣ, нейрочарроҳи БКВ Суғд ба номи С. Қутфиддинов.

**Муассисаи пешбар:** МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи такрорӣ рисолаи илмӣ рӯзи «\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2022 соати «\_\_» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионӣ 6D. КОА – 025 дар назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар суроғаи: 734003, ш.Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139 баргузор мегардад.

Бо рисолаи илмӣ дар сайти расмӣ китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ([www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)) шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2022 тавзеъ шудааст.

**Котиби илмӣ**  
**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 ҳаҷмии 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 серброваскулярӣ 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 қойи дуҷумро ишғол мекунад. Аз рӯи 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 бӯҳрони 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 [Крылов В.В., 2016; Гусев, Е.И., 2017; Радьков И.В., 2017; Netlikh A.M., 2019].

Хуномосҳои музмин дар тафовут аз шаклҳои шадид ва зершадид дорои ғилофи 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; Ganapathy K, 2016; Takada Y, 2017; Koliass A.G. 2017]. Ин нуқта басо муҳим аст, ки агар пештар ХМДКС тақрибан пурра дар шахсони калонсол ва кӯҳансолон ошкор мешуда бошад, дар замони ҳозира беморӣ хеле «чавон» шудааст ва аксаран дар байни чавонон ва шахсони миёнсол ва ҳатто кӯдакон ба мушоҳида мерасад [Акшулаков С.К., 2008; Лихтерман Л.Б., 2015; Потапов А.А., 2016; Dye J.A., 2012; Menditto V.G., 2012]. Зиёдшавӣ ва густариш ёфтани ҳудуди синну солии ХМДКС масъалаи оид ба равиши мувофиқи ҷарроҳиро ба таври қиддӣ 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 хунрезии дохили косахонаи сар, то ҳол мубрам боқӣ мемонад, зеро сарфи назар аз дастовардҳои нейрочарроҳии муосир паталогияи мазкур бо нишондиҳандаҳои баланди фавт ва маъюбшавӣ ва маълулшавии аксар шахсони синну соли қобили меҳнат ҳамроҳ мебошад.

ХМДКС аз шумори беморихое мебошанд, ки қобили таваҷҷуҳ 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 берунӣ 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 косоҳонаву мағзи сар вомехӯрад, ки аз шумори он 10%-ро осеби вазнини косоҳона 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; Махматов К.Е., 2019].

Омӯзиши ХМДС дар таҳқиқотҳои сершумори муаллифони россиягӣ ва хориҷӣ ёфтааст, вале мо аз онҳо ҷанбаҳои, ки асос барои коркарди самаранок ва мукаммали муолиҷаи беморон бо ХМДКС мебошад, мавриди таваҷҷуҳ қарор додем. [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].

**Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот.** Асарҳои илмӣ донишмандони ватанӣ ва хориҷӣ оид ба проблемаи муолиҷаи ҷарроҳии хуномосҳои музминӣ дохили косоҳонаи сар, равиши тафрикавии бештар мубрам бо дарназардошти синну соли зарардидагон, марҳилаи клиникаи беморӣ ва истифодаи методҳои муосири таҳлили беморӣ асос ва заминаи таҳқиқотро ташкил медиҳанд. Маҷмӯи пешниҳоднамудаи Маркази миллии тибби Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ХМДКС асоснок кардани интихоби муолиҷаи инфиродӣ мувофиқи ХМДКС-ро бо корбарии густардаи методҳои бештар камзарар, беҳатар ва дар айни замон самараноктарро имконпазир менамояд.

## ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

**Мақсади таҳқиқот** беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори хуномосҳои музминӣ дохили косоҳонаи сар мебошад

### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Омӯхтани зуҳуроти клиникӣ ва вижагӣҳои ҷараёни хуномосҳои музминӣ дохили косоҳонаи сар дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ;
2. Муайян намудани дараҷаи иттилоотрасонии методҳои таҳқиқоти томографияи компютерӣ (ТК) ва томографияи магнитӣ муковиматӣ

- (ТММ) қабл ва баъд аз чарроҳии беморони гирифтори хуномосҳои гуногуни дохили косахонаи сар;
3. Арзёбии самаранокии методҳои муолиҷаи чарроҳии хуномосҳои музмини гуногуни дохили косахонаи сар бо роҳи мониторинги комплекси клиникаю афзорӣ;
  4. Коркард намудани алгоритм ва равиши муолиҷаи чарроҳии 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 беолоиши нейроофтальмологӣ, томографияҳои компютерӣ ва магнитию муқовиматӣ (КТ ва ТММ) роҳандозӣ гардиданд.

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

Зербанди 3.1. Хусусиятҳои клиникаи ХМДС бо назардошти омилҳои синнусолӣ ва марҳалаи беморӣ омӯхта шудааст. 3.3. истифодаи усулҳои ғайриинвазивӣ, аз қабиле ТК ва ТМР-ро дар ташҳиси ХМДКС давраи бистаришавии бемор ва марҳалаи пас аз муолиҷа мувофиқи мақсад мебошад. 5.1. Таҳлили натиҷаҳои муолиҷаи чарроҳии беморон бо ХМДКС бо истифода аз усулҳои миниинвазивӣ дар амалияи тиб ва нейроҷарроҳӣ 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 мурағаб анҷом дода шуд.

**Заминаи асосии иттилоотӣ ва таҳқиқотӣ.** Дар таҳқиқот иттилооти зарурӣ (рисолаҳои илмӣ химоягардида дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дар



Федератсияи Россия, маколаҳои илмии маҷаллаҳо, маводи симпозиумҳо ва конференсияҳо) оид ба муолиҷаи ҷарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мавриди омӯзиш қарор гирифт. Таҳқиқот дар кафедраи нейрочарроҳии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино дар назди ММТ ҚТ «Шифобахш» ва МД МС «Истиқлол» иҷро шудааст.

**Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия.** Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот тавассути ба таври густарда дар амал истифода намудани методҳои муносири клиникӣ ва афзорӣ тасдиқ шудааст. Ҳамаи натиҷаҳои бадастомада ва хулосаҳо ба усули тибби исботӣ асос ёфтаанд. Қоркарди омӯрӣ эътимоднокии натиҷаҳои бадастомадаро тасдиқ намуд.

**Навгонии 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 гардонидани 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 нуктаи 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 хангоми 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.

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

**Аҳаммияти амалии таҳқиқот** дар он мебошад, ки ба таври густарда дар амал татбиқ намудани муолиҷаи ҷарроҳии камолоиши ХМДКС имконияти ба таври назаррас кӯтоҳ намудани давомнокии ҷарроҳӣ, коҳиш додани хароҷоти моддӣ ва муҳлати дар беморхона бистарӣ будани беморонро фароҳам

меоварад. Нишон дода шудааст, ки ҳиссаи ҷарроҳии камолоиш дар миёни ҳамаи ҷарроҳҳои вобаста ба ҳуномосҳои музмини дохили косахонаи сар бояд на камтар аз 65%-ро ташкил диҳад.

Нишондодҳо ва ғайринишондодҳо нисбат ба намудҳои гуногуни ҷарроҳҳои ҳуномосҳои музмини дохили косахонаи сар вобаста ба вазнинии ҳолати бемор ва шакли анатомии ҳуномос муайян карда шудаанд.

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

#### **Нуктаҳои асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Дар сохтори ҳуномосҳои 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 қорҳои сохтмонӣ будааст.
3. Иҷрои тадбирҳои нейробасарикунонӣ (ТК ва ТММ) барои ҳамаи беморони ХМДКС ҳатмӣ мебошад ва ошқорсозии мавқеъ, шаклҳо ва намудҳои ҳуномосҳоеро, ки муолиҷаи ҷарроҳиро талаб мекунанд, имконпазир менамоянд.
4. Дар 83(74,1%) мушоҳидаҳо ХМДКС ҳуномосҳои музмини субдуралӣ (ХМС) ва ҳуномосҳои музмини эпидуралӣ (ХМЭ) ҷой доштанд, ки манбаи хунрезӣ шохаҳои шараёни миёнаи ғишай, синусҳои варидӣ ва варидҳои пулчавӣ мебошанд.

**Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия дар таҳқиқот.** Бо ширкати бевоситаи довталаби 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 омории 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 қорқарди патент ва пешниҳодҳои ихтироъкорӣ бевосита иштирок доштааст.

**Тасвиби таҳқиқот ва иттилоот оид ба натиҷаҳои қорқурди 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 илмию амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино, инчунин дар анҷумани ҷарроҳони кӯдакон,

иншоршиносон ва тахдиромӯзони Тоҷикистон бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, соли 2014) гузориш ва баррасӣ гардидааст

**Натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ** дар фаъолияти амалии шӯъбаҳои нейрочарроҳии ММТ ҚТ «Шифобахш»-и ВТ ҲИА 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 ихтироъкорӣ дарёфт гардидааст.

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 146 саҳифаи матни компютерӣ иншо гардида, аз муқаддима, панҷ боб, бахши баррасии натиҷаҳо, хулоса, натиҷаҳои асосии илмии 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 рӯи синну сол ва ҷинс тақсим карда шуданд ва мо таснифи маъмули ТУТ ва мавриди қабули ҳамагонро истифода намудем, ки аз ҷунин 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 ҳуномосҳои музмини дохили косахонаи сар мардон дар 86 (74,1%) аксарият доштанд. Дар 29 (25,9%) ҳолатҳо ҳуномосҳои музмини дохили косахонаи сар дар занон таъхис 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 ҳуномосҳои 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 анчом дода шуд.

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

Бештарин манбаи хунрезҳо осебҳои танаи асосӣ ё шохаҳои шараёни миёнаи ғишӣ 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 пулчавӣ 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 рӯи мушоҳидаҳои мо беморони дар марҳилаи ғайриҷубронии дағали шуури возеҳдошта дучор наомаданд. Дар марҳилаи ғайриҷубронии муътадили клиникӣ (МҒҚМК)- 44 (39,3%) қарахту мабхутии муътадил, дар марҳилаҳои зерҷубронии клиникӣ (МЗК) ҷуброннопазирии 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 собикаи 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.

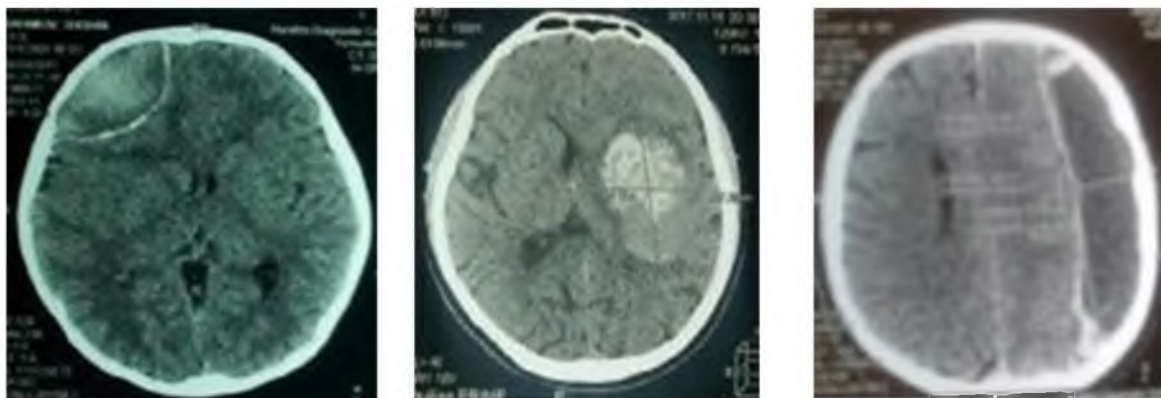
Аз рӯи мавқеъ бошад, дар 16 (14,3%) ҳолатҳои мушоҳида ХМДКС дар ҳиссаҳои шақиқавии мағзи сар ҷой дошт, ки барои хуномосҳои музмини эпидуралӣ ва дохилимағзӣ хос буд. Дар 9 (8,0%) ҳолатҳо ХМДКС дар намуди нимкура ҷойгир шуда буд, ки танҳо барои ХМС хос мебошад. Дар 4 (3,6%) ҳолатҳои мушоҳидаҳо ХМДКС дар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

Аз рӯи 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 рӯи 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 номуҷаҷонис дошт

(ба марҳилаи ташаккули хуномос вобаста буд), дар ташхиси 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 қодир ба баровардани тасвирҳои бисёрченакӣ ва ҳаҷмии 3 D имкониятҳои метод ба таври назаррас афзуд. Таҳқиқи беморон дар дастгоҳҳои Light Speed 32 и Discovery CT 750 OHD («General Electric», USA анҷом дода шуданд. расми 1

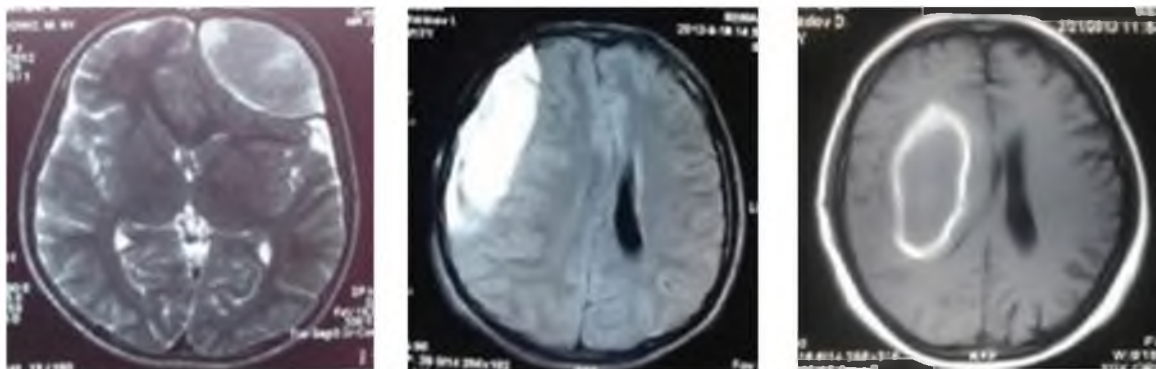


**Расми 1.-Томографияи компютерӣ дар буришҳои меҳварӣ ҳангоми ҳамаи шаклҳои ХМДКС.**

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 магнитою 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 магнито фаронокил бо шиддатнокии майдони 1.5 Тесла роҳандозӣ гардид.

Бо ёрии ТММ ҳудудҳои чузъи 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, қисми обилавӣ мавриди арзёбӣ қарор дода шуд. Расми 2.



**Расми 2.-Томографияи магниту 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 рӯи 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 1см бо ҳаҷми бештар аз ва 30 см<sup>3</sup> ҷойивазкунии сохторҳои миёнавӣ ба андозаи бештар аз 5мм 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 кутри беш аз 3 см дар ҳиссаи фарқи мағзи сар ҳамроҳ бо норасоии неврологии ба бечошавии мавқеи мағзи сар боисшаванда, ки аз рӯи ҚСГ 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 доктараби дараҷаи илмӣ қонуниятҳои маъмул ва мавриди қабули ҳамагон мебошад.

Аз рӯи намуди беҳискунии тибқи маводи таҳқиқот намудҳои гуногун аз қабили беҳискунии мавзёӣ ва ҳам умумии дохиливаридӣ ва бедардсозии эндотрохеалӣ бо дарназардошти ҳолати бемор, мавқеият ва ҳаҷми хуномосҳо истифода шудааст.

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

**Муолиҷаи ҷарроҳии хуномсҳои музмини дохили косахонаи сар** Ҳамаи 112 нафар беморони бистаришуда тахти амалҳои ҷарроҳии гуногун, мувофиқан, ба намудҳо ва ҳаҷмҳои хуномсҳо қарор гирифтанд. Методҳои бунёдии асосан камолоиши муолиҷаи ҷарроҳӣ 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 фарку шақиқавии мағзи сар ва ҳолати сеюм бо дарназардошти устухоншавии ғилофи ХМЭ анҷом дода шуд. Дар 73 (65,1%) нафар беморон амали ҷарроҳӣ бо дастрасии камолоиши гузоштани як пармашикоф бо обияткашии минбаъдаи ковокии хуномс системаи обияткашии пӯшидаи беруна (ОПБ) анҷом дода шуд.

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

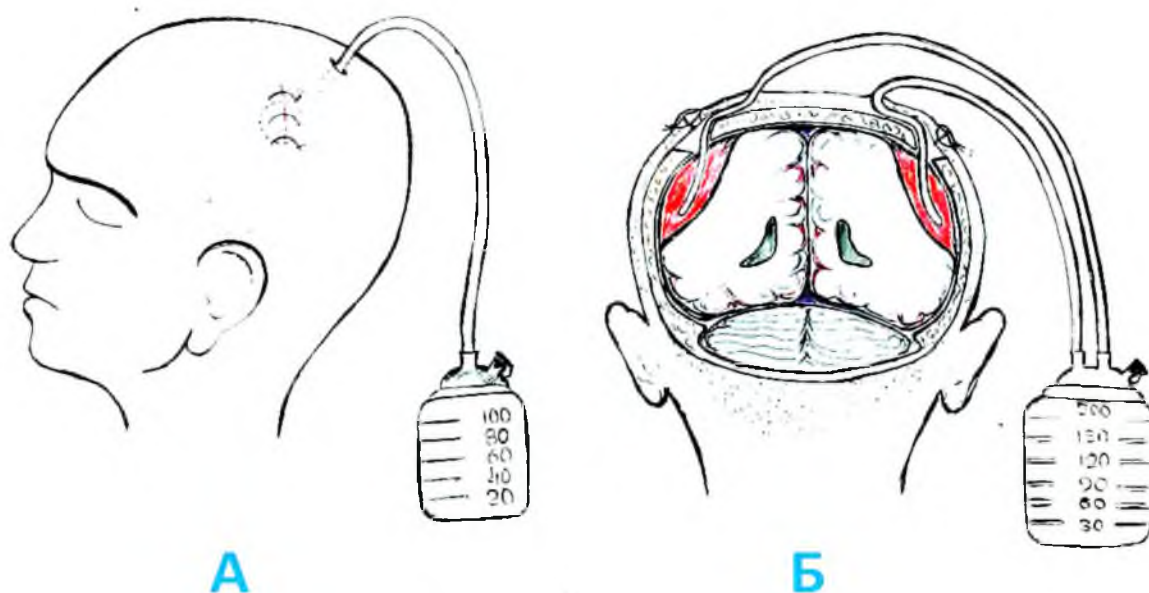
**Чадвали 1.- Равиши муолиҷаи ҷарроҳии ХМДКС**

Намудҳои ҷарроҳӣ	Тахлия ба воситаи пармашикоф	Mini-craniotomi а	Краниотомияи васеъ	Методҳои эндоскопӣ	Дар маҷмӯ
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 (ҶКО) бо корбурди як пармашикоф бо обияткашии 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 пайвандкунӣ (ШУП) ё ШҒКС бо хифз намудани устухонпора таҳти апоневроз истифода гардидааст. Дар 4 (3,6%) ҳолатҳо технологияҳои муосири бо бартарафкунии эндоскопии хуномосҳои музмини дохилимағзӣ ба кор бурда шудааст.

Бо методи таҳлиияи 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 чарроҳӣ шуданд. Расми 3



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

Вижагии фарккунандаи 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 ақиби захм бо системаи ОПМ барои раҳой аз фишори мағз воридшавии ҳаво дар фазои субарахноидалӣ, резиши моеи мағзии захмӣ, илтиҳоби пардаи мағз ва менингоэнсифалит, дар натиҷаи воридшавии сироят дар фазои субарахноидалӣ бароварда мешавад.

Аз рӯи маводи диссертатсия 73 (65%) ҳолатҳо обияткашии пӯшидаи берунаи ХМДКС ба тарзи тағйирёфтаи Хайер Шулт ба воситаи 1 пармашикоф «Патенти ихтироькорӣ» № ТҶ 601 аз 07.01.2014, ва Шаҳодатномаи пешниҳоди ихтироькории №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 патологияи филофи беруна катъ намуд.
4. Бо ёрии ОПБ ҳамзамон метавон ХМДКС -и дутарафаро обияткашӣ намуд.
5. Ба мураттабшавии тадриҷии хуномоси ба таври тӯлонӣ тазйикшудаи мағзи сар мусоидат мекунад.

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

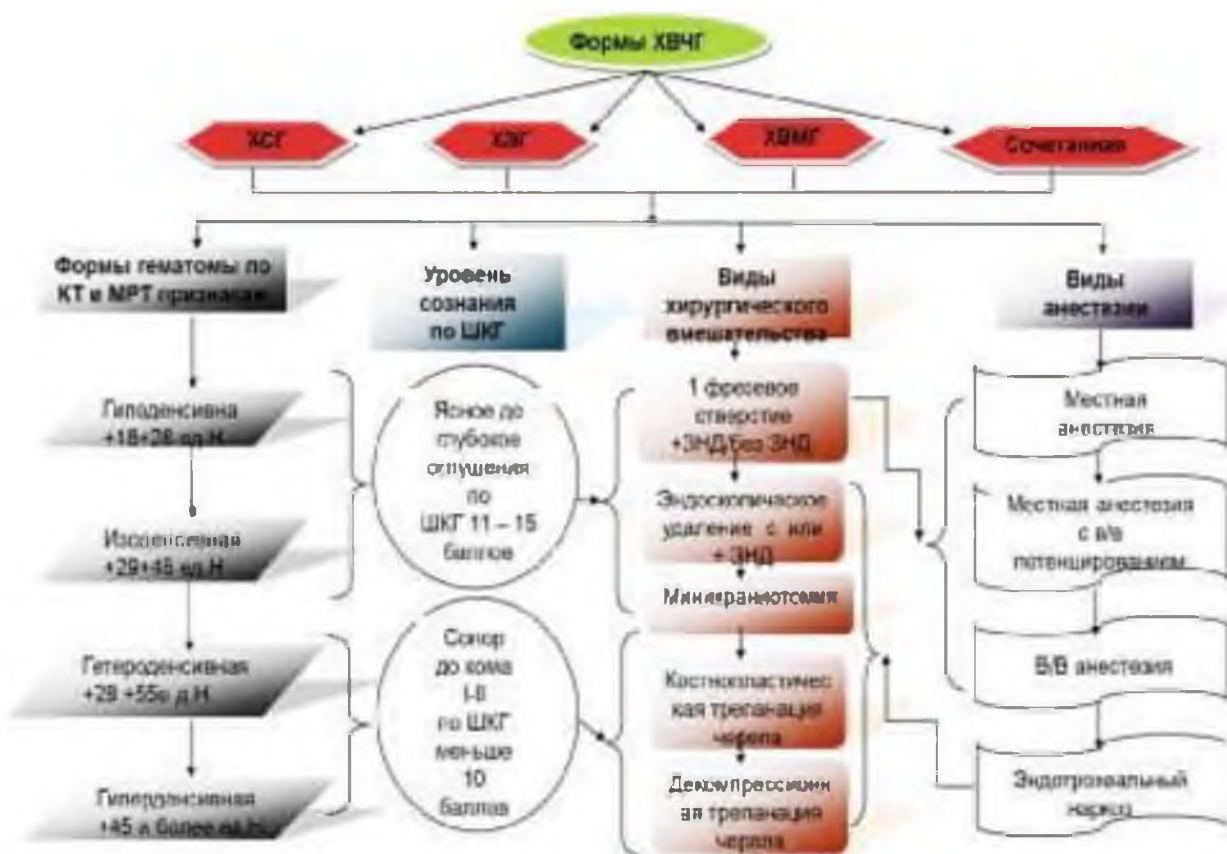
Натиҷаҳои бевоситаи муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори ХМДКС дар ҳамаи 112 нафар беморон ҳангоми коркарди омории натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори ХМДКС барномаи Statistica 10.0. ба қор бурда шуд. Муқоисаи маълумоти миқдорӣ оид ба намудҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ ва намудҳои ХМДКС, ки тақсимои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

Ҳангоми таҳлили се гурӯҳи ХМДКС (ХМЭ, ХМС, ХМДМ) аз рӯи 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 гуногунсапти натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ ба мушоҳида мерасад. Методи эндоскопии ҷарроҳӣ ва ХМДКС ҳамроҳ бо сабаби кам будани шумораи беморон шомили коркарди оморӣ намешуд.

Ҳангоми муқоисаи маълумоти бадастомадаи меъёри Крускал-Уоллис эътимоднокии лиҳози оморӣ 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 қаъри чашм, мураттабшавии тазйикҳои аз лиҳози замон тӯлонии мағз ХМДКС аз рӯи 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 рӯи 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 равиши тафриқавии муолиҷаи ҷарроҳии ХМДКС**

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

- шаклҳои хуномосҳо 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 ҶСГ аз возеҳ будан то мабхӯти 11 - 15 ҳол аз каммабхӯтӣ то садамаи I-II тибқи ҶСГ камтар аз 19 ҳол;
- аз рӯи намудҳои амали ҷарроҳӣ аз 1 пармашикофи бо ОПБ ё бидуни ОПБ

- то ШҒКС бо хифз намудани пораи устухон тахти апаневроз;
- - намудҳои беҳискунонӣ аз беҳискунонии мавзӣ то нарқози эндотрохеалӣ.

Таҳлили натиҷаҳои таҷрибаи ҷарроҳии камолоиш (ҶКО) дар муолиҷаи ХДМКС аз рӯи арзёбии фарҷомҳои ҶСГ 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 аҳамияти иҷтимоӣ 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 магнитӣ муқовиматӣ методҳои баландиттилоъ ва беолоиши таҳқиқот дар ошқорсозии 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 ҷарроҳии ХМДКС, бо роҳи гузоштани як пармашикоф бо обияткашии пӯшидаи берунии минбаъда, давомнокии нарқоз, ҷарроҳӣ ва хароҷоти моддиро ба таври назаррас коҳиш дода, инчунин аз аҳамияти иҷтимоӣ бархӯрдор мебошад [4-М,5-М].
4. Алгоритми муносибати тафриқавӣ ва равиши муносибгардонидашудаи амали ҷарроҳии 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 баландитилоъ ва беолоиши таҳқиқот барои ошкорсозии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар зарур мебошад.
2. Корбурди томографияи компютерӣ ва магнитою муқовиматии мағзи сар барои назорати динамикаи ташаккулёбии ғилоф дар марҳилаҳои гуногуни он, инчунин мушоҳидаи назоратии 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 мағзчай ва зеркишрӣ бо методи нештарзанӣ бо корбурди гузоштани як пармашикоф ва обияткашии пӯшидаи берунаи минбаъда имконпазир мебошад.
5. Истифодаи нейроэндоскопияи 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 пуртавонсозии 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 декомпрессивии косахонаи сар бо бетазйиксозии зершақиқавӣ бо хифз кардани пораи устухон таҳти апаневроз бо бартарафкунии хуномос бо пайвандкунии мағзпардаи саҳти минбаъда тавсия мешавад.
9. Дар шароити шубҳаҳои нейрочарроҳии Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар он ҷо имконияти қабули шабонарӯзии беморон мавҷуд аст, таҳқиқоти мукаммали саривактӣ тибқи методҳои муосир ва муолиҷаи фаврии беморони гирифтори хуномосҳои музмини дохили косахонаи 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. №1 Душанбе- 2012г. С. 123-127

[2–М] Шоев С. Н. Диагностическое значение нейросонографии при травматических внутричерепных гематомах у детей раннего возраста. / Бердиев Р. Н., Турдибоев Ш.А., Гиесов Х.А., Рауфи Нихад., // Вестник Авиценны, (Паёми Сино) научно-медицинский журнал №4 2013г. С. 29-31.

[3–М] Шоев С. Н. Малоинвазивное хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом. / Бердиев Р.Н., Турдибоев Ш.А. // Вестник Авиценны (Паёми Сино) научно-медицинский журнал №3 2014г. 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. №4 Душанбе-2015г. 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 таджикистане 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 внутричерепных 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 табоботи 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**

1. 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.

2. 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.

### **Фехристи ихтисораҳо**

КОА - Комиссияи олии аттестатсионӣ

ХДГС - Хуномосҳои дохили косахонаи сар

МДМС - Муассисаи давлатии Маҷмааи саломатии «Истиклол»

ОПБ - Обияткашии пӯшидаи беруна

ШУП- Шикофтани устухонию пайвандкунӣ

ШҒКС - Шикофтани ғайрикомпрессивии косахонаи сар

ТК - Томографияи компютерӣ

ТММ-Томографияи магнитию муковиматӣ

ЧКО - Ҷарроҳии камолоиш

ММТ ҶТ - Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон  
«Шифобахш»

ДДТТ - Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон  
ба номи Абӯалӣ ибниСино

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 косахонаю 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 гематом 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, объем 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 ҷарроҳии хуномосҳои музмини дохили косахонаи сар» барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои тиббӣ аз рӯйи ихтисоси 14.01.18–Асабҷарроҳӣ**

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

**Мақсади таҳқиқот** беҳтар намудани самаранокии натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии 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 Абӯалӣ ибни Сино дар назди ММТ ҶТ «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 навғонии онҳо

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

**Тавсияҳо оид ба истифода.** Дар шароити шубҳаҳои 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