ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙМЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

УДК 616-089-053.36

На правах рукописи

НИХАД РАУФИ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РОДОВЫХ ТРАВМ ОСЛОЖНЕННОЙ КЕФАЛОГЕМАТОМОЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

по специальности 14.01.18 – Нейрохирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2021

Работа выполнена в ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель:	**Бердиев Рустам Намозович,** доктор медицинских наук, заведуюший кафедрой нейрохирургии и сочетанных травм ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени АбуалиибниСино»
Научный консультант:	**Бабаева Лола Абдунаимовна**, к.м.н., доцент, заведущая кафедры пропедевтики детских болезнейГОУ «Таджикскийгосударственный медицинский университет имени АбуалиибниСино»
Официальные оппоненты:	**Раззоков Абдували Абдухамидович,** д.м.н.,профессоркафедрытравматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино
	Пиров Умматджон Мустафоевич, к.м.н., врач нейрохирург Сагдийской областной клинической больницы им. С.Кутфиддинов.
Оппонирующая организация:	ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Защита состоится «_____»____________ 2021 г., «____» часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА–025при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться на официальном сайте в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (www.tajmedun.tj).

Автореферат разослан «____» «____________» 2021 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинскихнаук **Юнусов И. А.**

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и необходимость проведения исследований по теме диссертации.

К числу актуальных медицинских и социальных проблем, на решение которых направлены значительные усилия и средства здравоохранения, относится проблема перинатального поражения нервной системы [А.М. Аксенова 2010, Н.А. Иванова 2009, Z.Rajtar 2000].

Термин «перинатальное поражение центральной нервной системы» объединяет различные по этиологии повреждения новорожденного, возникающие в промежуток времени от 28 недели беременности, до 7-го дня жизни. К причинам возникновения перинатальной энцефалопатии большинство исследователей относят: внутриутробную гипоксию, механическую родовую травму, вирусные и бактериальные инфекции, различные дисметаболические нарушения [О.С. Панина 2011, DM. Ferriero 2016, X. Liu 2018].

Одной из форм перинатального поражения нервной системы является родовая черепно-мозговая травма. Частота родовых повреждений головного мозга составляет от 39 до 60% от всех заболеваний центральной нервной системы новорожденных [К.Б. Бралов 2015, P. Gupta 2016]. Нередко родовая черепно-мозговая травма сопровождается тем или иным видом внутричерепного кровоизлияния, что является одной из основных причин смерти новорожденных [С.Ю. Вегнер 2011, Е.А. Морозова 2012]. Так, субарахноидальные кровоизлияния встречаются в 43 % случаев, субдуральные – у 12% детей с родовой черепно-мозговой травмой. Внутрижелудочковые кровоизлияния у этой категории пострадавших выявляются в 8% случаев, а частота разрывов намета мозжечка достигает 25,2% [И. И. Шоломов 2004, H. Seki 2018].

При клиническом исследовании новорожденных травма головного мозга определяется у 40% детей [К.Б. Бралов 2015]. У умерших от родовой травмы детей внутричерепные повреждения той или иной локализации выявлено в 81% случаев [О.С. Исхаков 2009]. По данным ВОЗ, в структуре детской смертности на долю родовых травм приходится 50%. Среди оставшихся в живых новорожденных, перенесших черепно-мозговую травму в родах, частота инвалидизации достигает 85 – 92% [Н. Н. Володин 2001, Н.С. Машина 2015].

Родовая черепно-мозговая травма сопровождается не только внутричерепнымимино и поднадкостничными кровоизлияниями-кефалогематомами [M.D. Medlock 1997].

Поднадкостничное кровоизлияние встречается в 30% случаев у новорожденных с родовой черепно – мозговой травмой, а у детей с тяжелой формой поражения головы и шеи эта цифра достигает 57% [Л.С. Сафронова 2009, И. И. Шоломов 1997, SH. Kim 2014, X. Liu 2018].

В некоторых случаях поднадкостничные гематомы могут стать источником инфекции и привести к развитию воспалительных процессов центральной нервной системы или костей свода черепа [Н.Н. Володин 2006, Е.

V. Shnitkova 2000]. У детей с кефалогематомой нередко возникают анемия, артериальная гипотензия, гипербилирубинемия.

Встречаются и множественные кефалогематомы, которые чаще отмечаются у мертворожденных детей. Наличие их рассматривается как чрезвычайно тяжелый вид родовой травмы черепа [Ж.И. Бобоев 2013].

На современном этапе является актуальным прогнозирование течения перинатальной посттравматической энцефалопатии, осложненной кефалогематомой. В то же время отсутствуют информативные показатели, отражающие тяжесть поражения нервной системы у новорожденных с данной патологией.

Степень изученности научной задачи.

До настоящего времени нет единого мнения о наиболее эффективных методах лечения этой категории пострадавших. Не раскрыты в должной мере механизмы образования кефалогематом. Недостаточно изучены клинические формы течения заболевания. Не очерчен круг необходимых современных диагностических методов исследования. Не существует единой классификации кефалогематом, используемой на практике. Не изучена ультраструктура поражения подлежащей под кефалогематомой нервной ткани. Все выше сказанное заставило нас продолжить совершенствовать лечение и диагностику данной патологии у детей раннего возраста, осбенно у детей до одного года.

Теоретическая и методологическая основы исследований.

В процессе проведенного исследования детально изучены клинические проявления кефалогематом у детей первого года жизни. Проведено нейрохирургическое исследование, совместно с врачами нейрохирургами, которое включало осмотр болных. Обращали внимание на изменение формы головы ребенка, количество и место расположения кефалогематом, их рзмеры, а также на сопутствующую патологию. Для определения патологии нервной ткани всем пациентам выполнялось КТ – исследование мозга. Также, большенству больным произвели осмотр глазного дна. В процессе КТ – исследования мозга, оценивалось наличие патологических изменений нервной ткани и их глубина, а также выраженность воспалительного процесса. У трети больных провели нейросонографию.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0» (StatSoftInc.,USA). Количественные величины описывались в виде среднего значения (M) и его стандартной ошибки (m). Для качественных величин высчитывались доли (%). Парные сравнения независимых групп по количественному признаку проводили по U-критерию Манна-Уитни, множественные – методом ANOVA Краскела-Уоллиса, парные сравнения зависимых групп проводили по T-критерию Уилкоксона. Для сравнения двух групп по качественному признаку применялся $\chi 2$ – критерий Пирсона, точный критерий Фишера. Корреляционный анализ проводился непараметрическим методом Тау Кендалла. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Общая характеристика работы

Цель исследования: Изучение диагностики и лечения родовых травм осложненной кефалогематомой у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы первого года жизни.

Объект исследования. Объектом исследования послужили 132 новорожденных, среди которых у 121 ребенка была диагностирована данная патология. Все новорожденные наблюдались в отделении детской нейрохирургии и отделении неонтологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахш».

Предмет исследования. Предметом исследования послужила кефалогематома у детей первого года жизни. Предмет диссертационного исследования совпадает с концепцией темы диссертации. Предмет диссертации соответствует паспорту специальности 14.01.18- Нейрохирургия.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинической симптоматики родовых травм осложненной кефалогематомой у детей первого года жизни.
2. Разработать схему диагностики родовых травм, осложненной кефалогематомой у детей первого года жизни.
3. Выявить основные факторы, определяющие тяжесть и характер заболевания.
4. Разработать показания к применению рационального, оптимизированного хирургического лечения родовых травм, осложненной кефалогематомой у детей первого года жизни.

Методы исследования. В данной работе мы применили следующие методы исследования: сбор клинико-анамнестических данных, неврологическое исследование, клинико-лабораторные (общие и биохимические анализы крови), инструментальные методы (R-графия головы, КТ мозга, МРТ мозга, нейросонография мозга, офтальмоскопия).

Область исследования.Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.18 – Нейрохирургия. Подпункт : 1.1 Этиология и патогенез: 1.3 Особенности диагностики и лечения.

Этапы исследования. Исследование проводилось поэтапно. Первым этапом нами была изучена литература по данной патологии. Затем была сформулирована тема и цель диссертации, далее поставлены задачи исследования, определены практическая значимость работы, а также сформулировано научная навизна. После комплексного исследования больных, в зависимости от выраженности патологического процесса было проведено консервативное и оперативное лечение. Результаты проведенной терапии изучены в ближайшем и отдаленном периодах. Эффективность лечения проявлялась снижением клинической симптоматики.

Основная информационная и экспериментальная база. В работе была изучена информация (диссертации защищенные в Республике Таджикистан, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) о перинатальном поражении нервной системы, осложненной кефалогематомой. Исследование проводилось на базе кафедры нейрохирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни

Сино», а также в отделении детской нейрохирургии и в отделении неонтологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахш».

Достоверность диссертационных результатов. Результаты исследования подтверждаются достоверностью данных, достаточным объемом материала исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов лечения детей с перинаталным поражением нервной системы, осложненной кефалогематомой.

Научная новизна исследования:

В результате исследования изучены и определены клинические особенности течения перинатального поражения нервной системы, осложненного кефалогематомой.

Проведенный сравнительный анализ между расположением и объемом кефалогематомы и степенью тяжести перинатального поражения нервной системы выявил наличие корреляционной связи между ними.

Разработана схема диагностических мероприятий при родовой черепно-мозговой травме, осложненной кефалогематомой и прогноза его течения.

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

Практическая ценность исследования:

Разработанная классификация кефалогематом позволит определить наиболее тяжелые формы перинатального поражения ЦНС и обозначить новые возможности лечения.

Составленная схема диагностики и прогноза перинатальной энцефалопатии, осложненной кефалогематомой, позволит провести экспресс-диагностику и добиться стойких положительных результатов лечения.

Неудовлетворительный исход перинатальной энцефалопатии, осложненной кефалогематомой, обусловливает необходимость более детального обследования пациентов с определением концентрации натрия, магния и серотонина в крови, что позволит своевременно проводить коррекцию лечения.

Положения, выносимые на защиту:

В клинической картине новорожденных с перинатальным поражением головного мозга, осложненным кефалогематомой, наиболее широко представлены синдромы: угнетения центральной нервной системы,
повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, бульбарных расстройств и внутричерепной гипертензии.

Согласно разработанной нами классификации фактором, отягощающим течение перинатального поражения нервной системы, являются множественные кефалогематомы, расположенные в затылочной области размером более 8 см.

Классификация диагностики в зависимости от локализации и размеров кефалогематомы, биохимических показателей и структурных изменений

мозговой ткани позволит оценить тяжесть поражения нервной системы и адекватность проводимой терапии.

Личный вклад диссертанта. Автор самостоятельно провел сбор, обработку и анализ доступной литературы, статистическую обработку клинического материала. Автор самостоятельно выполнял обследование и курацию больных, участвовал в проведении оперативных вмешательств при родовых черепно-мозговых травмах, разработал формализированные истории болезни, провел формирование базы данных. Самостоятельно написан текст диссертации, подготовлена электронная версия доклада для апробации и защиты. Автор лично изучил ближайшие и отдаленные результаты.

Апробация диссертации и информация об использовании ее результатов. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: научно-практической конференции посвященной, «85-летию со дня рождения член.-корр. АН РТ, профессора А.Т. Пулатова» (Душанбе, 2013); всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения» (Санктк-Петербург, 2015); XV-Юбелейной всероссийской конференции «Поленовские чтения» (Санкт-Петербург, 2016); 65-й международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2017); 66-й международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2018).

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертации опубликовано 14 работ, из них 3 в журналах, входящих в перечень рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Структура и объем диссертации: диссертация изложена на 106 страницах и состоит из введения, общей характеристики работы, и 4-х глав (этиология и патогенез заболевания, материал и методы исследования, результаты собственных исследований, результаты лечения), обсуждения реультатов, заключения, списка литературы. Работа иллюстрирована 18 таблицами и 14 рисунками. Список литературы включает 173 источника, из них 95 на русском и 78 на английском языке.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Нами был проведен анализ результатов клинических и лабораторно-инструментальных обследований 132 новорожденных, среди которых у 121 ребенка отмечались перинатальные травматические поражения головного мозга, осложненные кефалогематомой.

Поступившие под наше наблюдение дети находились на первом - втором этапах выхаживания. Больничный этап наблюдения и лечения проходил в отделениях родильных стационаров города Душанбе.

Среди 121 новорожденного мальчиков было 65 (53,7%), девочек - 56 (46,3%).

Все новорожденные наблюдались в отделении детской нейрохирургии и отделении неонтологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахш».

Для определения степени тяжести новорожденных и поражения головного мозга изучали состояние клинико-неврологического статуса, офтальмологическое обследование, проводили УЗИ головного мозга, КТ исследование и фотодокументацию.

По степени тяжести перинатального поражения нервной системы были выделены три группы новорожденных с данной патологией. Оценка тяжести ППНС проводилась с учетом данных исследования соматического и клинико-неврологического статуса, согласно рекомендациям А. С. Петрухина с соавт. (1999). Распределение больных по степени тяжести ППНС приведены в таблице 1.**Таблица 1. – Распределение пациентов на группы по степени тяжести перинатального поражения головного мозга**

Степень тяжести поражения	**Абсолютное количество детей**	**%**
Легкая	71	58,7
Средняя степень тяжести	38	31,4
Тяжелая	12	9,9
Итого	121	100

Особенности неврологических нарушений у новорожденных в зависимости от расположения поднадкостничных кровоизлияний приведены в таблице 2.

Во всех группах в большинстве случаев отмечалось снижение ладонно-ротового рефлекса, рефлексов Моро, Робинсона и автоматической походки (Самсонова Е. Г., 2004). Также в этих группах у большей части пациентов (n=79) наблюдалось снижение мышечного тонуса.

Среди двигательных расстройств у 49 пациентов имел место периферический парез кистей. У 37 детей наблюдался тремор подбородка, у 67 новорожденных наблюдался тремор конечностей.

Во всех группах в большинстве случаев отмечалось снижение ладонно-ротового рефлекса, рефлексов Моро, Робинсона и автоматической походки (Самсонова Е. Г., 2004). Также в этих группах у большей части пациентов (n=79) наблюдалось снижение мышечного тонуса.

Таблица 2. - Показатели неврологической картины у новорожденных с кефалогематомой в зависимости ее расположения

ВРОЛОГИ-ЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ	**ЛОКАЛИЗАЦИЯ КЕФАЛОГЕМАТОМ**				
	ПТО	**ЛТО**	**ДКГ**	**ЗО**	**ВО**
Осмотр головы	42	25	6	9	-
Состояние черепно - мозговых нервов	5	6	1	1	-
Рефлексы	6	6	2	3	1
Мышечный тонус	6	7	3	3	-

Гиперестезия	6	7	3	3	-
Парезы	12	11	3	4	2
Синдромы	9	9	1	4	-

Примечание: *- статистическая значимость, p<0,05

Среди двигательных расстройств у 49 пациентов имел место периферический парез кистей. У 37 детей наблюдался тремор подбородка, у 67 новорожденных наблюдался тремор конечностей.

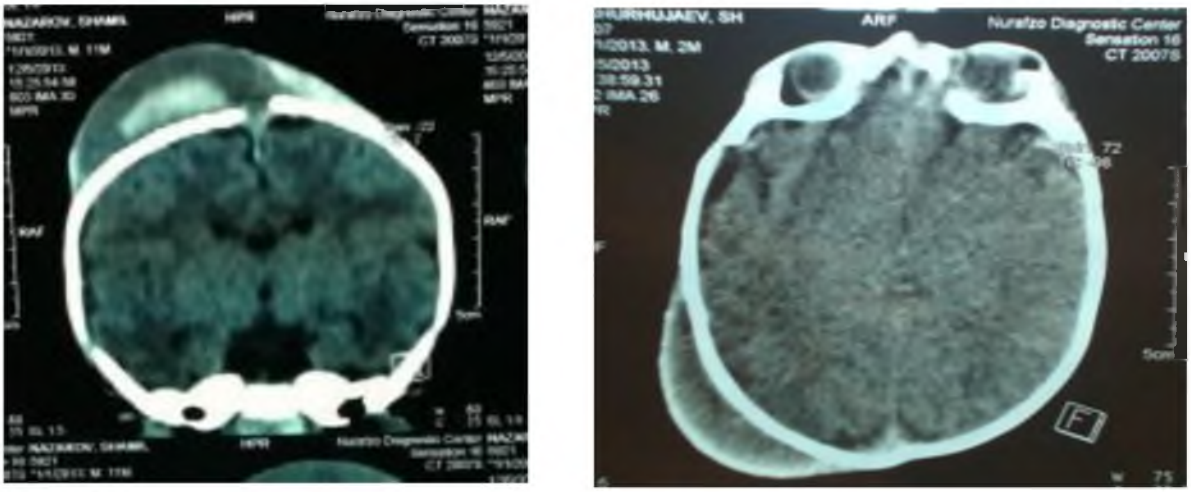


Рисунок 1. - КТ головного мозга больного С., 8 мес., с диагнозом кефалогематома теменой области справа, средних размеров (64 мл).

Обследование нейроофтальмологом проведено 98 (81%) пациентам из 121 и предусматривало изучение непосредственного воздействия травмы на мягкие ткани и глазное яблоко (параорбитальное кровоизлияние, контузия глазного яблока), произвольных движений глазных яблок у пострадавших в сознании наличие сходящего или расходящего косоглазия в результате повреждения III или VI черепно-мозговых нервов, пареза взора в сторону, вверх, плавающие глазные яблоки, симптом разностояния глазных яблок

Ультразвуковое сканирование головного мозга ребенка - нейросонографию (НСГ), проводили по стандартной методике [Бродская Л.М. [и др.], 1997; Амирова В.Р., 1997; Ромащенко Т.И., 2009], заключающейся в последовательном выведении изображений в 11 стандартных сечениях. Данную процедуру выполняли через большой родничок с помощью аппарата "HITACHI HI VISION AVIUS" с использованием секторальных датчиков 5МГц и 7,5МГц. Изучали состояние основных мозговых структур, желудочковой системы головного мозга; определяли особенности интракраниального кровоизлияния и расположение ишемических зон. При этом для проведения исследования не требовалось какой-либо медикаментозной подготовки. Нейросонография выполнена 47 новорожденным.

Компьютерная томография (КТ) является одним из наиболее информативных методов в диагностике различных форм черепно-мозговой травмы. Она проводилась на томографе фирмы «SIMENS SOMOTOM

SENSATION 16» МСКТ (мультиспиральный) 16 срезовый, у 91 (92,9%) больного из 121, у 72 – неоднократно, т.е. в динамике.

При анализе компьютерных томограмм определяли плотность патологических очагов в единицах по G.Hounsfield (H.) при ТВЧГ: кефалогематом и размозжении мозга - их размеры и локализацию.

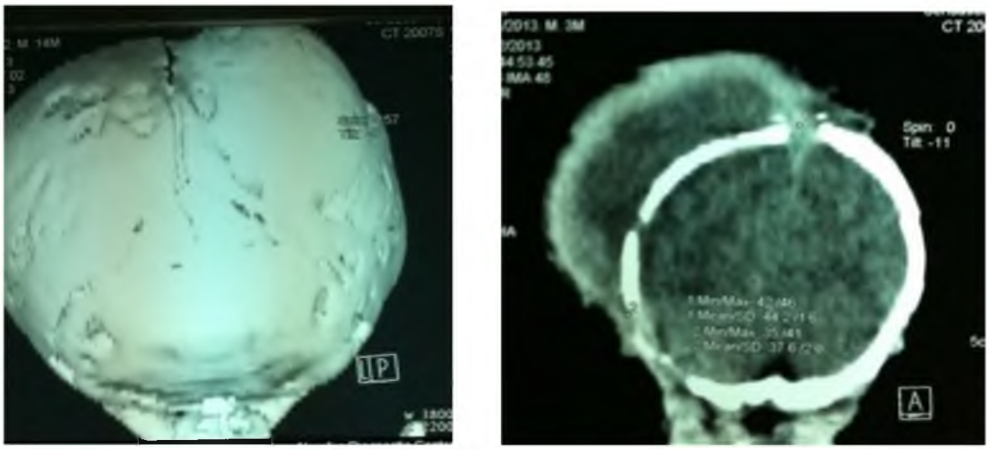


Рисунок 2. - КТ головного мозга больного Г., 12 мес., с диагнозом окостеневшая кефалогематома в теменной области справа больших размеров (110 мл)

Характерными особенностями КФ на КТ были: прилежащая к внутренней пластинке кости зона пониженной плотности (свежая несвернувшаяся кровь + 64 ед. по G.Hounsfield), либо интенсивно повышенной плотности (сгустки крови 76 ед.) в виде двояковыпуклой или плосковыпуклой формы, различных размеров, оттесняющая кнутри надкостнице.

В качестве примера приводим КТ головного мозга с кефалогематомой (рисунки 1 и 2).

Данные исследования выполнялись у 12 новорожденных с перинатальной энцефалопатией тяжелой степени и у 38 детей с перинатальным посттравматическим повреждением головного мозга средней степени тяжести. В контрольную группу были включены 12 доношенных детей, состояние которых при рождении было удовлетворительным, по шкале Апгар до 8-10 баллов. У всех наблюдаемых детей имела место перинатальная энцефалопатия без признаков тяжелой соматической болезни и расстройства гомеостаза.

Таким образом, раннее выявление КФ осуществлялось на основании данных диагностического нейрохирургического комплекса, в котором наиболее существенным являются: клинико-неврологическое, рентгенологическое исследования и компьютерная томография.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0» (StatSoftInc.,USA). Количественные величины описывались в виде среднего значения (М) и его стандартной ошибки (m). Для качественных величин высчитывались доли (%). Парные сравнения независимых групп по количественному признаку проводили по U-критерию Манна-Уитни, множественные - методом ANOVA Краскела-Уоллиса, парные

сравнения зависимых групп проводили по Т-критерию Уилкоксона. Для сравнения двух групп по качественному признаку применялся $\chi 2$ – критерий Пирсона, точный критерий Фишера. Корреляционный анализ проводился непараметрическим методом Тау Кендалла. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования

Диагностика перинатального повреждения нервной системы в сочетании с поднадкостничным кровоизлиянием только по объективным данным осмотра является недостаточной. Разнообразные клинические проявления данной патологии, многообразие вариантов повреждения структур головного мозга определяют необходимость применения дополнительного исследования с целью определения характера неврологического поражения и расположения травматического очага.

Родовая черепно-мозговая травма приводит не только к повреждению структур головного мозга, но и к расстройству функций других органов и систем организма, оказывающим воздействие на адаптационные механизмы организма, а также обуславливающим тяжесть и прогноз течения патологии. Компенсаторные особенности головного мозга и организма ребенка в раннем возрасте велики, однако оптимально изучить их полноценность можно лишь путем определения некоторых биохимических и инструментальных методов исследования новорожденных [Шоломов И. И., 1997; Thom G. [et. al.], 2018].

В нашем исследовании осмотр глазного дна выполнялся у 121 новорожденного с родовой черепно-мозговой травмой. Изменения глазного дна наблюдалисьв 86 случаях, при этом у 60 детей наблюдались признаки ангиопатии сетчатки в виде полнокровия или расширения вен в 41 случае, венозного сужения в 12 случаях и артериодилатации в 7 случаях. Односторонние мелкие точечные геморрагии наблюдались у 13 новорожденных, двусторонние - у 11 детей; у 2 детей имел место застойный диск зрительного нерва. Результаты осмотра глазного дна у детей приведены в таблице 3.

Таблица 3. - Результаты осмотра глазного днау детей с родовой ЧМТ, в сочетании с кефалогематомой (n=121)

Параметр	Ангиопатия Сетчатки	Точечные геморрагии	Застойный диск Зрительного нерва	Норма
Количество больных	60	24	2	35
%	49,6%	19,8%	1,7%	28,9%

В 47 случаях удетей с перинатальным повреждением нервной системы было выполнено ультразвуковое сканирование головного мозга. Данные нейросонографии были изученыс учетом расположения очага поражения. Результаты данного исследования приведены в таблице 4.

Таблица 4. - Показатели нейросонографии у новорожденных с перинатальным повреждением нервной системы в зависимости от расположения субпериостального кровоизлияния

Патология головного мозга	Локализация кефалогематом				
	ПТО	ЛТО	ДКГ	ЗО	ПВО
№	22	16	4	4	1
Пвк Слева	- -	2 1	- -	2 -	- -
Сэк Слева	1	-	-	-	-
ВЖК слева	3	1	1	-	1
КСС слева	-	1	1	1	-
ДДЖ ОДЖ слева	4 1	3 -	1 -	1 -	1
ПВИ	3	2	-	-	1
Отек	2	4	-	2	-
НМС	-	-	-	1	1
Норма	11	6	1	-	-

При обследовании новорожденных в 12 случаях были выявлены интракраниальные кровоизлияния.

Рисунок 3. - НСГ девочки Н., 4 мес. с перинатальным поражением головного мозга

Изучая посиндромно клиническую картину болезни новорожденных с родовой черепно-мозговой травмой, осложненной кефалогематомой, мы выделили ведущие симптомокомплексы. Синдром угнетения центральной нервной системы наблюдали у 55 новорожденных (45,5%); синдром повышения нервно-рефлекторной возбудимости имел место у 27 обследованных детей (22,4%); внутричерепная гипертензия диагностирована в 23 случаях (19%), рассеянную очаговую симптоматику отмечали у 14 больных (11,5%), бульбарные расстройства выявлены у 2 (1,6%) детей.

При проведении статистического анализа клинических данных была выявлена прямая корреляционная связь между синдромом угнетения и затылочной локализацией кефалогематомы ($r=0,37$, $p<0,05$). Получена достоверная корреляция между расположением кефалогематомы в правой теменной области и синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. На степень тяжести состояния детей оказывает влияние расположение субпериостального кровоизлияния ($r=0,103102$). При расположении кровоизлияний в затылочной области либо двухстороннем их расположении прогноз течения заболевания является менее благоприятным.

Нами проведена сравнительная оценка выраженности расстройства ионного гомеостаза в зависимости от тяжести состояния наблюдаемых детей. При средней степени тяжести перинатального повреждения нервной системы концентрация ионов магния снижается. Наименьшие показатели магния на 5-7-й день с момента рождения наблюдались у новорожденных с тяжелым течением перинатальной энцефалопатии. Также у детей данных групп наблюдались гипонатриемия (118,2±2,0) и гиперкалиемия (6,59±0,68) (таблица 5).

При проведении статистического анализа была выявлена корреляционная связь между степенью тяжести перинатальной энцефалопатии и концентрацией электролитов в крови. Коэффициенты корреляции натрия и магния составили от -1,0 до -0,7, калия от +0,7до +1,0 ($p<0,05$).

У детей с перинатальным поражением центральной нервной системы средней и тяжелой степени в крови было выявлено повышенное количество серотонина (рисунок 4).

Таблица 5. - Динамика показателей электролитного и газового состава крови у детей с перинатальной энцефалопатией средней итяжелой степени

Параметры КОС	Контрольная группа	ПЭ средней степени тяжести		ПЭ тяжелой степени	
		1 сутки	4 сутки	1час	ИВЛ сутки
Ph	7,39±0,04	7,27±0,04**	7,41±0,02	7,21±0,06 **	7,51±0,02**
pCO2 мм. рт. ст	31,2±5,8	49,6±1,08**	42,3±3,2*	46,3±1,5*	45,2±1,2*
HCO_3^- ммоль/л	24,5±1,1	28,5±1,2	24,6±1,6	13,6± 4,2**	26,6±1,5

BE ммоль/л	-1,6±2,3	±2,1±1,1	+2,2±1,06	10,2±2,2**	+3,4±3,3
Na^{+} ммоль/л	137,2±3,9	130,2±2,8*	135,3±2,5	126,32±3,5**	132,3±3,1
K^{+} ммоль/л	3,9±2,2	6,9±2,1**	7,2±1,4**	8,8±2,6**	6,4±2,3*
Mg^{+} ммоль/л	-	0,76 ± 0,09	-	0,513± 0,08*	-

Примечание: * - р<0,05 при сравнении с контрольной группой; **- р≤0,01 при сравнении с контрольной группой (по U-критерию Манна-Уитни)

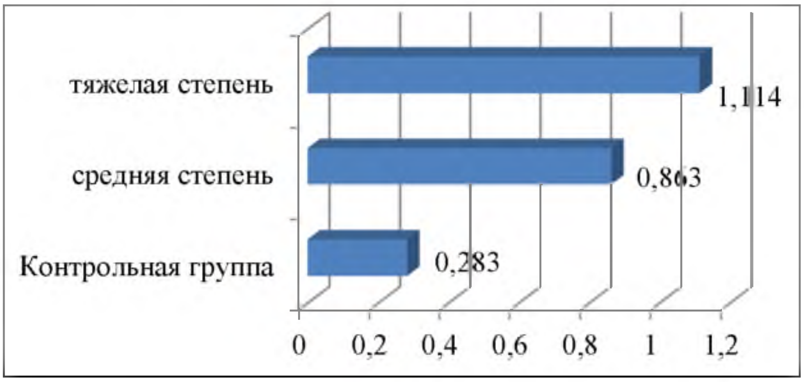


Рисунок 4. - Концентрация серотонина (ммоль/л) в сыворотке крови у пациентов с перинатальной энцефалопатией, осложненной кефалогематомой

В результате проведенного статистического анализа была выявлена корреляционная связь между уровнем серотонина в сыворотке крови и степенью тяжести перинатальной энцефалопатии, при этом коэффициент корреляции составлял от -0,7 до -1,0 (р<0,05).

Повышение уровня серотонина в крови варьировало в зависимости от тяжести неврологических расстройств.

При своевременно проведенном лечении, направленного на коррекцию метаболических нарушений, в течение 48 часов наблюдали восстановление показателей КОС до нормальных значений, при этом сохранялась повышенная концентрация серотонина в крови.

Интракраниальные кровоизлияния зачастую совпадают с расположением субпериостальных кровотечений. У новорожденных с перинатальной энцефалопатией в сочетании с субпериостальным кровоизлиянием при нейросонографии определяется наличие кровоизлияний различного расположения, признаки ишемии, расширение вентрикулярной системы, отек структур головного мозга.

При перинатальном повреждении нервной системы, осложненной кефалогематомой, околожелудочковые кровоизлияния располагались под и над затылочными рогами боковых желудочков; имели место интравентрикулярные

кровоизлияния, в сосудистые сплетения, субэпендимальные геморрагии на стороне расположения кефалогематомы.

Перинатальное повреждение нервной системы в сочетании с кефалогематомой сопровождается "биохимическими" нарушениями у новорожденного - расстройством КОС (метаболический и дыхательный ацидоз) крови, уменьшением концентрации Na и Mg, повышением концентрации в крови калия и серотонина.

Перинатальное посттравматическое поражение нервной системы характеризуется сложным механизмом развития и имеет разнообразные варианты проявления. В развитии травматической энцефалопатии задействованы все системы организма, принимающие участие в регуляции гомеостаза.

При перинатальной энцефалопатии травматического и гипоксического генеза терапия должна быть патогенетически обоснованной и направленной на устранение структурных и функциональных изменений. Для этого необходимо выделить критерии тяжести поражения мозговых структур, которые требуют тщательной оценки изменений в организме, происходящих в результате применяемого лечения.

Комплексное лечение новорожденных с перинатальной энцефалопатией травматического генеза проводилось с первых минут их жизни. Терапия носила посиндромный характер с уделением большего внимания основным звеньям заболевания. Особенности проводимой терапии детей с травматическим поражением головного мозга приведены в таблице 6.

При тяжелом состоянии новорожденных применялись реанимационные мероприятия. Проводилась интубацию трахеи, катетеризацию периферических вен.

Ребенка с клиникой гипоксии содержали в кувезе с источником лучистого тепла и проведением оксигено-терапии посредством назального катетера.

Варианты исхода терапии нами были определены как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Термин «выздоровление» в качестве исхода терапии мы не считали применимым, так как при перинатальном поражении головного мозга возникшие патоморфологические изменения у большей части новорожденных сохраняются в течение многих лет, а иногда и до конца жизни, претерпевая при этом лишь некоторые изменения. По этой причине мы могли судить лишь о клиническом улучшении состояния пациентов.

Таблица 6. - Особенности проводимой терапии детей с травматическим поражением головного мозга в сочетании с кефалогематомой

Метод лечения	Назначение
Пункция кефалогематомы диаметром свыше 8,1 см с отсасыванием ее содержимого, промыванием полости и наложением давящей повязки.	Местная обработка кожныхпокровов растворами антисептиков

Метаболическая терапия	Ноотропил, актовегин, энцефабол, церебролизин, когитум
Противоотечная терапия	Введение гипертонического раствора хлорида натрия, лазикса
Восстановление микроциркуляции	Трентал, кавинтон, допамин
Кровоостанавливающая терапия. Нормализация адгезивно-агрегационной функции тромбоцитов	Дицинон, аминокапроновая кислота, аскорбиновая кислота, викасол
Нормализация кислотно-щелочного равновесия	Раствор бикарбоната натрия, аскорбиновая кислота

Критерии хорошего исхода лечения: общее состояние новорожденного на момент выписки из стационара удовлетворительное, признаки повышения внутричерепного давления отсутствуют, полное восстановление основных безусловных рефлексов новорожденного, тонуса мышц, устранение парезов или параличей, а также исчезновение судорог.

Критерии удовлетворительного исхода лечения: общее состояние ребенка удовлетворительное, восстановление некоторых безусловных рефлексов новорожденного, частичное разрешение парезов или параличей. При цереброспинальном варианте травматического поражения в данную группу были отнесены больные с уменьшением частоты судорожных припадков, а также со значительным снижением клинических проявлений гидроцефалии.

К неудовлетворительным результатам терапии отнесли случаи безуспешности проводимого лечения, отсутствие его эффекта. У таких новорожденных при незначительном разрешении парезов или параличей мышечный тонус практически оставался без изменений. У детей сохранялся судорожный синдром, наблюдалась гидроцефалия, имели место ранние признаки гиперкинезов.

При изучении ближайших результатов терапии новорожденных с родовой черепно-мозговой травмой, осложненной субпериостальным кровоизлиянием, было определено, что в 38 (31,5 %) случаях у детей наблюдали хороший результат лечения, в 66 (54,5%) случаях результат лечения был удовлетворительным, и у 17 (14%) новорожденных был зафиксирован неудовлетворительный исход лечения. Результаты лечения приведены в таблице 7.

Таблица 7.–Исходы терапиидетей с перинатальным поражениемголовного мозга, осложненногосубпериостальным кровоизлиянием

Исход лечения	**Абсолютное число**	**%**
Хороший	38	31,5
Удовлетворительный	66	54,5

Неудовлетворительный	17	14

Нами было установлено, что размеры кефалогематомы влияют на результаты терапии. В своем исследовании мы использовали собственную классификацию кефалогематом в зависимости от их размера. При учете размеров образования имели в виду их максимальный диаметр. Первая степень кефалогематом наблюдалась у 45 (37,2%) детей, вторая степень кефалогематом отмечена у 63 (52%) новорожденных, третья степень имела место у 13 (10,8%) новорожденных. При определении размеров двухсторонних кефалогематом суммировали показатели максимального диаметра обоих очагов.

Данные исхода терапии у новорожденных в зависимости от размера субпериостального кровоизлияния приведены в таблице 8.

Таблица 8. – Результаты терапии детей в зависимости от размера кефалогематом

Размер КГ	Исход терапии		
	Хороший	**Удовлетворит.**	**Неудовлетворит.**
I степень	20	21	4
II степень	18	38	7
III степень	-	7	6
Всего	38	66	17

Продолжительность стационарного лечения считается одним из важных факторов социальной и экономической сферы, указывающих на объем медицинской помощи, необходимый для новорожденных с перинатальным поражением головного мозга. В результате нашего наблюдения была установлена связь между продолжительностью госпитализации детей с родовой черепно-мозговой травмой и размерами субпериостального кровоизлияния. Результаты данного анализа приведены в таблице 9.

При анализе данных таблиц 9 и 10 установлено, что субпериостальные кровоизлиянияв затылочной области имеют малые размеры и определяют неблагоприятный прогноз лечения. Данный факт при кефалогематомах затылочной области обусловлен близким расположением структур мозгового ствола и дыхательных и сосудодвигательных центров продолговатого мозга. При двустороннем расположении кефалогематом, очевидно, большую роль играет её значительная площадь поражения.

Таблица 9. – Показатели срока госпитализациидетей с перинатальной энцефалопатией в зависимости от размеров субпериостального кровоизлияния

Размер КГ в см	Продолжительность госпитализации			
	до 5 дней	**до 10 дней**	**до 20 дней**	**до 30 дней**

До 4	26	2	1	-
От 4,1 до 8	34	9	4	2
Более 8	2	3	1	2
Всего	62	14	6	4

При исследовании мы также изучали наличие связи между расположением кефалогематомы и исходом лечения детей. Данные исследования приведены в таблице 10.

Итак, размер и расположение субпериостальных кровоизлияний оказывают влияние на тяжесть состояния ребенка и исход проводимой терапии.

Согласно классификации перинатальных повреждений головного мозгау детей по Н.Н. Володину и А.С. Петрухину (1999), нами было изучено соотношение исхода терапии и патогенетического фактора, играющего значительную роль в развитии заболевания.

Данные исследования приведены в таблице 11.

Таблица 10. - Результаты терапии детей в зависимости от расположения кефалогематомы

Локализация КГ	**Результаты лечения**		
	хороший	**удовлетворит.**	**неудовлетворит.**
ПТО	24	30	3
ЛТО	14	20	5
ОТК	-	5	3
ЗО	-	11	5
ВО	-	-	1
Всего	38	66	17

Таблица 11. – Исход терапии в зависимости от ведущего патогенетического фактора

Фактор Патогенеза	**Результаты лечения**		
	хороший	**удовлетворит.**	**неудовлетворит.**
Гипоксия	23	29	5
Травма	1	4	2
Инфекция	10	24	6
Нарушения метаболизма	4	9	4
Всего	38	66	17

Нами были изучены результаты терапии детей в зависимости от превалирующего синдрома в течении данного заболевания (таблица 12).

На основании оценки клинических особенностей ребенка с родовой травмой центральной нервной системы, осложненной кефалогематомой, можно прогнозировать возможную эффективность послеродовой терапии.

К неблагоприятным прогностическим факторам, оказывающим влияние на тяжесть заболевания и прогноз лечения, относятся:

развитие кефалогематомы, расположенной в обеих теменных областях, а также в области затылочной и височной костей;

кефалогематомы размерами свыше 8 см;

сочетание субпериостальных кровоизлияний с поражением нервной системы на мозговом и спинальном уровнях;

перинатальное поражение нервной системы, осложненной кефалогематомой, с явлениями бульбарного и гипертензионно-гидроцефального синдромов.

Таким образом, кефалогематома является своеобразным маркером перинатальной посттравматической постгипоксической энцефалопатии.

Пункционное и хирургическое лечение кефалогематом.

Пункционное лечение кефалогематом проводили у 114 (94,2%) пострадавших из 121, из них у 32 (28,1%) оно проводилось повторно. В 7 (5,8%) случаев больные лечились оперативно, вследствие окостенения наружной пластинки кефалогематомы

Показаниями для пункционного лечения больных являлись:

- кефалогематома среднего и большого размера (от 50 до 100 мл), проявляющиеся клинической симптоматикой сдавления головного мезга;
- кефалогематома малого размера (до 50 мл) в лобной и затылочных областях с наличием сопутствующего соматического фона.

Таблица 12. – Показатели исхода терапии в зависимости от преобладающего синдрома

<table>
<tr><th rowspan="2">Ведущие синдромы</th><th colspan="5">Результат лечения</th></tr>
<tr><th>хороший</th><th colspan="2">удовлетвлетвор-ный</th><th colspan="2">неудовлетвор-ный</th></tr>
<tr><td>Угнетение ЦНС (n=55)</td><td>13(23,6%)</td><td colspan="2">39 (70,9%)</td><td colspan="2">3 (5,5%)</td></tr>
<tr><td>Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (n=27)</td><td>11 (40,7%)</td><td colspan="2">16 (59,3%)</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Гипертензионно-гидроцефальный синдром (n=23)</td><td rowspan="2">-</td><td rowspan="2">11 (47,8%)</td><td>1-йстепени 6 (26,1%)</td><td rowspan="2">12 (52,2%)</td><td>1-й степени 5 (21,7%)</td></tr>
<tr><td>2-йс тепени 3 (13,0%)</td><td>2-й степени</td></tr>
</table>

					4 (17,4%)
			3-й степени 2 (8,7%)		3-й степени 3 (13,0%)
Синдром бульбарных расстройств (n=2)	-	-		2 (100,0%)	
Рассеянная очаговая симптоматика ЦНС (n=14)	14 (100,0%)	-		-	
ВСЕГО (n=121)	38 (31,4%)	66 (54,5%)		17 (14,0%)	

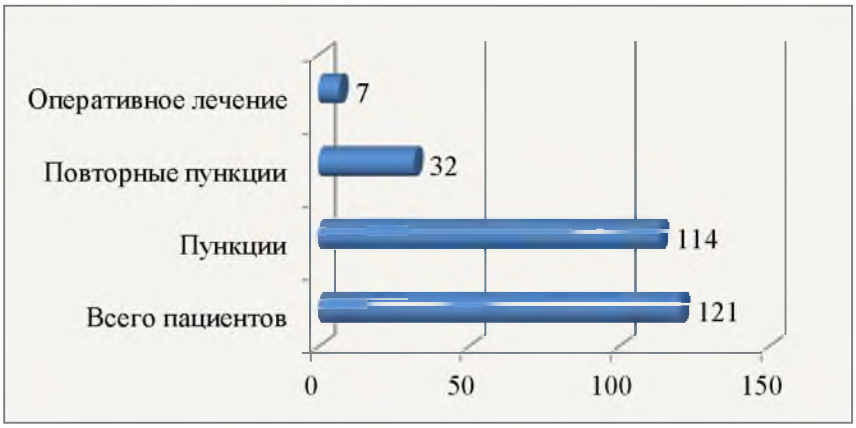


Рисунок 5. – Характеристика хирургических вмешательств у детей

Показаниями для оперативного вмешательства считали:

- наличие кефалогематомы малого и большого размера вследствие окостенения наружной пластинки без сопутствующих интракраниальных гематом иной локализации и зон церебрального ушиба, с отсутствием в динамике синдрома сдавления мозга, а также без значимых изменений при КТ-исследовании (отсутствие компрессии бокового желудочка, смещения срединных структур головного мозга, признаков компрессии или деформации базальных цистерн мозга).

Пункционное лечениеу детей использовалось в различный период. У 72 (63,2%) новорожденных оно было применено в течение 6 часов после госпитализации, у 40 (35,1%) детей - до исхода первых суток. Лишь у 2 (1,7%) новорожденных пункционное лечение проводилось в период 5-7 суток, это было связано с определением на КТ повышенной плотности гематомы.

Операции, выполненные у 7 (5,8%) детей в период более 3-х суток, были обусловлены следующими факторами:

- состояние пациентов крайне тяжелое, нуждающееся в применении интенсивной терапии и реанимационных мероприятий; вданном случае, по данным клинико-неврологического исследования до проведения КТ, было невозможно диагностировать;

- несогласие родственников пострадавшего на оперативное вмешательство, невозможность раннего проведения КТ по техническим причинами.

В послеоперационном периоде у 1 (14,2%) больного развилось следующие осложнение: нагноение операционной раны, где причиной явилось позднее обращение и не проведение антибактериальной терапии от момента родов и поступления в стационар.

Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, лечебная тактика при кефалогематомах была различной и определялась многими факторами: тяжестью состояния больных, размерами, локализацией и темпом развития, степенью и локализацией повреждений мозга (очагами ушиба – размозжения), а также от сочетания кефалогематомы с внечерепными повреждениями.

У подавляющего большинства больных были удалены пункционно кефалогематомы среднего и большого размера (94,2%), вследствие окостенение наружной пластинки кефалогематомы – в 7 случаях явились основанием для выполнения оперативного вмешательства.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Перинатальную энцефалопатию, сопровождающуюся кефалогематомой, следует рассматривать, как структурное и биохимическое повреждение головного мозга. Основными клиническими формами ее являются: угнетение нервной системы при расположении кефалогематомы в затылочной области, повышение нервно-рефлекторной возбудимости при кефалогематоме правой теменной области, а также внутричерепная гипертензия, бульбарный синдром. Характерны три типа течения: легкое, средней степени тяжести и тяжелое [1-А, 2-А, 7-А, 8-А, 10-А, 14-А].
2. Перинатальная энцефалопатия, осложненная кефалогематомами более 8 см в диаметре, двухсторонней, затылочной и височной локализации, сопровождается структурными изменениями мозгового вещества в виде перивентрикулярных, внутрижелудочковых кровоизлияний, дилатации боковых желудочков, перивентрикулярной ишемии и диффузного отека мозговой ткани, что характерно для тяжелого типа течения перинатальной энцефалопатии и является неблагоприятным признаком [1-А, 3-А, 5-А, 6-А, 8-А,12-А,13-А].
3. Перинатальное поражение нервной системы, осложненное кефалогематомой, сопровождается биохимическими сдвигами гомеостаза - ацидозо–, гипонатриемией, гипомагниемией и гиперсеротонинемией, что коррелирует с тяжестью заболевания. У детей со среднетяжелым и тяжелым поражениями центральной нервной системы величина содержания магния и натрия крови снижается, а уровень серотонина повышается [1-А, 9-А, 10-А, 13-А].
4. Разработанная дифференцированная система диагностики и прогноза перинатальной энцефалопатии, осложненной кефалогематомой, в зависимости

от локализации и размера последней, типа течения, биохимических показателей и структурных изменений мозговой ткани позволяет провести экспресс-диагностику и добиться стойких положительных результатов [2-А, 4-А, 7-А, 9-А, 10-А, 14-А].

5. В детском возрасте использование компьютерной томографии в раннем периоде черепно-мозговой травмы (92,9%) позволяет выявить локализацию и размер кефалогематомы, сопутствующие ей (ВЧ) гематомы очаги размозжения, состояние ликворосодержащие пространств, особенно, охватывающей цистерны, а также определить величину смещения срединных структур [1-А, 4-А, 5-А, 9-А, 10-А, 12-А].

6. Степнь тяжести состояния ребёнка зависит не только от объема, локализации и скорости формирования кефалогематомы, но и от сопутствующей тяжести течения внутричерепных и внечерепных повреждений [1-А, 4-А, 6-А, 8-А, 10-А, 11-А, 14-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Всех новорожденных целесообразно осматривать на наличие кефалогематомы. В случае выявления кефалогематомы у новорожденных необходимо проведение обследования и лечения с учетом разработанной нами тактики.
2. Прогноз тяжести течения перинатальной энцефалопатии, осложненной кефалогематомой, необходимо проводить с помощью стандартной программой, с учетом локализации и размера кефалогематомы, типа течения, биохимических показателей и структурных изменений мозговой ткани.

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых научных журналах

[1-А]. Н. Рауфи. Особенности диагностики и тактика лечения родовых черепно-мозговых травм /Р.Н Бердиев, Ш.А. Турдибоев, С.Н. Шоев // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2016. - №3. – С. 39-43.

[2-А]. Н. Рауфи. Диагностическое значение нейросонографии при травматических внутричерепных гематомах у детей раннего возраста /Р.Н Бердиев ,С.А. Шоев, Ш.А. Турдибоев,Х. Дж. Рахмонов // Вестник Авицены. – Душанбе. – 2013. - №4. – С. 29-31.

[3-А]. Н. Рауфи. Комплексный подход в хирургическом лечении хронических внутримозговых гематом /Р.Н Бердиев ,С.А. Шоев, Ш.А. Турдибоев,Х. Дж. Рахмонов // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2015. - №4. – С. 100-104.

Статьи в научных сборниках

[4-А]. Н. Рауфи. Характер повреждения ствола головного мозга в зависимости от дислокационного синдрома /Р.Н Бердиев, Ш.А. Турдибоев // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. – Душанбе. – 2017. – С. 185-187.

[5-А]. Н. Рауфи. Неврологическая картина при первичных и вторичных повреждениях ствола головного мозга / Р.Н Бердиев, Ш.А. Турдибоев //

Сборник научных статей 66 годичной международной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. – Душанбе. – 2018. – С. 50-52.

[6-А]. Н. Рауфи. Особенности течения постравматической эпилепсии /Д.И. Кодиров, Н.О. Рахимов // Медицинская наука: Новые возможности. Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященный «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе. – 2018. – С. 242.

[7-А]. Н. Рауфи. Корреляция между травмвтическими субстратами и повреждениями ствола головного мозга / Д.И. Кодиров, Б.А. Рахмонов // Медицинская наука: Новые возможности. Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященный «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе. – 2018. – С. 242-243.

[8-А]. Н. Рауфи.Течение черепно-мозговой травмы при сочетании с другими внечерепными повреждениями / Н.О. Рахимов, Мирмастов А.И. // Медицинская наука: Новые возможности. Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященный «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе. – 2018. – С. 243

Тезисы докладов

[9-А]. Н. Рауфи. Лечебная тактика кефалогематом у детей / Р.Н. Бердиев // Материалы научно-практической конференции посвященной «85 – летию со дня рождения член.-корр. АН РТ, профессора А.Т. Пулатова». – Душанбе. – 2013. – С. 183.

[10-А]. Н. Рауфи. Дифференциальный подход в лечении кефалогематом у детей / Р.Н Бердиев // Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2015. – С. 180-181.

[11-А]. Н. Рауфи. Миниинвазивная хирургия в лечении хронических внутри-черепных гематом / С.Н. Шоев, Р.Н. Бердиев, И.М. Хабибов // Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2015. – С. 29.

[12-А]. Н. Рауфи. Оценка диагностики и выбор тактики лечения кефалогематом у детей / Р.Н. Бердиев // XV – Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2016. – С.196.

[13-А]. Н. Рауфи. Диагностика и лечебная тактика при хронических внутримозговых гематомах / С.Н. Шоев, Р.Н. Бердиев, Х.Дж. Рахмонов// XV – Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2016. – С. 115-116.

[14-А]. Н. Рауфи. Малоинвазивное хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом / С.Н. Шоев, Р.Н. Бердиев, Ш.А. Турдибоев// XV – Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2016. – С. 34-35.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВЖК - внутрижелудочковое кровоизлияние
ДКГ - кефалогематома обеих теменных костей
ДДЖ - двухсторонняя дилатация желудочков головного мозга
К+ - содержание иона калия в крови
КГ - кефалогематома
КОС - кислотно-основное состояние
КСС - кровоизлияние в сосудистое сплетение
ЛТО - кефалогематома левой теменной области
НМС - незрелость мозговых структур
$HC0_3$ - содержание иона бикарбоната
НСГ - нейросонография
ОДЖ - односторонняя дилатация желудочков головного мозга
ПВИ - перивентрикулярная ишемия
ПВК - перивентрикулярное кровоизлияние
ППНС - перинатальное поражение нервной системы
ПТО - кефалогематома правой теменной области
ПЭ - перинатальная энцефалопатия
РОС - рассеянная очаговая симптоматика
$pC0_2$ - парциальное давление углекислого газа в крови
СБ - синдром бульбарных расстройств
СГ - синдром внутричерепной гипертензии
СПНРВ - синдром повышенной нервно - рефлекторной возбудимости
СУ - синдром угнетения центральной нервной системы
СЭК - субэпендимальное кровоизлияние
ЦНС - центральная нервная система
BE- показатель избытка или недостатка буферных оснований
Mg+ - содержание иона магния в крови
Na+ - содержание иона натрия в крови
pH - концентрация H+

МУАССИСАИ ТАЪЛИМИИ ДАВЛАТИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБӮАЛИ ИБНИ СИНО

УДК: 616-089-053.36

Бо ҳуқуқи дастнавис

НИҲОД РАУФИ

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОСЕБҲОИ ВАЛОДАТИ ОРИЗАНОК БО КЕФАЛОГЕМАТОМА ДАР КӮДАКОНИ СОЛИ АВВАЛИ ҲАЁТ

АВТОРЕФЕРАТИ
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илми тиб аз рӯйи ихтисоси
14.01.18 – Ҷарроҳии асаб

Душанбе 2021

Таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии асаб ва осебҳои омехтаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Бердиев Рустам Намозович** - доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи ҷарроҳии асаб ва осебҳои омехтаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино»

Мушовири илмӣ: **Бабаева Лола Абдунаимовна** - н.ти.т., дотсент, мудири кафедраи пропедевтикаи бемориҳои кӯдакон МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Раззоқов Абдували Абдухамидович** - профессори кафедраи травматология, ортопедия ва ҶҲС МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино»

Пиров Умматҷон Мустафоевич - н.и.т., табаи ҷарроҳи асаби Беморхонаи клиникии вилоятии ба номи С. Қутфиддинов.

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

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «___» _______ с.2022 соати «___» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.КОА–025-и МДТ «**Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино»** баргузор мегардад. **Суроға:** 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдаки, 139, tajmedun.tj,

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикситон ба номи Абӯали ибни Сино» шудан мумкин аст.

Автореферат «___»________ с. 2021 ирсол шуд.

Котиби илмии
Шурои диссертатсиони,
доктори илмҳои тиб **И.А. Юнусов**

МУҚАДДИМА

Аҳамиятнокӣ ва зарурати таҳқиқот оид ба мавзӯи рисола. Ба таркиби мушкилоти мубрами тиббиву иҷтимоӣ, ки барои ҳаллу фасли онҳо нерӯ ва воситаҳои зиёди нигоҳдории тандурусти равона шудааст, проблемаи осебҳои перинаталии системаи асабро дохил мекунанд [А.М. Аксенова 2010, Н.А. Иванова 2009, Z. Rajtar 2000].

Истилоҳи «осебҳои перинаталии системаи асаб» осебҳои аз ҷиҳати этиологи гуногуни осебҳои навзодонро муттаҳид месозад, ки дар фосилаи вақти аз ҳафтаи 28-уми ҳомилаги то рӯзи 7-уми ҳаётро дар бар мегирад. Ба сабабҳои пайдошавии энсефалопатияи перинаталӣ инҳоро дохил мекунанд: гипоксияи дохилибатнӣ, осеби механикии валодат, сироятҳои вирусӣ ва бактериалогӣ, ихтилолҳои гуногуни дисметаболикӣ [О.С. Панина 2011, DM. Ferriero 2016, X. Liu 2018].

Яке аз шаклҳои осебҳои перинаталии системаи асаб осеби валодатии косахонаи сару майна ба ҳисоб меравад. Басомади осебҳои валодатии майнаи сар аз 39 то 60%-и ҳамаи беморихои системаи марказии асаби навзодонро ташкил медиҳад [Бралов К.Б., 2015; Gupta P., 2016]. Аксари вақтҳо осеби валодатии косахонаи сару майнаро ин ё он намуди хунравии дохили косахонаи сар ҳамроҳӣ мекунад, ки яке аз сабабҳои асосии фавти навзоддон мебошад [Вегнер С.Ю., 2011; Морозова Е.А., 2012]. Ҳамин тавр, хунравии субарахноидалӣ дар 43 % ҳолат, субдуралӣ - дар 12% кӯдаки дорои осеби валодатии косахонаи сару майна ба мушоҳида мерасад. Хунравиҳои дохили меъдачавӣ дар ин категорияи осеб дидагон дар 8% ҳолат дида шуд, басомади порашавии чодари майнача (tentorum cerebeli) то 25,2% ба қайд гирифта мешавад [И. И. Шоломов 2004, H. Seki 2018].

Ҳангоми таҳқиқоти клиникии навзодон осеби майнаи сар дар 40% -и кӯдакон ба назар расид [Бралов К.Б., 2015]. Дар кӯдаконе, ки аз осеби валодатӣ фавтидаанд, осебҳои дохили косахонаи сари ин ё он ҷойгиршавӣ дар 81%-и ҳолатҳо ба назар расид [Исхаков О.С., 2009]. Тибқи маълумоти ТУТ, дар сохтори фавти кӯдакон ҳиссаи осебҳои валодат ба 50% баробар аст. Дар байни навзодонир зиндамонда, ки ҳангоми валодат осебҳои дохили косахонаи сарро гузаронидаанд, миқдори маъюбшавӣ то 85 - 92% мерасад [Машина Н.С., 2015; Володин Н. Н., 2001].

Осебҳои валодатии дохили косахонаи сарро на танҳо хунравиҳои дохили косахонаи сар, балки зерустухонпардагӣ - кефалогематомавӣ низ ҳамроҳи мекунанд [Medlock M. D., 1997].

Хунравиҳои зерустухонпардагӣ дар навзодони дорои осебҳои валодатии дохили косахонаи сар дар 30% ҳолат дида шуд, дар кӯдаконе, ки дорои шаклҳои вазнини осебҳои сар ва гардан ҳастанд, ин рақам ба 57% мерасад [Л.С. Сафронова 2009, И. И. Шоломов 1997, SH. Kim 2014, X. Liu 2018].

Дар баъзе ҳолатҳо хуномосҳои зерустухонпардагӣ метавонанд, ки сарчашмаи сироят бошанд ва ба пайдошавии протсессҳои илтиҳобии системки марказии асаб ва ё устухонҳои сақфи косахонаи сар оварда расонанд [[Н.Н. Володин 2006, E. V. Shnitkova 2000]. Дар кӯдакони дорои кефалогематома

аксар вақт камхунӣ, гипотензияи шарёнӣ ва гипербилирубинемия пайдо мешавад. Кефалогематомаҳои сершумор низ дучор мешаванд, ки асосан дар мурда таваллуд шудаҳо дида мешаванд. Вуҷуд доштани онҳо ҳамчун намуди ниҳоят вазнини осеби валодатии косахонаи сар ба шумор меравад [Бобоев Ж.И., 2013].

То имрӯз оид ба самаранокии табобати ин гурӯҳи беморон ақидаи ягона дида намешавад. То андозаи дилхоҳ механизмҳои пайдошавии кефалогематома кушода нашудаанд. Шаклҳои клиникии ҷараёни бемори ба қадри кофи омӯхта нашудааст. Доираи зарурии усулҳои муосири ташхисии таҳқиқот муайян карда нашудааст. Таснифи ягонаи кефалогематома, ки дар амалияи истифода шавад, мавҷуд нест. Ультрасохтори осебҳои таги кефалогематомаи бофтаи асаби омӯхта нашудааст.

Дар марҳалаи муосир пешгӯйии ҷараёни энсефалопатияи перинаталии пост травматикии бо кефалогематома оризанокшуда актуали дониста мешавад. Дар айни замон нишондиҳандаҳои иттилоотие, ки инъикоскунандаи вазнинии осеби системаи асаби навзодони дорои ин бемори ҳастанд, вуҷуд надоранд.

Дараҷаи дониши проблемаи илмӣ. То ҳол дар бораи усулҳои самараноки табобати ин категорияи зарар дидагиён якдилона вуҷуд надорад. Механизимҳои пайдоиши кефалогематома дуруст ошкор карда нашудаанд. Шаклҳои клиники ҷараёни беморӣ ба қадри кофи омӯхта нашудааст. Таснифи ягонаи кефалогематомаҳо вуҷуд надорад, ки дар амал истифода мешаванд. Ультраструктураи осеби бофтаи асаби зери кефалогематома омӯхта нашудааст. Ҳамаи гуфтаҳои боло моро водор сохт, ки табобат ва ташхиси ин патологияро дар кӯдакони хурдасол, бахусус кӯдакони то яксола такмил диҳем.

Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот.

Дар рафти таҳқиқот зуҳуроти клиникии кефалогематомаҳо дар кудакони соли аввали ҳаёт муфассал омӯхта шуданд. Якҷоя бо ҷарроҳои асаб як таҳқиқоти нейрохирургӣ гузаронида шуд, ки аз муоинаи беморон иборат буд. Мо ба тағитёбии шакли сари кӯдак, шумора ва ҷойгиршавии кефалогематомаҳо, андозаи онҳо, инчунин патологияи ҳамроҳшаванда диққат додем.Барои муайян кардани патологияи бофтаи асаб ба ҳамаи беморон КТ-омӯзиши мағзи сар, мавҷудияти тағйироти патологӣ дар бофтаи асаб ва умқи онҳо, инчунин шиддати раванди илтиҳобӣ арзёбӣ карда шуд. Сеяки беморон аз нейросонографи гузаштанд.

Коркарди маълумоти оморӣ бо истифода аз бастаи нармафзори “STATISTICA 10.0 (StatSoftInc.,USA) анҷом дода шуд. Арзишҳои миқдори ҳамчун миёна (M) ва хатои стандартии он (m) тавсив карда шуданд. Саҳмияҳо (%) барои арзишҳои сифатӣ ҳисоб карда шуданд. Муқоисаи ҷуфтҳои гурӯҳҳои мустакил аз руи аломати миқдори бо истифода аз тести Mann-Whitney U, муқоисаи чандкарата бо усули Kruskal-Wallis ANOVA, муқоисаи ҷуфтҳои гурӯҳҳои вобаста бо истифода аз тести Wilcoxon T гузаринода шуд. Барои муқоисаи ду гурӯҳ аз рӯи сифат, $\chi 2$ истифода шуд – санҷиши Пирсон, санҷиши дақиқи Фишер. Таҳлили коррелятсия бо усули ғайрипараметрии Кендалл Тау

гузаронида шуд. Тафовут байни нишондиҳандаҳо дар саҳ $p<0,05$ аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд.

Тавси умуми кор.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши ташхис ва табобати осебҳои валодатии бо кефалогематома оризанокшуда дар кӯдакони мубтало ба осебҳои перинаталии системаи марказии асаби соли аввали ҳаёт.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқикот 132 навзод буд, ки дар байни онҳо 121 кӯдак бо ин патология ташхис карда шуданд. Ҳамаи навзодон дар шӯъбаи ҷарроҳи асаби кӯдакона ва шӯъбаи неонотологияи Маркази миллии тиббии ҶТ "Шифобахш" мушоҳида карда шуданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот кефалогематома дар кӯдакони соли аввали ҳаёт буд. Мавзӯи таҳқиқоти рисола бо мафҳуми мавзӯи рисола мувофиқат мекунад. Мавзӯи рисола ба шиносномаи ихтисоси 14.01.18 – Ҷарроҳии асаб мувофиқат мекунад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши хусусиятҳои клиникии симптоматикаи осебҳои валодатии бо кефалогематома оризанокшуда дар кӯдакони соли аввали ҳаёт.
2. Тартиб додани схемаи ташхиси осебҳои валодатии бо кефалогематома оризанокшуда дар кӯдакони соли аввали ҳаёт.
3. Муайян кардани омилҳои асосии муайянкунандаи вазнини ва хусусияти бемори.
4. Таҳия кардани нишондодҳо барои истифода намудани табобати оқилонаву беҳшудаи ҷарроҳии осебҳои валодатии бо кефалогематома оризанокшуда дар кӯдакони соли аввали ҳаёт.

Усулҳои таҳқиқот. Дар ин кор мо усулҳои зерини таҳқиқотро истифода бурдем: ҷамъоварии маълумоти клиникӣ ва анамнестики, муоинаи неврологӣ ва лабораторӣ (санҷиши хуни умумӣ ва биохимиявӣ), усулҳои инструменталӣ (R-графияи сар, КТ майнаи сар, МРТ майнаи сар, нейросонографияи майнаи сар, офтальмоскопия).

Риштаи таҳқиқот. Ба шиносномаи Комиссия олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.18 – Ҷарроҳии асаб мувофикат мекунад. Зербанд: 1.1 Этиология ва патогенез: 1.3 Хусусиятҳои ташхис ва табобат.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Таҳқиқот дар марҳила гузаронида шуд. Дар марҳилаи аввал мо адабиётро оид ба ин патология омӯхтем. Сипас мавзуъ ва максади рисола мураттаб гардида, вазифахои таҳқиқоти гузошта шуда, аҳамияти амалии кор муайян карда шуда, навигариҳои илмӣ мураттаб карда шуданд. Пас аз омӯзиши ҳамаҷонибаи беморон вобаста ба вазнинии раванди патологӣ табобати консервативӣ ва ҷарроҳи гузаронида шуд. Натиҷаҳои табобат бо паст шудани нишонаҳои клиникӣ зоҳир шуд.

Базаи асосии иттилоотӣ ва таҷрибавӣ. Дар кор маълумот (рисалаҳои дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳимояшуда, мақолаҳои илмии маҷаллаҳо, конфронсҳо, симпозиумҳо) дар бораи осебҳои перинаталии системаи асаб, ки бо кефалогематома мураккаб шудаанд, омӯхта шудааст. Таҳқиқот дар заминаи

кафедраи ҷарроҳии асабии Муассисаи давлвтии таълимии “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, инчунин дар кафедраи ҷарроҳии асаби кӯдакона ва дар кафедраи неонтологияи Маркази миллии тиббии ҶТ “Шифобахш” гузаронида шуд.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои таҳқиқот бо эътимоднокии маълумот, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ карда мешаванд. Хулоса ва тавсияҳо ба таҳлили илмии натиҷаҳои табобати кӯдакони гирифтори осеби перинаталии системаи асаб, ки бо кефалогематома мураккабанд, асос ёфтаанд.

Навгонии илмӣ.

Дар натиҷаи таҳқиқотҳои хусуситятҳои клиникии ҷараёни осебҳои перинаталии системаи асаби бо кефалогематома оризанокшуда омӯхта ва муайян карда шуданд.

Таҳлили муқоисавии гузаронидашудаи байни ҷойгиршави ва ҳаҷми кефалогематома ва дараҷаи вазнинии осебҳои перинаталии системаи асаб иртиботи кореллятсионии байни онҳоро ошкор сохт.

Схемаи чорабиниҳои ташхиси ҳангоми осеби валодатии косахонаи сару майнаи бо кефалогематома оризанокшуда ва пешгӯйии ҷараёни он таҳия карда шуд.

Аҳамияти назарияви таҳқиқот дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ, методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар рисола овардашуда метованандд дар раванди таълими донишгоҳҳои тиббӣ истифода шаванд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Таснифи таҳияшудаи кефалогематома имконият медиҳад, ки шаклҳои нисбатан вазнинтари осебҳои перинаталии системаи асаби марказӣ муайяни карда ва имкониятҳои нави табобат нишон дода шаванд.

Схемаи таҳияшудаи ташхис ва пешгӯйии энсефалопатияи перинаталии бо кефалогематома оризанокшуда имконият медиҳад, ки экспресс-ташхис гузаронида ва натиҷаи устувори мусбати табобат ба даст оварда шавад.

Натиҷаи ғайри қаноатбахши энсефалопатияи перинаталии бо кефалогематома оризанокшуда зарурати нисбатан муфассалтар таҳқиқ кардани беморони дар хунашон консентратсияи муайяни натрий, магний ва серотиндоштаро ба миён меоварад, ин имконият медиҳад, ки табобати кореллятсионӣ сари вақт гузаронида шавад.

Нуқтаҳои асосии барои ҳимояи пешниҳодшаванда:

Дар манзараи клиникии навзодони мубтало ба осебҳои перинаталии майнаи сари бо кефалогематома оризанокшуда синдромҳои зерин ба таври васеъ мушоҳида мешаванд: маҳв шудани системаи марказии асаб, баланд шудани таҳрикоти асабӣ-рефлекторӣ, ихтилолҳои булбарӣ ва гипертензияи дохили косахонаи сар.

Мувофиқи таснифи таҳиянамудаи мо, омили вазнинкунандаи ҷараёни осебҳои перинаталии системаи асаб кефалогематомаҳои сершумор мебошанд, ки дар мавзеи паси сар бо андозат зиёда аз 8мм ҷойгир шудаанд.

Таснифи ташхис вобаста аз ҷойгиршавӣ ва андозаи кефалогематомаҳо, нишондиҳандаҳои биохимиявӣ ва тағйироти сохтории бофтаҳои майна имконият медиҳад, ки вазнинии осеби системаи асаб ва муносиб будани табобати гузаронидашуда баҳогузорӣ карда шавад.

Саҳми шахсии диссертант. Диссертант ҷамъоварии маълумоти илмӣ ва таҳлили омории маводи клиникиро мустақилона анҷом додааст. Муаллиф таҳқиқ ва муроқибати беморонро мустақилона иҷро карда, дар гузаронидани амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми осебҳои валодатии косахонаи сару майна шахсан иштирок кардааст, таърихи бемориҳоро тахия кардааст, пойгоҳи маълумотро сохтааст. Матни диссертатсияро мустақилона навишта, нусхаи электронии гузориш барои таъйид ва ҳимояи даиссертатсия омода карда шудааст. Диссертант шахсан натиҷаҳои наздиктарин ва дурро омӯхтааст.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он. Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар мавридҳои зерин гузориш шудаанд: дар конференсияи илмӣ-амалии бахшида ба 85-солагии узви вобастаи АИ ҶТ, А.Т. Пулатов, (Душанбе, 2013); конференсияи илмӣ-амалии умумироссиягии “Хониши Поленовӣ” Россия, Санкт-Петербург, соли 2015; конференсияи умумироссиягии XV- Юбелеии “Хониши Поленовӣ” (Санкт-Петербург, 2016); конференсияи илмӣ-амалии 65-уми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ, (Душанбе, соли 2017). конференсияи илмӣ-амалии 66-уми ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ, (Душанбе, соли 2018).

Интишори натиҷаҳои рисолаи илмӣ ва татбиқи онҳо. Дар доираи мавзӯъҳои диссертатсия 14 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи КОА – и Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба чоп расидааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 106 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз аз муқаддима, шарҳи адабиёт ва 4 боб (этиология ва патогенези беморӣ, мавод ва усулҳои таҳқиқот, натиҷаҳои таҳқиқоти худии диссертант, натиҷаҳои таҳқиқот), баррасии натиҷаҳо, хулосаҳо ва рӯйхати адабиёт иборат мебошад. Дар диссертатсия 18 ҷадвал ва 14 расм ҷой дода шудааст. Рӯйхати адабиёт аз 173 сарчашма, аз ҷумла 95 адад аз муаллифони ИДМ ва 78 адад аз муаллифони хориҷаи дур иборат мебошад.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо натиҷаҳои таҳқиқотҳои клиникӣ, лабораторӣ-инструменталии 132 навзодро таҳлил кардем, ки дар байни онҳо дар 121 кӯдак осебҳои травматикии перинаталии майнаи сари бо кефалогематома оризанок ба мушоҳида расид.

Кӯдакони таҳти муоинаи мо дар марҳалаҳои дуюм ва сеюми муроқибат қарор доштанд. Марҳалаи беморхонагии муоина ва табобат дар шуъбаҳои статсионарҳои валодати шаҳри Душанбе гузашт.

Дар байни 121 навзод писарҳо 65 (53,7%), духтарҳо - 56 (46,3%) буданд.

Ҳамаи навзодон дар шуъбаи нейроҷарроҳии кӯдакон ва шуъбаи неонтологияи Маркази миллии тиббии ҶТ «Шифобахш» муоина карда шуднд.

Бо мақсади муайян кардани дараҷаи вазнинии навзодон ва осеби майнаи сар мо ҳолати статуси клиникӣ-неврологӣ, таҳқиқоти офталмологиро гузаронидем, ТУТ-и майнаи сар, таҳқиқоти КТ ва фото аснодро гузаронидем.

Аз рӯйи дараҷаи вазнинии осебҳои перинаталии системаи асаб се гурӯҳи навзодони мубтало ба ин бемори ҷудо карда шуданд. Баҳогузории ОПСА бо назардошти маълумотҳои таҳқиқоти соматикӣ ва мақоми клиникӣ-неврологӣ, мувофиқи тавсияи А. С. Петрухин бо ҳам муаллифон (1999) гузаронида шуд. Аз рӯйи дараҷаи вазнинии ОПСА гурӯҳбандӣ кардани беморон дар ҷадвали 1 оварда шудаст.

Ҷадвали 1. – Гурӯҳбандӣ кардани беморон аз рӯйи дараҷаи вазнинии осеби перинаталии майнаи сар

Дараҷаи вазнинии осеб	Миқдори мутлақи кӯдакон	%
Чабук	71	58,7
Дараҷаи миёнаи вазнинӣ	38	31,4
Вазнин	12	9,9
Ҳамагӣ	121	100

Хусусиятҳои ихтилоли асабӣ дар кӯдакони навзод вобаста ба ҷойгиршави хунрави субпериосталӣ дар ҷадвали 2 нишон дода шудаанд.

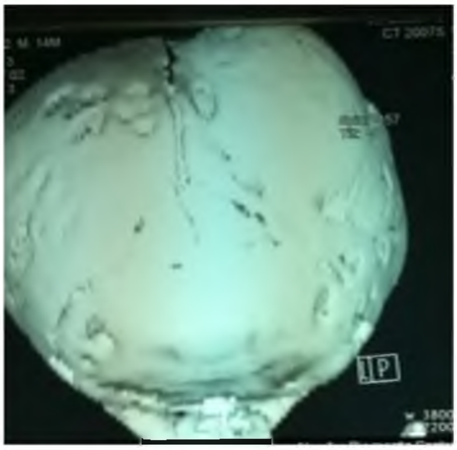
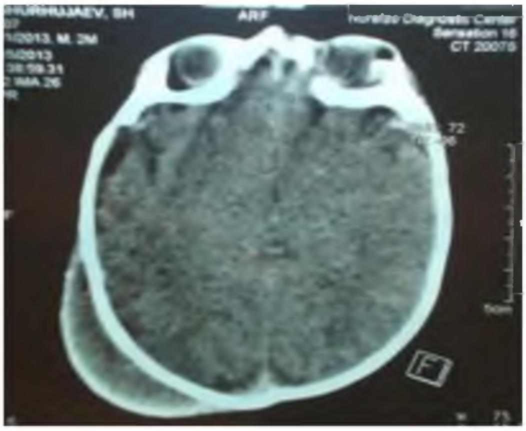
Дар ҳамаи гурӯҳҳо дар бештари мавридҳо суст шудани рефлексии кафидасту даҳон, рефлексҳои Моро, Робинсон ва рафтори автоматикӣ (Самсонова Е. Г., 2004) ба мушоҳида мерасад. Ҳамчунин дар қисми бештари беморони ин гурӯҳ (n=79) суст шудани тонуси мушакҳо ба назар расид.

Дар байни ихтилолҳои ҳаракатӣ дар 49 бемор нимфалаҷи периферии дастпанҷа дида шуд. Дар 37 кӯдак тремори занахдон ва дар 67 навзод тремори андомҳо ба қайд гирифта шуд.

Ҷадвали 2. – Нишондиҳандаҳои манзараи неврологӣ дар кӯдакони дорои кефалогематома вобаста аз ҷойгиршавии он.

СИМПТОМҲОИ НЕВРОЛОГИИ БЕМОРӢ	ҶОЙГИРШАВИИ КЕФАЛОГЕМАТОМА				
	МПР	МПЧ	КГД	ММ	МО
Муоинаи сар	42	25	6	9	-
Ҳолати асабҳои косахонаи сару майна	5	6	1	1	-
Рефлексҳо	6	6	2	3	1
Тонуси мушакҳо	6	7	3	3	-
Гиперестезия	6	7	3	3	-
Парез (нимфалаҷ)	12	11	3	4	2
Синдромҳо	9	9	1	4	-

Эзоҳ:*- аҳамияти оморӣ, p<0,05

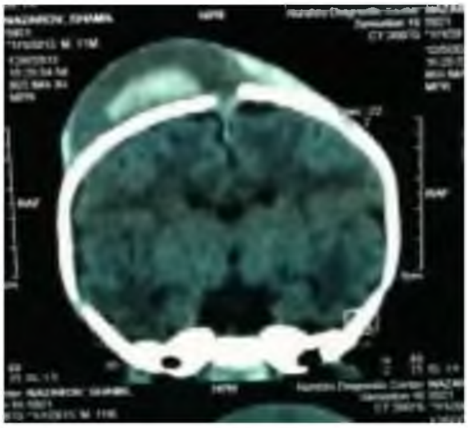
Расми 1. – КТ–и майнаи сари бемор С., 8-моҳа, бо ташхиси кефалогематомаи минтақаи фарқи сар, андозаи миёна (64 мл).

Таҳқиқоти нейроофталмологӣ аз 121 нафар дар 98 (81%) бемор гузаронида шуд, вай ба омӯзиши таъсири бевоситаи осеб ба бофтаҳои нарм ва курраи чашм (хунравии параорбиталӣ, зарбхӯрии курраи чашм), ҳаракатҳои ғайри ихтиёрии курраи чашми бемории боҳуш, мавҷудияти олусии беруннокӣ ва ё даруннокии дар натиҷаи осеб дидани асабҳои III ё VI-и косахонаи сару майна падошуда, нимфалаҷи нигоҳ ба ҳар тараф, курраи чашми шинокунанда, симптоми ҳолатҳои гуногуни курраи чашм нигаронида шудааст.

Сканиркунии ултрасадоии майнаи сари кӯдакон-нейросонография (НСГ), мувофиқи методикаи стандартӣ гузаронида шуд [Бродская Л.М. [и др.], 1997; Амирова В.Р., 1997; Ромащенко Т.И., 2009], ки аз тадриҷан баровардани тасвир дар 11 бурриши стандартӣ иборат аст. Ин протседура аз тариқи нармаки калони сар бо ёрии дастгоҳи "HITACHI HI VISION AVIUS" бо истифода аз ҳисобкунакҳои секторӣи 5МГс ва 7,5МГс. иҷро карда мешавад. Ҳолати сохторҳои асосии майна, системаи меъдачаи майнаи сар омӯхта шуд; хусусиятҳои хунравии интракраниалӣ ва чойгиршавии минтақаи ишемикӣ муайян карда шуд. Дар ин маврид барои гузаронидани таҳқиқот ягон тайёрии медикаментозӣ зарур нест. Нейросонография дар 47 навзод иҷро карда шуд.

Томографияи компютерӣ (ТК) дар ташхиси шаклҳои гуногуни осебҳои косахонаи сару майна яке аз усулҳои иттилоотноктарин аст. Вай дар томографии ширкати «SIMENS SOMOTOM SENSATION 16» МСКТ (мултиспиралӣ) 16 бурришдор, аз 121 бемор дар 91 (92,9%) бемор, дар 72 – якчанд маротиба, яъне дар динамика гузаронида шуд.

Ҳангоми таҳлил кардани томограммаи компютерӣ зичии лонаҳои патологӣ бо воҳид тибқи G.Hounsfield (H.) ҳангоми ТВЧГ муайян карда шуд: кефалогематома ва мачакшавии майнаи сар – андоза ва чойгиршавии онҳо.



Расми 2. - КТ–и майнаи сари бемор Г., 12 моҳа, бо ташхиси кефалогематомаи сахтшуда дар мавзеи фарқи сар аз тарафи рост бо андозаи калон (110 мл).

Хусусияти махсуси ФК ба ТК инҳо буданд: минтақаи наздики пластинкаи дарунии зичияш ками устухон (хуни тозаи тобнахӯрда + 64 ед. тибқи G.Hounsfield), ё зичии шадидан баланд (лахтаи хун 76 ед.) дар шакли ду барҷастагӣ ё барҷасигии ҳамвори андозааш гуногун, ки ба даруни устухонпарда медарояд. Барои мисол КТ-и майнаи сари кефалогематомадорро пешниҳод мекунем (расимҳои 1 ва 2).

Ғайр аз ин, бо мақсади омӯзиши ҳолати протсессҳои мутобиқшавии гомеостаз дар навзодон ва назорати динамикии гузаронидашуда маълумотҳои ҳолати атсидиву асосии хун, электролитҳо ва ғализати серотонин дар зардоби хун муайян карда шуд.

Ин таҳқиқотҳо дар 12 навзоди дорои дараҷаи вазнини энсефалопатияи перинаталӣ ва дар 38 кӯдаки дорои осебҳои дараҷаи вазнинии миёнаи пасазтравматикии перинаталии майнаи сар иҷро карда шуданд. Дар гурӯҳи назоратӣ 12 навзоди комили дорои дараҷаи вазнини энсефалопатияи перинаталӣ дохил шуд, ки ҳолати онҳо ҳангоми таваллуд шудан, мувофиқи шкалаи Апгар то 8-10 балл, қаноатбахш буд. Дар ҳама кӯдакони муоинашуда энсефалопатияи перинаталӣ бидуни аломатҳои бемориҳои соматикӣ ва ихтилолҳои гомеостаз ҷой дошт.

Ҳамин тавр, барвақт муайян кардани КФ дар асоси маълумотҳои комплекси ташхисии нейроҷарроҳӣ амалӣ карда шуд, ки дар он муҳимтаринаш инҳо буданд: клиникӣ-неврологӣ, таҳқиқоти рентгенологи ва томографияи компютерӣ.

Коркарди маълумотҳои оморӣ бо ёрии бастаи барномаҳои амалии «STATISTICA 10.0» (StatSoftInc.,USA) иҷро карда шуд. Бузургиҳои миқдорӣ дар намуди аҳамияти миёна (M) ва хатоҳои стандартии он (m) ифода карда шуданд. Барои бузургиҳои сифатӣ бошад, ҳиссаҳо (%) ҳисоб карда шуданд. Муқоисаҳои ҷуфт дар гурӯҳҳои мустақил аз рӯйи аломатҳои миқдорӣ бо U-критерияи Манн-Уитни, муқоисаҳои сершумор-бо усули ANOVA Краскел-Уоллис гузаронида шуд, муқоисаҳои ҷуфт дар гурӯҳҳои вобаста тибқи Т-критерияи Уилкоксон анҷом дода шуд. Барои муқоисаи ду гурӯҳ аз рӯйи

аломатҳои сифатӣ $\chi 2$ – критерияи Пирсон, критерияи дақиқи Фишер ба кор бурда шуд. Таҳлили коррелятсионӣ бо усули ғайрипараметрии Тау Кендалл сурат гирифт. Фарқияти байни нишондиҳандаҳо ҳангоми $p<0,05$ аз ҷиҳати оморӣ муҳим ҳисобида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

Ташхиси осебҳои перинаталии системаи асаб дар якҷоягӣ бо хунравии зери устухонпарда танҳҳо бо маълумотҳои объективӣ нокифоя мебошад. Зуҳуроти гуногуни клиникии беморӣ, рангорангии вариантҳои осебҳои сохторҳои майнаи сар бо мақсади муайян кардани осебҳои неврологӣ ва мавқеи лонаи травматикӣ зарурати истифода намудани таҳқиқотҳои иловагиро ба миён меоваранд.

Осеби валодатии косахонаи сару майна на танҳо боиси осеб дидани сохторҳои майнаи сар мегардад, балки ба ихтилоли функсияи узвҳо ва системаҳои дигари организм низ оварда мерасонад, ки ба механизмҳои адаптатасионии организм таъсир мерасонад ва пешгӯйии ҷарёни бемориро вазнин мегардонад. Хусусиятҳои компенсаторӣи майнаи сар ва организми кӯдак дар синну соли барвақт бузург аст, аммо ба таври оптималӣ омӯхтани онҳо танҳо бо роҳи муайян кардани баъзе усулҳои таҳқиқоти биохимиявӣ ва инструменталии навзодон имконпазир мебошад [Шоломов И. И., 1997; Thom G. [et. al.], 2018].

Дар таҳқиқоти мо муоинаи курраи чашм дар 121 навзоди дорои осеби косахонаи сару майна иҷро карда шуд. Тағйир ёфтани курраи чашм дар 86 ҳолат ба назар расид, дар ин маврид дар 60 навзод аломатҳои ангиопатияи шабакия дар шакли пурхуншавӣ ва дар 41 ҳолат васеъшавии варидҳо, дар 12 ҳолат тангшавии варидҳо ва дар 7 маврид артериодилататсия ба мушоҳида расид. Геморрагияи яктарафаи майдаи нуқта-нуқта дар 13 навзод, дутарафа - дар 11 кӯдак дида шуд; дар 2 кӯдак диски беҳаракати асаби босира мавҷуд буд. Натиҷаҳои муоинаи курраи чашми кӯдакон дар ҷадвали 3 оварда шудааст.

Ҷадвали 3. – Натиҷаҳои муоинаи курраи чашми кӯдакони дорои осебҳои косахонаи сару майна, дар якҷоягӣ бо кефалогематома (n=121)

Параметрҳо	Ангиопатияи шабакия	Геморрагияи нуқта-нуқта	Диски беҳаракати асаби босира	Меъёр
Миқдори беморон	60	24	2	35
%	49,6%	19,8%	1,7%	28,9%

Дар 47 ҳолат дар кӯдакони гирифтори осебҳои перинаталии системаи асаб сканиркунии ултрасадоиии майнаи сар иҷро карда шуд. Маълумотҳои нейросонография ҳангоми ба ҳисоб гирифтани мавқеи лонаи осеб омӯхта шуданд. Натиҷаҳои ин таҳқиқот дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

Ҷадвали 4. – Нишондиҳандаҳои нейросонография дар навзодони дорои осебҳои перинаталии системаи асаб вобаста аз мавқеи хунравии субпериосталӣ.

Бемории майнаи	Ҷойгиршавии кефалогематома

сар	МПР	МПЧ	КГД	МО	ММР
№	22	16	4	4	1
ХПВ Аз чап	- -	2 1	- -	2 -	- -
Хсэк Аз чап	1	-	-	-	-
ХДМ аз чап	3	1	1	-	1
ХБР аз чап	-	1	1	1	-
ДДМ ДЯМ	4 1	3 -	1 -	1 -	1
ИПВ	3	2	-	-	1
Омос	2	4	-	2	-
НСМ	-	-	-	1	1
Меъёр	11	6	1	-	-

Ҳангоми таҳқиқоти навзодон дар 12 ҳолат ХК (хунравиҳои интракраниалӣ) ба назар расид.

Расми. 3 - НСГ духтарак Н., 4-моҳа бо осеби перинаталии майнаи сар.

Аз рӯйи синдромҳо омӯхтани манзараи клиники бемории навзодони дорои осебҳои косахонаи сару майна, ки бо кефалогематома оризанок шудаанд, мо симптомокомплексҳои асосиро ҷудо кардем. Синдроми маҳв шудани

системаи марказии асаб дар 55 навзод (45,5%); синдроми баланд шудани таҳрикоти асабӣ-рефлекторӣ дар 27 кӯдаки муоинашуда (22,4%); фишорбаландии дохили косахонаи сар дар 23 ҳолат (19%), симптоматикаи паҳнёфтаи лонавӣ дар 14 бемор (11,5%), ихтилолҳои булбарӣ дар 2 (1,6%) кӯдак муайян карда шуд.

Ҳангоми гузаронидани таҳлили омории маълумотҳои клиникӣ иртиботи мустақими коррелятсионии байни синдроми маҳвкунӣ ва ҷойгиршавии кефалогематома дар пушти сар ($r=0,37$, $p<0,05$) муайян карда шуд. Коррелятсияи эътимодноки байни ҷойгиршавии кефалогематома дар мавзеи рости фарқи сар ва синдроми таҳрикоти баланди асабӣ-рефлекторӣ муайян карда шуд. Ба дараҷаи вазнинии ҳолати кӯдакон ҷойгиршавии субпериосталии хунравӣ низ таъсир мерасонад ($r=0,103102$). Ҳангоми дар мавзеи паси сар мавҷуд будани хунравӣ ё дутарафа ҷойгир шудани онҳо пешгӯии ҷараёни беморӣ камтар хуб аст.

Мо возеҳии ихтилолҳои гомеостази иониро вобаста аз вазнинии ҳолати кӯдакони таҳқиқшаванда баҳогузории муқоисавӣ намудем. Дар дараҷаи миёни вазнинии осебҳои перинаталии системаи асаб ғализати ионҳои магний кам мешавад. Нишондиҳандаи камтарини магний дар рӯзҳои 5-7-уми баъди таваллуд шудан дар навзодони дорои ҷараёни вазнини энсефалопатияи перинаталӣ мушоҳида шуд. Ҳамчунин дар кӯдакони ин гурӯҳ гипонатриемия (118,2±2,0) ва гиперкалиемия (6,59±0,68) ба назар расид (ҷадвали 5).

Ҳангоми гузаронидани таҳлили омории маълумотҳои оморӣ иртиботи мутақобилаи коррелятсионии байни дараҷаи вазнинии энсефалопатияи перинаталӣ ва ғализати электролитҳо дар хун муайян карда шуд. Коэффитсиенти коррелятсияи натрий ва магний аз -1,0 то -0,7, калий аз +0,7то +1,0-ро ташкил дод ($p<0,05$) .

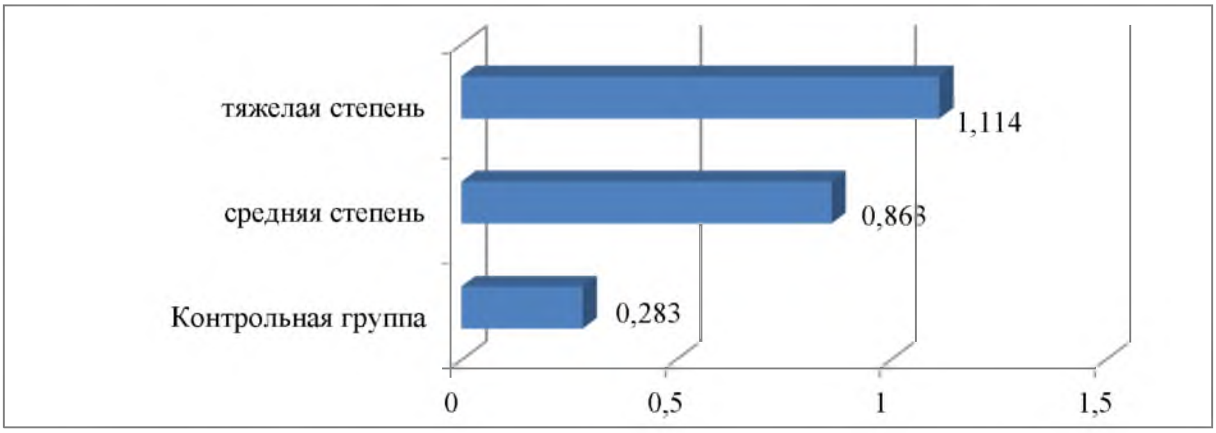
Дар кӯдакони мубтало ба осебҳои перинаталии дараҷаҳои миёна ва вазнини системаи марказии асаб дар хун миқдори зиёди серотонин муайян карда шуд (расми 4).

Ҷадвали 5. – Динамикаи нишондиҳандаҳои таркиби электролитӣ ва газии хун дар кӯдакони дорои дараҷаи вазнинии миёнаи энсефалопатияи перинаталӣ.

Парамет-рҳои ҲАА	Гурӯҳи назоратӣ	ЭП дараҷаи вазнинии миёна		ЭП дараҷаи вазнин	
		Ш/рӯзи 1	Ш/рӯзи 4	1соат	ВСШ ш/р
pH	7,39±0,04	7,27±0,04**	7,41±0,02	7,21±0,06**	7,51±0,02**
pCO2 мм. сут.сим	31,2±5,8	49,6±1,08**	42,3±3,2*	46,3±1,5*	45,2±1,2*
HCO_3^- ммол/л	24,5±1,1	28,5±1,2	24,6±1,6	13,6± 4,2**	26,6±1,5
BE ммол/л	-1,6±2,3	±2,1±1,1	+2,2±1,06	-10,2±2,2**	+3,4±3,3

Na^+ ммол/л	137,2±3,9	130,2±2,8*	135,3±2,5	126,32±3,5**	132,3±3,1
K^+ ммол/л	3,9±2,2	6,9±2,1**	7,2±1,4**	8,8±2,6**	6,4±2,3*
Mg^+ ммол/л	-	0,76 ± 0,09	-	0,513± 0,08*	-

*Эзоҳ: * - p<0,05 ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ; **- p≤0,01 ҳангоми муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ (по U-критерияи Манн-Уитни)*



Расми 4. – Ғализати (консентратсияи) серотонин (ммол/л) дар зардоби хуни беморони мубтало ба энсефалопатияи перинаталии оризанок бо кефалогематома

Дар натиҷаи таҳлили гузаронидашудаи оморӣ иртиботи коррелятсионии байни сатҳи серотонин дар зардоби хун ва дараҷаи вазнинии энсефалопатияи перинаталӣ муайян карда шуд, дар ин маврид коэффитсиенти коррелятсия аз -0,7 то -1,0-ро ташкил дод (p<0,05).

Баланд шудани сатҳи серотонин дар хун вобаста аз вазнинии ихтилолҳои неврологӣ фарқ мекард.

Ҳангоми сари вақт гузаронидани табобат, ки ба ислоҳи ихтилолҳои метаболикӣ равона мешавад, дар давоми 48 соат то ифодаҳои меъёрӣ барқароршавии нишондиҳандаҳои ҳолати атсидиву асосӣ (ҲАА) дида шуд, ки дар ин маврид ғализати баланди серотонин дар хун нигоҳ дошта шуд.

Хунравии интракраниалӣ дар аксар вақт бо ҷойгиршавии субпериосталии хунравӣ мувофиқат мекунад. Дар навзодони дорои энсефалопатияи перинаталӣ дар якҷоягӣ бо хунравии субпериосталӣ ҳангоми нейросонография мавҷуд будани хунравиҳои мавкеашон гуногун, аломатҳои ишемия, васеъшавии системаи вентрикулярӣ, омоси сохторҳои майнаи сар муайян карда шуд.

Ҳангоми осебҳои перинаталии системаи асаб, ки бо кефалогематома оризанок шудаанд, хунравиҳои назди меъдачавӣ дар зер ва дар болои шохҳои пасисарии меъдачаҳои паҳлӯӣ қарор доштанд; хунравиҳои интравентрикулярӣ дар бофти рагҳо, геморрагияи субэпендималӣ дар тарафи ҷойгиршавии кефалогематома.

Осебҳои перинаталии системаи асаб, дар якҷоягӣ бо кефалогематомаро ихтилолҳои «биохимиявӣ" дар навзодон –ихтилолҳои ҲАА (атсидози

метаболикӣ ва нафаскашӣ) –и хун, кам шудани ғализати Na ва Mg, зиёд шудани калий ва серотонин дар хун ҳамроҳӣ мекунанд.

Осебҳои перинаталии посттравматикии системаи асаб дорои механизми мураккаби пайдошавӣ буда, вариантҳои гуногуни зоҳиршавиро дорад. Дар пайдошавии энсефалопатияи травматикӣ ҳама системаҳои организм, ки дар танзими гомеостаз иштирок мекунанд, ҷалб карда мешаванд.

Дар энсефалопатияи перинаталии генезаш травматикӣ ва гипоксикӣ табобат бояд аз ҷиҳати ческого патогенетикӣ асоснок бошад ва ба бартарафсозии тағйиротҳои сохториву функсионалӣ равона карда шавад. Барои ин ҷудо кардани критерияҳои вазнинии осеби сохторҳои майнаи сар зарур мебошад, ки баҳогузории ҷиддии дар организм дар натиҷаи табобати истифодашаванда рухдиҳандаро талаб мекунад.

Табобати комплексии навзодони дорои энсефалопатияи перинаталии генезаш травматикӣ аз рӯзҳои аввали ҳаёт сар мешавад. Табобат хусусияти синдромӣ дошта, ба звеноҳои асосии беморӣ таваҷҷуҳи махсус дода мешавад. Хусусиятҳои табобати гузаронидашудаи кӯдакони дорои осебҳои травматикии майнаи сар дар ҷадвали 6 оварда шудааст.

Ҳангоми вазнин будани ҳолати навзодон чорабиниҳои реаниматсионӣ гузаронида шуданд. Интубатсияи трахея, катетеризатсияи варидҳои периферӣ анҷом дода шуд.

Кӯдаки дорои клиникаи гипоксиро дар кувез (couveuse) бо сарчашмаи гармии нурӣ ва гузаронидани оксигентерапия тавассути катетери назалӣ нигоҳ доштанд.

Вариантҳои натиҷаҳои табобатро ҳамчун хуб, қаноатбахш ва ғайриқаноатбахш муайян кардем. Истилоҳи «сиҳатшавӣ» -ро ба ҳайси натиҷаи табобат мо қобили қабул намеҳисобем, зеро ҳангоми осебҳои перинаталии майнаи сар, ки дар асари тағйироти патоморфологӣ пайдо шудаанд, дар аксари бештари беморон солҳои зиёд, ҳатто баъзан тамоми умр нигоҳ дошта мешавад, ки дар ин муддат танҳо ба тағйироти ночиз дучор мегардад. Аз ин сабаб мо тавонистем, ки фақат аз хусуси беҳтаршавии клиники ҳолати беморон сухан ронем.

Ҷадвали 6. – Хусусияти табобати гузаронидашуда дар кӯдакони дорои осебҳои травматикии майнаи сар дар якҷоягӣ бо кефалогематома

Усули табобат	Таъйинот
Тазриқи кефалогематомаи қутраш зиёда аз 8,1 см бо ҷаббидани муҳтавои он, шӯстани ковокӣ ва гузоштани бандинаи фишордиҳанда.	Табобати маҳалли пӯст бо маҳлулҳои антисептикӣ
Табобати метаболикӣ	Ноотропил, актовегин, энчефабол, серебролизин, когитум
Табобати зиддиомосӣ	Тазриқи маҳлули гипертоникии хлориди натрий, лазикс

Барқарор кардани микросиркулятсия	Трентал, кавинтон, допамин
Табобати хунманъкуни. Муътадилсозии Функсияи адгезивӣ- агрегатсионии тромбоситҳо	Дитсинон, атсиди аминокапронӣ кислотаи аскорбинӣ,викасол
Муътадилсози мувозинати атсидӣ-ишқорӣ	Маҳлули бикарбонати натрий, кислотаи аскорбинӣ

Критерияи натиҷаи хуби табобат: ҳолати умумии навзод дар вақти аз статсионар рухсат шудан қаноатбахш буд, аломатҳои баланд шудани фишори дохили косахонаи сар дида нашуд, рефлексҳои асосии ғайри шартии навзод ва тонуси мушакҳо пурра барқарор шуданд, парез ё фалаҷҳо бартараф шуданд, инчунин ихтилоҷҳо нест шуданд.

Критерияи натиҷаи қаноатбахши табобат: ҳолати умумии навзод қаноатбахш, баъзе рефлексҳои ғайри шартии навзод пурра барқарор шуданд, парез ё фалаҷҳо қисман бартараф шуданд. Ҳангоми варианти цереброспиналии осебҳои травматики ба ин гурӯҳ бемороне дохил карда шуданд, ки дар онҳо миқдори хуруҷҳои ихтилоҷӣ ва зуҳуроти клиникии гидросефалия хеле кам шуда буд.

Ба натиҷаи ғайри қаноатбахши табобат ҳолатҳои табобати бемуваффақият гузаронидашуда ва бесамарро дохил мекунанд. Дар чунин навзодон ҳангоми қисман бартараф кардани парез (нимфалаҷ) ё фалаҷҳо тонуси мушакҳо тақрибан бе тағйир боқӣ мемонад. Дар кӯдакон синдром ихтилоҷ боқӣ мемонад, гидросефалия дида мешавад, аломатҳои барвақти гиперкинезия ба назар мерасад.

Ҳангоми омӯхтани натиҷаҳои наздиктарини табобати навзодони дорои осебҳои валодатии косахонаи сару майна, ки бо хунравии субпериосталӣ оризанок шудаанд, муайян карда шуд, ки дар 38 (31,5 %) ҳолат дар кӯдакон натиҷаи хуби табобат, дар 66 (54,5%) ҳолат натиҷаи қаноатбахш ва дар 17 (14%) навзодон натиҷаи ғайри қаноатбахши табобат ба қайд гирифта шуд. Натиҷаҳои табобат дар ҷадвали 7 оварда шудааст.

Ҷадвали 7. – Натиҷаҳои табобати кӯдакони дорои осебҳои перинаталиир майнаи сар, ки бо хунравии субпериосталӣ оризанок шудаанд.

Натиҷаи табобат	Миқдори мутлақ	%
Хуб	38	31,5
Қаноатбахш	66	54,5
Ғайриқаноатбахш	17	14

Мо муқаррар кардем, ки андозаи кефалогематома ба натиҷаҳои табобат таъсир мерасонад. Мо дар таҳқиқоти худ аз таснифи худии кефалогематома вобаста аз андозаи онҳо истифода намудем. Ҳангоми ба ҳисоб гирифтани андозаи он мо қутри максималии онҳоро дар назар дорем. Дараҷаи аввали

кефалогематомаҳо дар 45 (37,2%) кӯдак, дараҷаи дуюми кефалогематома дар 63 (52%) навзод, дараҷаи сеюм дар 13 (10,8%) навзод ба қайд гирифта шуд. Ҳангоми муайян кардани андозаи кефалогематомаи дутарафа нишондиҳандаҳои қутри максималии ҳарду лонаро ҷамъ кардем.

Маълумотҳои натиҷаҳои табобат дар навзодон вобаста аз андозаи хунравии субпериосталӣ дар ҷадвали 8 оварда шудааст.

Ҷадвали 8. – Натиҷаҳои табобати кӯдакон вобаста аз андозаи кефалогематомаҳо

Андозаи КГ	Натиҷаи табобат		
	Хуб	Қаноатбахш	Ғайриқаноатбахш
Дараҷаи I	2	21	4
Дараҷаи II	18	38	7
Дараҷаи III	-	7	6
Ҳамагӣ	38	66	17

Давомнокии табобати статсионарӣ яке аз омилҳои муҳимми соҳаи иҷтимоӣ ва иқтисодӣ аст, ки ҳаҷми ёрии тиббии барои навзоди дорои осебҳои перинаталии майнаи сар заруриро нишон медиҳад. Дар натиҷаи муоинаи мо иртиботи мутақобилаи байни давомнокии бистарикунонии кӯдакони гирифтори осеби валодатии косахонаи сару майна ва андозаи хунравии субпериосталӣ муайян карда шуд. Натиҷаи ин таҳлил дар ҷадвали 9 оварда мешавад.

Ҳангоми таҳлили маълумотҳои ҷадвали 9 ва 10 муқаррар карда шуд, ки хунравии субпериосталии мавзеи пушти сар андозаи хурд доранд ва пешгӯйии нохуби табобатро муайян мекунанд. Ин далел ҳангоми кефалогематомаҳои мавзеи пушти сар аз ба ҳам наздик ҷойгир шудани сохторҳои танаи майна ва марказҳои нафаскашиву марказҳои рагҳои ҳаракатдиҳандаи варидҳои майнаи дарозрӯя вобаста аст. Дар вақти дутарафа ҷойгир шудани кефалогематома, нақши муҳимро майдони васеи осеб мебозад.

Ҷадвали 9. – Нишондиҳандаҳои муҳлати бистарикунонии кӯдакони гирифтори осеби валодатии косахонаи сару майна ва андозаи хунравии субпериосталӣ

Андезаи КГ бо см	Муҳлати бистарикунонӣ			
	то 5 рӯз	то 10 рӯз	то20 рӯз	то 30 рӯз
То 4	26	2	1	-
Аз 4,1 то 8	34	9	4	2
Зиёда аз 8	2	3	1	2
Ҳамагӣ	62	14	6	4

Ҳангоми таҳқиқ мо ҳамчунин мавҷудияти иртиботи байни ҷойгиршавии кефалогематомаҳо ва натиҷаи табобати кӯдакон. Маълумотҳои таҳқиқот дар ҷадвали 10 оварда мешаванд.

Ҳамин тавр, андоза ва ҷойгиршавии хунравии субпериосталӣ ба вазнинии ҳолати кӯдак ва натиҷаи табобати гузаронидашуда таъсир мерасонад.

Мувофиқи таснифи осебҳои перинаталии майнаи сар тибқи по Н.Н. Володину и А.С. Петрухину (1999), мо таносуби натиҷаи табобат ва омили патогенетикиро, ки дар пайдошавии беморӣ нақши асосиро дорад, омӯхтем.

Маълумотҳои таҳқиқот дар ҷадвали 11 оварда шудааст.

Ҷадвали 10. – Натиҷаи табобати кӯдакон вобаста аз ҷойгиршавии кефалогематомаҳо

Ҷойгиршавии КГ	Натиҷаҳои табобат		
	Хуб	қаноатбахш.	ғайриқаноатбахш.
ПТО	24	30	3
ЛТО	14	20	5
ОТК	-	5	3
ЗО	-	11	5
ВО	-	-	1
Ҳамагӣ	38	66	17

Ҷадвали 11. – Натиҷаҳои табобат вобаста аз омили асосии патогенетикӣ.

Омили Патогенез	Натиҷаҳои табобат		
	хуб	қаноатбахш.	ғайриқаноатбахш.
Гипоксия	23	29	5
Осеб	1	4	2
Сироят	10	24	6
Ихтилоли метаболизм'	4	9	4
Ҳамагӣ	38	66	17

Мо натиҷаҳои табобати кӯдаконро вобаста аз синдроми асосӣ дар ҷараёни ин беморӣ омӯхтем (ҷадвали 12).

Дар асоси баҳодиҳии хусусиятҳои клиникии кӯдакои дорои осебҳои валодатии системаи марказии асаб, ки бо кефалогематома оризанок шудаанд, самаранокии табобати баъди валодатро пешгӯйи кардан мумкин аст.

Ба омилҳои нохуби пешгӯйикунӣ, ки ба вазнинии беморӣ ва пешгӯйии табобат таъсир мерасонанд, инҳоро дохил намудан мумкин аст:

- пайдо шудани кефалогематома дар ҳарду тарафи мавзеи фарқи сар, ҳамчунин мавзеи устухонҳои чакка;

- кефалогематомаи андозааш зиёда аз 8 см;

- якҷоя шудани хунравии субпериосталӣ бо осеб дидани системаи асаб дар сатҳи майнаи сар ва спиналӣ;

- осебҳои перинаталии системаи асаб, ки бо кефалогематома оризанок шудаанд, бо зуҳуроти синдромҳои булбарӣ ва гипертензионӣ-гидросефалӣ.

Ҳамин тавр, кефалогематома маркери махсуси энсефалопатияи перинаталии посттравматикии постгипоксики ба ҳисоб меравад.

Табобати пунксионӣ ва ҷарроҳии кефалогематома.

Табобати пунксионии кефалогематома аз 121 бемор дар 114 (94,2%) осебдидагон гузаронида шуд, 32 (28,1%) нафари онҳо табобати такрорӣ сурат гирифт. Дар 7 (5,8%) ҳолат беморон бинобар сахтшавии пластинкаи берунии кефалогематома ба таври ҷарроҳӣ табобат карда шуданд (Расми 5).

Нишондодҳо барои табобати пунксионии беморон инҳо буданд:

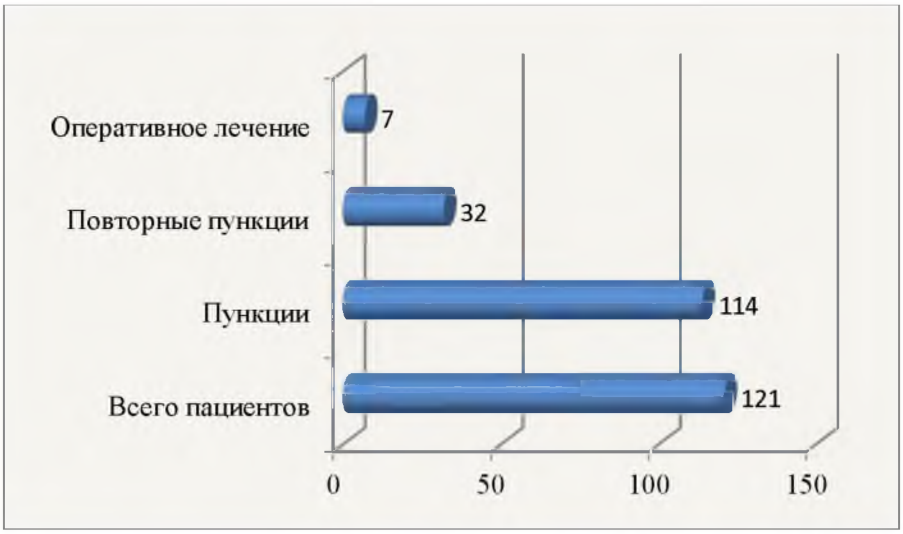
- кефалогематомаи андозааш миёна ё калон (аз 50 то 100 мл), ки бо симптоматикаи клиники фишор додани майнаи сар зоҳир мегардад;

- кефалогематомаи андозааш хурд (то 50 мл) дар ҳама мавзеъҳои пешони ва

- пушти сар бо вуҷуд доштани бемориҳои ҳамроҳшудаи соматикӣ.

Ҷадвали 12. – Нишондиҳандаҳои натиҷаҳои табобат вобаста аз синдроми асосӣ.

<table>
<tr><th rowspan="2">Синдромҳои асосӣ</th><th colspan="5">Натиҷаҳои табобат</th></tr>
<tr><th>хуб</th><th colspan="2">қаноатбахш.</th><th colspan="2">ғайриқаноатбахш.</th></tr>
<tr><td>Маҳвшавии СМА (n=55)</td><td>13(23,6%)</td><td colspan="2">39 (70,9%)</td><td colspan="2">3 (5,5%)</td></tr>
<tr><td>Синдроми таҳрикоти баланди асабӣ-рефлекторӣ (n=27)</td><td>11 (40,7%)</td><td colspan="2">16 (59,3%)</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Синдроми гипертензионӣ-гидросефалӣ (n=23)</td><td rowspan="3">-</td><td rowspan="3">11 (47,8%)</td><td>дараҷаи 1-6 (26,1%)</td><td rowspan="3">12 (52,2%)</td><td>дараҷаи 1-5 (21,7%)</td></tr>
<tr><td>дараҷаи 2-3 (13,0%)</td><td>дараҷаи 2-4 (17,4%)</td></tr>
<tr><td>дараҷаи 3-2 (8,7%)</td><td>дараҷаи 3-3 (13,0%)</td></tr>
<tr><td>Синдроми ихтилолҳои булбарӣ (n=2)</td><td>-</td><td colspan="2">-</td><td colspan="2">2 (100,0%)</td></tr>
<tr><td>Симптоматикаи паҳнёфтаи лонавии СМА (n=14)</td><td>14 (100,0%)</td><td colspan="2">-</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td>Ҳамагӣ (n=121)</td><td>38 (31,4%)</td><td colspan="2">66 (54,5%)</td><td colspan="2">17 (14,0%)</td></tr>
</table>



Расми 5 – Хусусиятҳои амалиёти ҷарроҳии кӯдакон

Нишондодҳо барои табобати чарроҳии беморон инҳо буданд:

- вучуд доштани кефалогематомаи андозааш хурд ва калон дар натичаи сахтшавии пластинкаи беруни бидуни гематомаҳои интракраниалии ҳамроҳшудаи чойгиршавиашон дигар ва минтақаи латхӯрии серебралӣ, бо вуҷуд надоштани тағйиротҳои назаррас ҳангоми таҳқиқоти ТК (набудани компрессияи меъдачаи паҳлӯи, бечо шудани сохторҳои миёнаи майнаи сар, аломатҳои фишорёбӣ ё деформатсияи систернаҳои базалии майна).

Табобати пунксионии кӯдакон дар давраҳои гуногун истифода карда шуд. Дар 72 (63,2%) навзод вай тақрибан дар давоми 6 соати пас аз бистаришави, дар 40 (35,1%) кӯдак – то охири шабонарӯзи аввал. Танҳо дар 2 (1,7%) навзод табобати пунксионӣ дар давраи шабонарӯзи 5-7-ум гузаронида шуд, ин ба муайян кардани зичии сахти гематома дар ТК вобастаги дорад.

Ҷарроҳихое, ки дар 7 (5,8%) кӯдак дар давраи зиёда аз 3 шабонарӯз ичро карда шуданд, ба омилҳои зерин вобаста буданд:

- ҳолати беморон ниҳоят вазнин аст, ки ба истифодаи табобати интенсиви ва чорабиниҳои реаниматсиони ниёз доранд; дар ин ҳолат мувофиқи маълумотҳои таҳқиқоти клиники-неврологи то гузаронидани ТК, ташхис гузоштан номумкин набуд;
- рози набудани хешовандони осебдидагон барои гузаронидани амалиёти чарроҳи, имконнопазир будани барвақт гузаронидани ТК бинобар сабабҳои техники.

Дар давраи пас аз чарроҳи дар 1 (14,2%) бемор чунин оризаҳо пайдо шуданд: фасод гирифтани чароҳати чарроҳишуда, ки дар ин чо сабаб дер мурочиат кардан ва нагузаронидани табобати антибактериали аз лаҳзаҳои валодат ва ба статсионар дохил шудан.

Ҳамаи беморон дар ҳолати қаноатбахш рухсат шудаанд.

Ҳамин тавр, тактикаи табобат ҳангоми кефалогематомаҳо гуногун буда, онҳоро омилҳои зиёд муайян мекунанд: вазнинии ҳолати беморон, андоза, ҷойгиршави ва суръати пайдошави, дараҷа ва ҷойгиршавии осеби майнаи сар (лонаи зарбхӯри – маҷақшави), ҳамчунин якҷоя шудани кефалогематома бо осебҳои хориҷи косахонаи сар.

Дар аксари бештари беморон ба таври пунксиони кефалогематомаи андозаашон миёна ва калон (94,2%) нест карда шуд, дар натиҷаи сахтшавии пластинкаи беруни кефалогематомаҳо – дар 7 ҳолат барои гузаронидани амалиёти ҷарроҳи асос шуданд.

ХУЛОСА

Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1. Энсефалопатияи перинаталиро, ки кефалогематома ҳамроҳи мекунад, бояд ҳамчун осеби сохтори ва биохимиявии майнаи сар барраси карда шавад. Шаклҳои асосии клиникии он инҷо ба ҳисоб мераванд: маҳв шудани системаи асаб ҳангоми дар пушти сар ҷойгир будани кефалогематома, баланд шудани таҳрикоти асаби- рефлектори ҳангоми кефалогематомаи мазеи рости фарқи сар, ҳамчунин гипертензияи дохили косахонаи сар, синдроми булбарӣ. Бարояш 3 намуди ҷараён хос аст: вазнинии сабук, миёна ва вазнин [1-А, 2-А, 7-А, 8-А, 10-А, 14-А].
2. Энсефалопатияи перинаталӣ, ки бо кефалогематомаи андозаи қутраш аз 8 см калонтари дутарафаи дар паси сар ва устухони чакка ҷойгиршуда оризанок шудааст, дар он тағйироти сохтории моддаи майна дар шакли хунравиҳои перивентрикулярӣ, дохилимеъдачави, дилататсияи меъдачаҳои паҳлӯӣ, ишемияи перивентрикулярӣ ва омоси паҳнёфтаи бофтаҳои майнаи сар рух медиҳанд, ки барои намуди вазнини ҷараёни энсефалопатияи перинатали хос буда, аломати нохуб ба ҳисоб меравад [1-А, 3-А, 5-А, 6-А, 8-А,12-А,13-А].
3. Осебҳои перинаталии системаи асаб, ки бо кефалогематома оризанок шудааст, онро тағйироти биохимиявии гомеостаз - атсидоз, гипонатриемия, гипомагниемия ва гиперсеротонинемия ҳамроҳи мекунанд, ки ин ба вазнинии бемори мувофиқат менамояд. Дар кӯдакони мубтало ба осеби миёнавазнин ва вазнини системаи марказии асаб бузургии муҳтавои магний ва натрии хун паст, сатҳи серотонин баланд мешавад [1-А, 9-А, 10-А, 13-А].
4. Системаи тафриқавии таҳияшудаи ташхис ва пешгӯйии энсефалопатияи перинатали, ки бо кефалогематома оризанок шудааст, вобаста аз ҷойгиршави ва андозаи онҳо, намуди ҷараён, нишондиҳандаҳои биохимияви ва тағйироти сохтории бофтаҳои майна имконият медиҳад, ки экспресс-ташхис гузаронида ва натиҷаҳои устувори мусбат ба даст оварда шавад [2-А, 4-А, 7-А, 9-А, 10-А, 14-А].
5. Дар синну соли кӯдаки истифода намудани томографияи компютери дар давраи барвақти осеби косахонаи сару майна (92,9%) имконият медиҳад, ки ҷойгиршави ва андозаи кефалогематома, гематомаҳои дохили косахонаи сари онро ҳамроҳикунанда, лонаи маҷақшави, ҳолати фазои ликвордор, махсусан

фарогири систернҳо ошкор, ҳамчунин бузургии беҷошавии сохторҳои мобайнӣ муайян карда шавад [1-А, 4-А, 5-А, 9-А, 10-А, 12-А].

6. Дараҷаи вазнинии ҳолати кӯдак на танҳо аз андоза, ҷойгиршави ва суръати ташаккулёбии кефалогематомаҳо, балки аз вазниниҳои ҳамроҳикунандаи ҷараёни осебҳои хориҷи косахонаи сар низ вобаста аст [1-А, 4-А, 6-А, 8-А, 10-А, 11-А, 14-А]

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Ҳамаи навзодонро оид ба вуҷуд доштани кефалогематома муоина кардан мувофиқи мақсад аст. Дар ҳолати ошкор кардани кефалогематома бо назардошти тактикаи таҳиянамудаи мо дар навзодон гузаронидани таҳқиқот ва табобат зарур аст.

2. Пешгӯйии вазнинии ҷараёни энсефалопатияи перинаталие, ки бо кефалогематома оризанок шудааст, бояд бо ёрии барномаи стандарти ва бо назардошти ҷойгиршави ва андозаи кефалогематома, намуди чараён, нишондиҳандаҳои биохимияви ва тағйироти сохтории бофтаҳои майна гузаронида шавад.

РӮЙХАТИ КОРҲОИ НАШРШУДАИ УНВОНҶӮЙИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ

Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшаванда нашршуда

[1-М]. Н. Рауфи. Особенности диагностики и тактика лечения родовых черепно-мозговых травм /Р.Н Бердиев, Ш.А. Турдибоев, С.Н. Шоев // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2016. - №3. – С. 39-43.

[2-М]. Н. Рауфи. Диагностическое значение нейросонографии при травматических внутричерепных гематомах у детей раннего возраста /Р.Н Бердиев ,С.А. Шоев, Ш.А. Турдибоев,Х. Дж. Рахмонов // Вестник Авицены. – Душанбе. – 2013. - №4. – С. 29-31.

[3-М]. Н. Рауфи. Комплексный подход в хирургическом лечении хронических внутримозговых гематом /Р.Н Бердиев ,С.А. Шоев, Ш.А. Турдибоев,Х. Дж. Рахмонов // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2015. - №4. – С. 100-104.

Мақолаҳои дар маҷмӯаҳои илмӣ нашршуда

[4-М]. Н. Рауфи. Характер повреждения ствола головного мозга в зависимости от дислокационного синдрома /Р.Н Бердиев, Ш.А. Турдибоев // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. – Душанбе. – 2017. – С. 185-187.

[5-М]. Н. Рауфи. Неврологическая картина при первичных и вторичных повреждениях ствола головного мозга / Р.Н Бердиев, Ш.А. Турдибоев // Сборник научных статей 66 годичной международной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. – Душанбе. – 2018. – С. 50-52.

[6-М]. Н. Рауфи. Особенности течения посттравматической эпилепсии /Д.И. Кодиров, Н.О. Рахимов // Медицинская наука: Новые возможности. Материалы

XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященный «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе. – 2018. – С. 242.

[7-М]. Н. Рауфи. Корреляция между травмвтическими субстратами и повреждениями ствола головного мозга / Д.И. Кодиров, Б.А. Рахмонов // Медицинская наука: Новые возможности. Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященный «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе. – 2018. – С. 242-243.

[8-М]. Н. Рауфи.Течение черепно-мозговой травмы при сочетании с другими внечерепными повреждениями / Н.О. Рахимов, Мирмастов А.И. // Медицинская наука: Новые возможности. Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященный «Году развития туризма и народных ремесел». – Душанбе. – 2018. – С. 243.

Фишурдаҳо ва гузоришҳо

[9-М]. Н. Рауфи. Лечебная тактика кефалогематом у детей / Р.Н. Бердиев // Материалы научно-практической конференции посвященной «85 – летию со дня рождения член.-корр. АН РТ, профессора А.Т. Пулатова». – Душанбе. – 2013. – С. 183.

[10-М]. Н. Рауфи. Дифференциальный подход в лечении кефалогематом у детей / Р.Н Бердиев // Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2015. – С. 180-181.

[11-М]. Н. Рауфи. Миниинвазивная хирургия в лечении хронических внутри-черепных гематом / С.Н. Шоев, Р.Н. Бердиев, И.М. Хабибов // Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2015. – С. 29.

[12-М]. Н. Рауфи. Оценка диагностики и выбор тактики лечения кефалогематом у детей / Р.Н. Бердиев // XV – Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2016. – С.196.

[13-М]. Н. Рауфи. Диагностика и лечебная тактика при хронических внутримозговых гематомах / С.Н. Шоев, Р.Н. Бердиев, Х.Дж. Рахмонов// XV – Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2016. – С. 115-116.

[14-М]. Н. Рауфи. Малоинвазивное хирургическое лечение хронических внутричерепных гематом / С.Н. Шоев, Р.Н. Бердиев, Ш.А. Турдибоев// XV – Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» - Санкт-Петербург. – 2016. – С. 34-35.

РӮЙХАТИ ИХТИСОРАҲО

ВЕ- нишондиҳандаи боқимонда ё норасоии асосҳои буфери

ДДММС - дилататсияи дутарафаи меъдачаи майнаи сар

ДЯММС -дилататсияи яктарафаи меъдачаи майнаи сар
ИПВ- перивентрикулярная ишемия
КГД- кефалогематомаи дутарафа
К+ - муҳтавои иони калий дар хун
КГ - кефалогематома
МЧФС- –мавзеи чапи фарқи сар
МРФС – мавзеи рости фарқи сар
НСГ - нейросонография
НСМ – ноболиғии сохтори майна
$HC0_3$ - муҳтавои иони бикарбонат
ОПСА- осеби перинаталии системаи асаб
СГДКС - синдроми гипертензияи дохили косахонаи сар
СИБ- синдроми ихтилолҳои булбари
СМА- системаи марказии асаб
СМСМА- синдроми маҳви системаи марказии асаб
СПЛ – симптоматикаи паҳнёфтаи лонави
СТБСР – синдромитаҳрикоти баланди асабӣ-рефлектори
ХДМ – хунравии дохилитмеъдачавӣ
ХПК – хунравии перивентрикулярӣ
ХСЭ-– хунравии субэпендимали
ҲАА – ҳолати атсиду асосӣ
ЭП - энсефалопатияи перинаталӣ
Mg+ - муҳтавои иони магний дар хун
Na+ - муҳтавои иони натрий дар хун
pH – ғализати H+
$pC0_2$ – фишори парсиалии гази карбон дар хун

АННОТАЦИЯ
НИХАД РАУФИ
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РОДОВЫХ ТРАВМ ОСЛОЖНЕННОЙ КЕФАЛОГЕМАТОМОЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

Ключевые слова: Родовая черепно-мозговая травма, травма головы и шеи, перинатальная энцефалопатия, опухоли мягких тканей головы у новорожденных, поднадкостничные кровоизлияния, кефалогематома, припухлость головы после рождения.

Цель исследования: Изучение диагностики и лечения родовых травм осложненной кефалогематомой у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы первого года жизни.

Методы исследования и использованная аппаратура: Нами был проведен анализ результатов клинических и лабораторно-инструментальных обследований 132 новорожденных, среди которых у 121 ребенка отмечались перинатальные травматические поражения головного мозга, осложненные кефалогематомой. Поступившие под наше наблюдение дети находились на первом - втором этапах выхаживания. Больничный этап наблюдения и лечения проходил в отделениях родильных стационаров города Душанбе. Все новорожденные наблюдались в отделении детской нейрохирургии и отделении неонтологии Национального медицинского центра РТ «Шифобахш». Для определения степени тяжести новорожденных и поражения головного мозга изучали состояние клинико-неврологического статуса, офтальмологическое обследование, проводили УЗИ головного мозга, КТ исследование и фотодокументацию. Всем пациентам в не зависимости от тяжести и характера локализации повреждения головного мозга, проводилось клинико-биохимическое исследование крови.

Полученные результаты и их новизна: В результате исследования изучены и определены клинические особенности течения перинатального поражения нервной системы, осложненного кефалогематомой. Проведенный сравнительный анализ между расположением и объемом кефалогематомы и степенью тяжести перинатального поражения нервной системы выявил наличие корреляционной связи между ними. Разработана схема диагностических мероприятий при родовой черепно-мозговой травме, осложненной кефалогематомой, и прогноза его течения.

Рекомендации по использованию: Для раннего выявления, количественной оценки степени выраженности и своевременной коррекции систем гемодинамики всем пострадавшим с внутримозговыми гематомами необходимо начинать мониторинг сердечно-сосудистой системы, характеризующий пред-и постнагрузку сердца с определением ОЦК.

Область применения: Нейрохирургия

АННОТАТСИЯИ
НИҲОД РАУФИ

ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ОСЕБҲОИ ВАЛОДАТИ ОРИЗАНОК БО КЕФАЛОГЕМАТОМА ДАР КӮДАКОНИ СОЛИ АВВАЛИ ҲАЁТ

Калимаҳои калидӣ: Осеби валодатии косахонаи сар, осебҳои сар ва гардан, энсефалопатияи перинаталӣ, омосҳои бофтаҳои нарми сари навзодон, хунравии зериустухонпарда, кефалогематома, варами сар пас азтаваллуд.

Мақсади омузиш: Омӯзиши ташхис ва табобати осебҳои валодатии бо кефалогематома оризанокшуда дар кӯдакони мубтало ба осебҳои перинаталии системаи марказии асаби соли аввали ҳаёт.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мо натиҷаҳои таҳқиқотҳои клиникӣ, лабораторӣ-инструменталии 132 навзодро таҳлил кардем, ки дар байни онҳо дар 121 кӯдак осебҳои травматикии перинаталии майнаи сари бо кефалогематома оризанок ба мушоҳида расид. Кӯдакони таҳти муоинаи мо дар марҳалаҳои дуюм ва сеюми муроқибат қарор доштанд. Марҳалаи беморхонагии муоина ва табобат дар шуъбаҳои статсионарҳои валодати шаҳри Душанбе гузашт. Ҳамаи навзодон дар шуъбаи нейроҷарроҳии кӯдакон ва шуъбаи неонтологияи Маркази миллии тиббии ҶТ «Шифобахш» муоина карда шуднд. Бо мақсади муайян кардани дараҷаи вазнинии навзодон ва осеби майнаи сар мо ҳолати статуси клиникӣ-неврологӣ, таҳқиқоти офталмологиро гузаронидем, ТУТ-и майнаи сар, таҳқиқоти ТК ва фотоаснодро гузаронидем. Дар ҳамаи беморон, новобаста аз вазнинӣ ва хусусияти ҷойгиршавии осеби майнаи сар, таҳқиқоти клиникӣ-биохимиявии хун гузаронида шуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навгонии онҳо. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои хусуситятҳои клиникии ҷараёни осебҳои перинаталии системаи асаби бо кефалогематома оризанокшуда омӯхта ва муайян карда шуданд. Таҳлили муқоисавии гузаронидашудаи байни ҷойгиршавӣ ва ҳаҷми кефалогематома ва дараҷаи вазнинии осебҳои перинаталии системаи асаб иртиботи кореллятсионии байни онҳоро ошкор сохт. Схемаи чорабиниҳои ташхисӣ ҳангоми осеби валодатии косахонаи сару майнаи бо кефалогематома оризанокшуда ва пешгӯйии ҷараёни он таҳия карда шуд.

Тавсияҳо барои истифода. Бо мақсади барвақт муайян ва баҳогузории сифатӣ кардани дараҷаи возеҳӣ ва ислоҳи саривақтии системаи гемодинамика дар ҳама бемории мубтало ба гематомаҳои дохили майнаи сар оғоз намудани мониторинги системаи дилу рагҳо зарур аст, ки песарборӣ ва пассарбории дил ва муайян кардани ҳаҷми хуни гардишкунандаро дар бар мегирад.

Соҳаи истифода: Ҷарроҳии асаб

ANNOTATION

NIHAD RAUFI

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BIRTH TRAUMA IN CHILDREN TILL FIRST YEAR OF LIFE COMPLICATED WITH CEPHALOHEMATOMA.

Keywords: birth traumatic brain injury, neck and head trauma, perinatal encephalopathy, tumors of head soft tissue in newborns, periosteal hematoma, cephalohematoma, swelling of newborn's head

Aim of the research: To study the diagnosis and treatment of birth trauma complicated by cephalohematoma in children with perinatal lesions of the central nervous system in the first year of life

Research methods and equipment used: We analyzed the result of clinical and laboratory-instumental examinations of 132 newborns, among whom 121 children had perinatal traumatic brain lesions complicated by cephalohematoma. The children who came under our supervision were in the first-second stages of nursing. The hospital stage of observation and treatment took place in the departments of maternity hospitals in Dushanbe, Tajikistan. All newborns were observed in the Department of Pediatric Neurosurgery and the Department of Neonotology at the National Medical Center of RT "Shifobaksh". To determine the severity of newborns and brain damage, we studied the state of the clinical and neurological status, ophthalmological examination, performed brain US, CT-scan and photo documentation of the brain, also a clinical and biochemical blood tests were performed.

Received results and their newness: As result of the study, the clinical features of the course of perinatal lesions of the nervous system complicated by cephalohematoma were studied and determined. A comparative analysis between the location and volume of cephalohematoma and the severity of perinatal lesions of the nervous system revealed a correlation between them. The scheme of diagnostic measures for birth traumatic brain injury complicated by cephalohematoma and the prognosis of its course has been developed.

Recommendations for the usages: For early detection, quantitative assessment of the severity and timely diovascularcorrection of hemodynamic systems, all patients with intracerebral hematomas should begin monitoring the cardiovascular system, which characterizes the pre- and postoverload of the heart with the determination of circulating blood volume.

Field of application: Neurosurgery