

Sapin V. Reference ranges for serum S100B protein during the first three years of life. *Clinical Biochemistry*, 2011, No. 44, pp. 927-929.

7. Ercole A., Thelin E. P., Holst A., Bellander B. M., Nelson D. W. Kinetic modelling of serum S100b after traumatic brain injury. *BMC Neurology*, 2016, No. 16, pp. 93.

8. Roozenbeek B, Maas AI, Menon DK. Changing patterns in the epidemiology of traumatic brain injury. *Nature Reviews Neurology*, 2013, No. 9, pp. 231-236.

9. Graham E. M., Burd I., Everett A. D., Northington F. J. Blood. *Front Pharmacology*, 2016, No. 7, pp. 196.

10. Thelin E. P., Jeppsson E., Frostell A., Svensson M., Mondello S., Bellander B. M., Nelson D. W. Utility of neuron-specific enolase in traumatic brain injury; relations to S100B levels, outcome, and extracranial injury severity. *Critical Care*, 2016, No. 20, pp. 285.

## ХУЛОСА

**Ф.И. Махмадов, Н.О. Рахимов, Р.М. Бердиев,  
М.В. Давлатов, Ш.А. Абдуназаров**

### ТАШХИСИ САРИ ВАҚТӢ ВА ПЕШГӮИИ НАТИЧАҲОИ САДАМАИ КОСАХОНА ВА МАҒЗИ САР ДАР БЕМОРОН БО САДАМАИ КРАНИО-АБДОМИНАЛӢ

**Мақсади тадқиқот.** Оптимизатсияи ташхиси ва пешгӯии натиҷаҳои садамаи косахона ва мағзи сар дар беморон бо садамаи кранио-абдоминалӣ.

**Мавод ва усуљҳои тадқиқот.** Тадқиқот дар

асоси таҳлили ретроспективии ташхиси 36 бемор, ки бо садамаи кранио-абдоминалӣ, дар МД Мачмааи тандурустии «Истиқлол»-и ш. Душанбе, дар заминай кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Маркази Миллии тибии «Шибобаҳш» ва дар заминай кафедраи ҷарроҳии асаф ва садамаи пайваста, ки дар солҳои 2019 то 2020 бистарӣ гаштаанд, гузаронида шудааст. Аз маҷмӯи беморон 24 (66,7%) нафарашро мард ва 12 (33,3%) нафарро зан ташкил медод. Шахсони синну солашон миёна (аз 18 то 40 сола) - 48,1% ва az 41 to 60 сола - 38,5%-ро ташкил дод. Беморони сину солашон az 60 боло - 13,4%.

**Натиҷаи тадқиқот.** Натиҷаи ташхиси сафедаи S100 ва NSE дар зардобаи хуни беморони бо садамаи кранио-абдоминалӣ, нишон дод, ки во-бастагии бевосиати коррелятсионии нишондодҳои зикргардида бо дараҷаи садамаи косахона ва мағзи сар буда, ҳамзамон ҳарактери садамаи узвҳои ковокии батн дорад.

**Хулоса.** Нишондодҳои сафедаи S100 ва NSE яке аз маркерҳои самаронон буда барои ташхиси саривақти ва пегӯии натиҷаҳои садамаи косахона ва мағзи сар дар беморони кранио-абдоминалӣ, ба хисоб мераванд.

**Калимаҳои калидӣ:** садамаи кранио-абдоминалӣ, нишондодҳои сафедаи S100 ва NSE, пешгӯии натиҷаи садамаи косахона ва мағзи сар, томография компьютерӣ.

**УДК 616.831.957-003.215-002.2-089**

**Х.Дж. Рахмонов, Н.О. Рахимов, Р.Н. Бердиев, У.Х. Рахмонов**

### ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

*Кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино*

**Рахмонов Хурshed Джамшедович – к.м.н., доцент кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Тел.: +(992)918510707; E-mail: Doc-rahmonov@mail.ru**

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническими субдуральными гематомами.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведен анализ эффективности нейрохирургического лечения 20 больных с ХСГ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГУ «Национальный медицинский центр» (Шибобаҳш) на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ имени Абуали ибни Сино за 2019-2020гг. Возрастной интервал варьировал в пределах 27-65 лет, среди них 8 (40%) женщин и 12 (60%) мужчин. Всем больным проводились клинические, инструментальные, лабораторные обследования, компьютерная томография (КТ) и магнитнорезонансная томография (МРТ) головного мозга.

**Результаты исследования и их обсуждение.** При ретроспективном анализе, у больных в после операционном периоде, отмечалось осложнение в виде остатков гематомы и всасывание воздуха в полость.

**Заключение.** Эффективность метода лечения хронических субдуральных гематом с применением малоинвазивных оперативных вмешательств с обязательным двух ферзевым дренированием не оставляет сомнений.

**Ключевые слова:** хроническая субдуральная гематома, хирургическое лечение

**H.J. Rahmonov, N.O. Rakhimov, R.N. Berdiev, U.H. Rahmonov**

#### **OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA**

**Department of Neurosurgery and Concomitant Traum, SEI "Avicenna Tajik State Medical University", Dushanbe, Tajikistan**

**Rakhmonov Khurshed Jamshedovich** – Candidate of Medical Sciences; Associate Professor of the Department of Neurosurgery and Sequential Injury, SEI "Avicenna Tajik State Medical University"; +992 918 51 07 07; doc-Rahmonov @ mail.ru

**Aim.** To improve the results of surgical treatment of patients with chronic subdural hematoma (CSH).

**Materials and methods.** We analyzed the effectiveness of neurosurgical treatment of 20 patients with CSH who were treated in the neurosurgical department of the State Institution National Medical Center - "Shifobakhsh" based on the Department of Neurosurgery and Concomitant Trauma of the Abu SEI "Avicenna Tajik State Medical University" for 2019-2020. The average age of the patients was 27-65 years, including 8 (40%) women and 12 (60%) men. All patients underwent clinical and neurological, instrumental, laboratory examinations, computed tomography (CT), and magnetic resonance imaging (MRI) of the brain.

**Results.** A retrospective analysis revealed a complication of hematoma remnants and air absorption into the cavity in the postoperative period.

**Conclusion.** The effectiveness of the methods of treating chronic subdural hematomas using minimally invasive surgical interventions with mandatory two queen drainage is doubtless.

**Keywords:** chronic subdural hematoma, improve the results of surgical treatment of patients with CSH.

---

**Актуальность.** По различным данным, среди всех объемных образований головного мозга хронические субдуральные гематомы (ХСГ) составляют от 1 до 7% [1], а внутричерепные кровоизлияния - 12,5% [2, 3]. Главными причинами учащения хронических субдуральных гематом в последние годы являются распространение черепно-мозговых травм, цереброваскулярных заболеваний, гипертоническая болезнь и целый ряд других заболеваний, нарушения реологических свойств крови, алкоголизм, крациоцеребральные аномалии и увеличение пожилого населения [4-6]. Ежегодное увеличение количества хронических субдуральных гематом, и связанные с этим социально-экономические потери общества, выводят указанную патологию в актуальную проблему современной неврологии и терапии. Подавляющее большинство больных с ХСГ среднего и пожилого возраста. В общей сложности частота ХСГ составляет 1-2 случая на 100 000 населения в год, большая часть больных мужчины [7]. ХСГ стали одним из основных вопросов, которые обсуждались на международном симпозиуме по достижениям нейротравматологии, состоявшемся в Японии. По данным японских ученых, операции по поводу ХСГ в этой стране в 2020 году станут одними из наиболее частых

нейрохирургических вмешательств. Из всех ХСГ 84% будут составлять ХСГ больных пожилого возраста. Увеличение диагностируемых травматических хронических субдуральных гематом (ТХСГ) и связанные с этим социально-экономические потери общества выводят указанную патологию в ряд актуальных проблем современной нейрохирургии. Анализ сложившейся практики и результаты исследований указывают на необходимость дифференцированных подходов к выбору тактики ведения больных с ХСГ с учетом клинической фазы заболевания.

Разработка патогенетически обоснованных методов хирургического и консервативного лечения гематом, на основе данных комплексного исследования, позволит специалистам выбирать наиболее оптимальные сроки, объем и характер оперативного вмешательства при сдавлении мозга внутричерепными гематомами [7].

**Цель исследования.** Улучшить результаты хирургическое лечение больных с хроническими субдуральными гематомами.

**Материалы и методы исследования.** Нами проведен анализ эффективности нейрохирургического лечения 20 больных с ХСГ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ГУ

«Национальный медицинский центр» (Шифбахш) на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ имени Абуали ибни Сино за 2019-2020гг. Возрастной интервал варьировал в пределах 27-65 лет, среди них 8 (40%) женщин и 12 (60%) мужчин. Всем больным при поступлении проводились клинико-неврологические, инструментальные, лабораторные обследования, а также КТ и МРТ головного мозга. В 13 (65%) наблюдениях была черепно-мозговая травма, у 6 (30%) больных – cerebrovascular патологии, у 2 (5%) больных – геморрагический инсульт.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты лечения ХСГ зависят прежде всего от предоперационного неврологического статуса. При осмотре больного оценивалась тяжесть состояния по шкале ком - Глазго. В нашем наблюдении тяжесть состояния оценена: у 7 (35%) больных - 15 баллов, у 6 (30%) больных - 12 баллов, у 4 (20%) больных - 9 баллов, у 3 (15%) больных - 7 баллов. На МРТ и КТ определялась локализация и объем ХСГ, наличие перифокального отека и степень выраженности дислокации мозговых структур. По плотности гематомы у 9 (45%) больных выявлена гиподенсивная, у 6 (30%) – изоденсивная и у 5 (25%) – гетероденсивная гематомы. Нами проведено оперативное лечение ХСГ у 6 больных. В послеоперационном периоде отмечено осложнение в виде остатка гематомы у 2 (33,3%) больных, у 4 (66,66%) больных всасывание воздуха в полость удаленной гематомы, что послужило повторное операции дренирования гематомы и далее костно-пластика трепанации черепа. У 14 (70%) больных, которым провели оперативном лечение посредством двухферзевого дренирования гематомы, не отмечались осложнение.

#### Клинический случай типичного течения

**ХСГ.** Пациентка М., 26 лет, поступила 04.03.2018 в приемное отделение ГУ «Национальный медицинский центр» с жалобами на головную боль,

общую слабость, головокружение, нарушение памяти. Считает себя больной в течение 2 недель. Госпитализирована в отделение неврологии с диагнозом: Астено-невротический синдром. Произведен нейровизуальный метод исследование МРТ и КТ черепа и головного мозга 01.03.10: МРТ и КТ-признаки хронической субдуральной гематомы левой лобно-теменной и затылочной доли головного мозга, с масс эффектом. Учитывая клинико-неврологические сопоставления и данные дополнительных методов обследования 04.03.2018 произведено оперативное вмешательство: наложения однофрезевого отверстия левой теменной области с дренированием хронической субдуральной гематомы объемом 110 см<sup>3</sup>. В связи с нарастанием психоневрологического состояния 10.03.2018 произведена КТ-черепа и головного мозга – остатки гематомы объемом 25 см<sup>3</sup>, пневмоцефалия которые воздействует на головной мозг. Учитывая КТ-признаки 11.03.2018 произведено оперативное вмешательство, направленное на удаление остатков гематомы и пневмоцефалии через костно-пластиическую трепанации черепа. На 10-е сутки послеоперационного периода наступил полный регресс общемозговой симптоматики, психоневрологического синдрома (больной полностью ориентирован в месте и личности, критики к своему состоянию, расстройства памяти). Сила мышц во всех конечностях — 5 баллов.

В изданиях зарубежных стран мнения о оперативном лечении ХСГ различаются. Некоторые авторы предпочитают костно-пластика удаление ХСГ, другие авторы считают достаточным наложение одного фрезевого отверстия. Но в практической деятельности нашей клинике выяснилось недостаточность одноврезевого отверстия при лечении ХСГ, и мы внедрили практику использования двухфрезевых отверстий.

#### 2. Клинический случай атипичного течения ХСГ по типу мозговой сосудистой патоло-

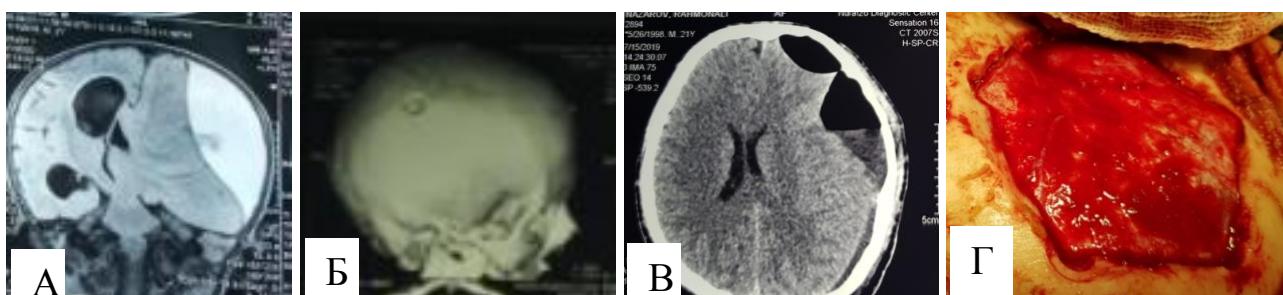


Рис. 1. Контрольный снимок КТ-черепа и головного мозга на 5-е сутки; а - мрт головного мозга, фронтальный срез: хроническая субдуральная гематома объемом 110 см<sup>3</sup>; б - место наложения фрезевых отверстий; в - ложе удаленной гематомы, остатки гематомы и пневмоцефалия; г- костно-пластика трепанации черепа.

**гии.** Пациент Т., 56 лет. 16.12.2019г поступил в неврологическое отделение ГУ «Национальный медицинский центр» с жалобами на головные боли диффузного характера, шум в ушах, головокружение при ходьбе, быструю утомляемость, общую слабость. Считает себя больным около 2 мес. ЧДД — 18 в 1 мин. АД — 160/100 мм рт.ст. Пульс — 78 в 1 мин. В неврологическом статусе: сознание ясное, ШКГ — 15 баллов. Критика снижена, ориентирован в пространстве. Зрачки D=S, фотореакции живые. Движения глазных яблок сохранены в полном объеме. Умеренный правосторонний гемипарез: сила мышц до 4 баллов. Глубокие рефлексы D=S, без разницы сторон.

Патологических рефлексов нет. Менингеальных симптомов нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Функция тазовых органов не нарушена. Поставлен диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия. Гипертоническая болезнь III ст. В связи с нарастанием психоневрологического синдрома и правосторонней пирамидной недостаточностью 18.12.2019 произведено МРТ головного мозга — МР-признаки хронической субдуральной гематомы лобно-теменной и затылочной долей головного мозга с двух сторон, дислокация до 8 мм. После этого пациент переведен в нейрохирургическое отделение. 18.12.2019 произведено оперативное вмешательство, направленное на

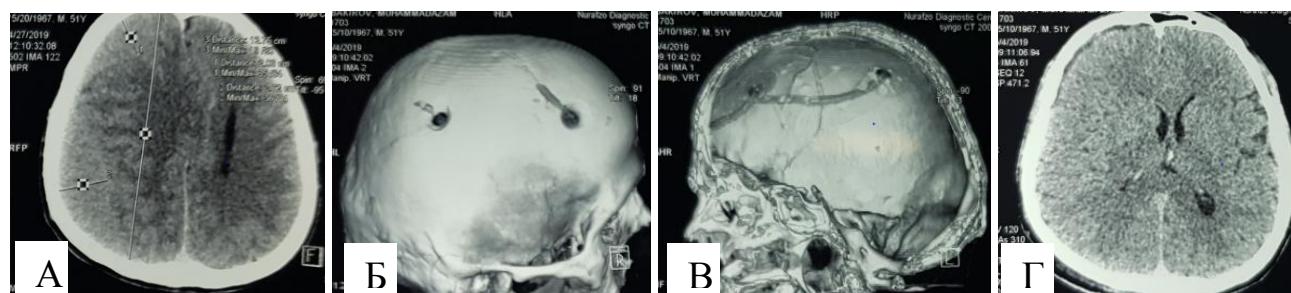


Рис. 2. Контрольный снимок КТ-черепа и головного мозга на 4-е сутки; а - КТ головного мозга, аксиальный срез: хроническая субдуральная гематома лобно-теменно-затылочной доли головного мозга объемом 180 см<sup>3</sup>; б - место наложения фрезевых отверстий; в-3D-реконструкции положение дренажей; г - гематома удалена.

удаление хронической субдуральной гематомы через 2 фрезевых отверстия, декомпрессия головного мозга, оставлен пассивный субдуральный дренаж (удален на 3-е сутки послеоперационного периода). Послеоперационный период протекал гладко: на 3-и сутки послеоперационного периода наступил полный регресс общемозговой симптоматики.

#### Выводы:

1. Диагностика субдуральных гематом остается сложной по настоящее время, что обусловлено: часто (до 50%) отсутствием достоверного травматического анамнеза, отсутствием настороженности смежных специалистов к данной проблеме и, зачастую, атипичным течением, обусловленным возрастными атрофическими изменениями коры головного мозга. При ХСДГ ранняя клиническая диагностика затруднена отсутствием клинических дислокационных признаков.

2. Учитывая данные литературы и результаты собственных клинических наблюдений, можно сделать вывод, что наиболее перспективными являются малоинвазивные методы удаления гематом с последующим двух фрезевым дренированием.

#### ЛИТЕРАТУРА (см.пп. 5-7 в References)

1. Головко С. М. Ошибки диагностики травматических внутричерепных гематом (ТВЧГ) и пути их преодоления / С.М. Головко, В.В. Крылов // Материалы IV съезда нейрохирургов России М., 2008. - С. 325.
2. Дифференциальная диагностика и хирургическое лечение травматических хронических субдуральных гематом. Методические рекомендации. Горький, 2010. – 46 с.
3. Крылов В.В. Лекции по черепно-мозговой травме / В.В. Крылов // М.: Медицина, 2010. - 320 с.
4. Потапов А.А., Диагностика внутричерепных кровоизлияний / А.А. Потапов, А.Д. Кравчук, Л.Б. Лихтерман и соавт. // Журн. вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. - 2009.- № 2. - С. 25-28.

#### REFERENCES

1. Golovko S. M. [Diagnostic errors in traumatic intracranial hematomas TICH and ways to overcome them Materialy IV sezda neyrokhirurgov Rossii [Material of the IV Congress of Neurosurgeons Moscow,

2008. 325 p. (In Russ.)

2. *Differentsialnaya diagnostika i khirurgicheskoe lechenie travmatischeskikh khronicheskikh subduralnykh gematom. Metodicheskie rekomendatsii* [Differential diagnosis and surgical treatment of traumatic chronic subdural hematomas. Guidelines]. Gorkiy, 2010. 46 p.

3. Krylov V. V. *Lektsii po cherepno-mozgovoy travme* [Lectures on craniocerebral trauma]. Moscow, Meditsina Publ., 2010. 320 p.

4. Potapov A. A. *Diagnostika vnutricherepnykh krovoizliyanie* [Diagnosis of intracranial hemorrhage]. *Zhurnal voprosy neyrokhirurgii im. N.N. Burdenko - Journal of Neurosurgery Issues named after N.N. Burdenko*, 2009, No. 2, pp. 25-28.

5. Ratilal B. O. Pappamikail L. Costa J. Sampaio C. Anticonvulsants for preventing seizures in patients with chronic subdural haematoma. *The Cochrane database of systematic reviews: journal*, 2013, Vol. 6, pp. CD004893.

6. Santarius T., Kirkpatrick P. J., Dharmendra G., Use of drains versus no drains after burr-hole evacuation of chronic subdural haematoma: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 2009, Vol. 374, No. 9695, pp. 1067-1073.

7. Koivisto T., Jääskeläinen J. E. Chronic subdural haematoma — to drain or not to drain? *The Lancet*, 2009, Vol. 374, No. 9695, pp. 1040—1041.

## ХУЛОСА

Х.Дж. Рахмонов, Н.О. Рахимов,  
Р.Н. Бердиев, У.Х. Рахмонов

## БЕҲТАРГАРДОНИИ ТАБОБАТИ

УДК 616.718.19-001; 616-005.1-08

А.Х. Сафаров<sup>2</sup>, К.Х. Сироджов<sup>2</sup>, З.К. Косимов<sup>1</sup>, Д.Б. Хамидов<sup>1</sup>

## СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ТАЗА

<sup>1</sup>Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ИПОвСЗРТ»

<sup>2</sup>Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «ИПОвСЗРТ»

**Хамидов Джура Бутаевич – к.м.н.; доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ИПОвСЗРТ»; тел: +(992)985530062.**

**Цель исследования.** Изучить состояние гемостаза у больных с сочетанной травмой таза.

**Материалы и методы исследования.** У 93 больных с сочетанной травмой таза исследовано состояние гемостаза с помощью коагулологических тестов. Контрольную группу составили 20 человек.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выявлено повышение коагуляционных свойств крови на фоне угнетения показателей фибринолитической и антикоагулянтной систем. Наряду с этим, отмечено повышение

## ЧАРРОХИИ ГЕМАТОМАИ МУЗМИНИ СУБДУРАЛӢ

**Мақсади тадқиқот.** Барои беҳтар намудани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони гирифтори гематомаи музмини субдурали (ГМС).

**Мавод ва усулҳои тадқиқот.** Самаранокии табобати нейрочарроҳии 20 нафар беморони ГМС-ро таҳлил кардем, ки дар шӯъбаи нейрохирургии Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббӣ - «Шифобаҳш» дар солҳои 2019-2020 табобат гирифтанд. Синну соли миёнаи беморон 27-65 сола буд, аз он ҷумла 8 (40%) занон ва 12 (60%) мардон мебошанд. 75,5%-ро шахсони синни қобили меҳнат - занон (то 45-сола) ва мардон (то 60-сола) ташкил медиҳанд. Ҳамаи беморон аз муоинаи клиникӣ ва неврологӣ, таҷхизотӣ, лабораторӣ, томографияи компьютерӣ (КТ) ва аксбардории магнитии резонанси мағзи сар гузаронида шуданд.

**Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо.** Таҳлили ретроспективӣ нишон дод, ки ҳангоми табобати ҷарроҳии ГМС дар беморон дар давраи баъдиҷарроҳӣ, дар шакли боқимондаҳои гематома ва ҷаббида шудани ҳаво мушоҳида шудааст, ки ин ислоҳи мустақими категорияҳои ин беморон мебошад.

**Хулоса.** Самаранокии усулҳои табобати гематомаҳои музмини субдурали бо истифодаи ҷарроҳии мини-инвазиви, гузоштани ду суроҳии фрезевӣ гузаронида шудааст.

**Калимаҳои калидӣ:** гематомаи музмини субдурали, беҳтар кардани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони гирифтори ГМС.