

маълумоти оморӣ дар асоси барномаҳои MS Office 2019 анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Таҳлилҳои 600 карта нишон дод, ки дар сохтори омилҳои ҳафве, ки сабабҳои таваллуди нуксонҳои модарзодӣ мешаванд, дар ҷои якум бемориҳои шадид ва музмини сироятии ғайригениталий (38%), баъд камхунӣ (29.8%) ва дар ҷои сеюм собикаи аворизноки акушерӣ (искоти ихтиёрии чандқарата, аз инкишоф бозмондани тифл, мурдатаваллуд, таваллуди кӯдаки нуксондор, презкламсияҳо) (20.8%) бо норасоии гардиши

хун дар системаи машинаю тифл (16.3%) мегирад. Аз картаҳои таҳлил картаи таваллуди нуксонҳои модарзодӣ аз ҷиҳати ҳамаҷониба наздик 5% таъкил менамояд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, сабабҳои асосии афзоиши НМИ дар кӯдакони навозод инҳоянд: таърихи вазнини акушерӣ ва ирсият, одатҳои бад ва хатарҳои касбӣ, сироятҳои вирусӣ ва бактериявӣ гузашта, таъхироти дер пеш аз таваллуд.

Калидвожаҳо: кӯдакон, нуксонҳои модарзодӣ, нуксонҳои модарзодии дил, нуксонҳо, ҚТ.

УДК: 616.831.001. 31 053.036 089

doi: 10.52888/0514-2515-2022-355-4-70-76

Б.А. Раҳмонов, Р.Н. Бердиев, Х.Дж. Раҳмонов, Ш.А. Турдибоев

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТНЫХ ФАКТОРОВ И ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра нейрохирургии, ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Турдибоев Шерали Абдуллоевич – ассистент кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Тел.: +992918676562; Email: turdiboevsherali50@gmail.com

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения внутричерепных гематом с учетом возрастных факторов.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 112 пострадавших с травматическим сдавлением головного мозга. Диагноз ставился на основе результатов, полученных при комплексном обследовании, включающем динамический клинико-неврологический осмотр, рентгенографию, КТ и МРТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Более половины пострадавших (56,5%) поступили в ясном сознании, 65 (58,0%) в умеренном оглушении, еще 8 (7,1%) - в глубоком оглушении. Головная боль была выявлена у 86 из 112 больных с внутричерепными гематомами (76,8%), у части больных в связи с грубыми нарушениями сознания выявить и объективизировать головную боль не представлялось возможным. Они обычно рассматриваются в кругу общемозговой симптоматики, встречаются сравнительно редко - при внутричерепной гематоме лишь в 13,4% наших наблюдений. Афатический синдром включал в себя моторные или сенсорные нарушения речи и отмечался у 16% больных с внутричерепной гематомой. Если же брать только левосторонние внутричерепные гематомы, то его удельный вес среди очаговой симптоматики существенно повышался (до 22%).

Заключение. Статистический анализ результатов данного исследования показал, что введение, в последние годы, в лечебный комплекс новых методов исследования способствовало улучшению результатов лечения и снижению уровня летальности.

Ключевые слова: внутричерепная гематома, компьютерная томография, клиническая фаза.

B.A. Rakhmonov, R.N. Berdiev, H.J. Rakhmonov, Sh.A. Turdiboev

PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF INTRACRANIAL HEMATOMAS WITH REGARD TO AGE FACTORS AND THE PHASE OF THE DISEASE

Department of Neurosurgery, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Turdiboev Sherali Abdulloevich - assistant at the Department of Neurosurgery and Combined Trauma; Tel.: +992918676562; Email: turdiboevsherali50@gmail.com

Aim: To identify the peculiarities of the clinical course of intracranial hematomas taking into account age factors.

Material and methods. One hundred twelve victims with traumatic compression of the brain were examined. The diagnosis was made based on the results obtained during a comprehensive examination, including a dynamic clinical

and neurological examination, radiography, CT and MRI.

Results and discussion. More than half of the victims, 31 (56.5%), were admitted in consciousness, 65 (58.0%) in moderate stupor, and 8 (7.1%) - in deep stupor. Headache was detected in 86 out of 112 patients with ICH (76.8%). In some patients, it was impossible to identify headaches due to severe impairment of consciousness. They are usually considered in the circle of cerebral symptoms, and they are relatively rare - only 13.4% of patients with ICH Aphasic syndrome included a motor or sensory speech disorder and was noted in 16% of patients with intracranial hematoma. If we take only left-sided intracranial hematomas, their specific weight among focal symptoms significantly increased (up to 22%).

Conclusion. Statistical analysis of the results of this study showed that the introduction of new methods into the medical complex in recent years contributed to improving treatment results and decreasing mortality.

Keywords: intracranial hematoma, CT, clinical phase.

Актуальность. Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) с каждым годом приобретает все большую актуальность. За последние десятилетия во всех странах мира с каждым годом отмечается увеличение ЧМТ, которые составляют 39% от всех видов повреждений при дорожно-транспортных происшествиях. По данным А.Н. Коновалова и соавт. (2019), больные с острой черепно-мозговой травмой и ее последствиями составляют 72% среди всех больных, госпитализируемых в нейрохирургические и нейротравматологические отделения Российской Федерации. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в нейротравматологии и реаниматологии, летальность среди пострадавших с тяжелой ЧМТ за последние годы не только не уменьшена, по данным разных авторов 70-85%, а имеет тенденцию к росту [1, 2].

В опубликованных данных В.В. Крылова было отражено, что образование внутричерепных гематом в 25-45% случаев осложняет течение тяжелой черепно-мозговой травмы. Одной из актуальных проблем исследователей является травматическое сдавление головного мозга (ТСГМ). В зависимости от вида компрессии мозга пациентам с ТСГМ принято рассматривать показания для проведения экстренного и планового оперативного вмешательства. Выбор адекватной хирургической тактики, исходя из принципов доказательной медицины, зависит от: объема и толщины гематомы; объема перифокального отека мозга; степени смещения срединных структур; общего состояния пациента, выраженного в баллах ком Глазго; возраста; показателей внутричерепного давления; состояния базальных цистерн при КТ или МРТ. [3-5]

Таким образом дифференцированный подход к лечению ТСГМ был сформирован на внедрении принципов доказательной медицины, которые заложены на базе новых возможностей нейровизуализации, анализе отдаленных результатов хирургического вмешательства и совершенствовании неврологической реанимации. [6-7]

Цель исследования. Выявить особенности клинического течения внутричерепных гематом с учетом возрастных факторов.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи было обследовано 112 пострадавших с травматическим сдавлением головного мозга. Все пациенты были обследованы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» с 2019 по 2021 гг., оперированы одной группой хирургов. Диагноз ставился на основе результатов, полученных при комплексном обследовании, включающем динамический клинико-неврологический осмотр, рентгенографию, КТ и МРТ.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием метода вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. Фаза клинической компенсации (ФКК) отмечалась у 12 (10,7%) больных, фаза клинической субкомпенсации (ФКС) - у 36 (32,1%) фаза умеренной клинической декомпенсации (ФУКД) - у 57 (50,9%), фаза грубой клинической декомпенсации (ФГКД) - у 7 (6,3%) больных.

Больные с ВЧГ направлялись в стационар в подавляющем большинстве с нарушением клинической компенсации заболевания, при этом они почти равномерно распределяются между ФКС и ФУКД. Рассмотрим клинические фазы ВЧГ в связи с возрастными группами больных. ФКД встречались лишь у 7 (6,3%) больных в молодом и в младшем среднем возрасте, что вероятно объясняется большими компенсаторными возможностями в этих вышеуказанных возрастных группах. ФКС отмечалась во всех возрастных группах. При этом ее удельный вес был особенно высок у лиц молодого (13 - 11,6%), а также младшего среднего (11 - 9,8%) и старшего среднего возраста (8 - 7,1%). ФКС гораздо реже встречалось при поступлении в клинику нейрохирургии НМЦРТ у лиц пожилого и старческого возраста одинаково (4 случая - 3,5%). По нашим наблюдениям больные с ФКС в старческом возрасте не встречались. Эти факты во многом отражают возрастные особенности реакций мозга на ВЧГ, когда сравнительно ранее проявление общемозговых симптомов у лиц молодого и среднего возраста обуславливают трудовую дезадаптацию и более оперативное обращение за медицинской помощью. ФУКД отмечалась во всех

возрастных группах с очень небольшим разбросом, составляя до 57 (50,9%) случаев в молодом, старшем среднем и пожилом возрасте. Наибольшее увеличение удельного веса ФУКД отмечено (15 случаев - 13,4%) в младшем среднем, у лиц старческого возраста ее удельный вес снижается до 8 (7,1%). ФГКД встретились в молодом возрасте.

ФКК при выписке была у 93 (83,0%) больных (против 12 (10,7%) при поступлении) ФКС - у 14 (12,5%) больных (против 36 (32,1%) при поступлении), ФУКД - у 3 (2,7%) больных (против 57 (50,9%) при поступлении) и ФГКД - у 2 (1,8%) больных (против 7 (6,2%) при поступлении). Подобная положительная динамика отмечалась во всех возрастных группах.

Общемозговые симптомы. Естественно, что среди общемозговых симптомов ВЧГ наибольшего внимания заслуживает состояние сознания. При

оценке состояния сознания в наших наблюдениях мы использовали единую классификацию черепно-мозговой травмы, утвержденную Минздравом Российской Федерации (А.Н. Коновалов с соавт., 1986).

Как видно из табл. 1, более половины пострадавших (31 - 56,5%) поступили в ясном сознании, 65 (58,0%) - в умеренном оглушении, еще 8 (7,1%) - в глубоком оглушении. Лишь у 1 (0,9%) обратившегося отмечался сопор, в 3 (2,7%) случаях умеренная кома, в 2 (1,8%) - глубокая кома и 2 (1,8%) - вегетативный статус.

При возрастном анализе ясного сознания отмечается закономерное уменьшение его удельного веса по мере увеличения возраста больных. Почти одну треть (65,2%) составляют больные в умеренном и в глубоком оглушении. Что касается сопора, то он наблюдался у больных молодого, младшего и старшего среднего возраста. Больные в умерен-

Таблица 1

Распределение наблюдений по возрастным группам при поступлении в зависимости от состояния сознания

Состояние Сознания	Возрастные группы					Всего	в %
	15-29	30-44	45-59	60-74	75-89		
Ясное	16	9	4	2		31	27,7%
Умеренное оглушение	22	18	14	10	1	65	58,0%
Глубокое оглушение	5	1	1	1	-	8	7,1%
Сопор				1	-	1	0,9%
Кома умеренная	1	1	-	-	1	3	2,7%
Кома глубокая	1	1	-	-		2	1,8%
Кома запредельная	-	-	-	-	-	-	-
Вегетативный статус	1	-	1	-	-	2	1,8%
Всего	46	30	20	14	2	112	100%

Примечание: % от общего количества больных

Таблица 2

Распределение наблюдений по состоянию сознания и клиническим фазам заболевания при поступлении

Состояние сознания	Фаза клин. компенсации	Фаза клин. субком- пенсации	Фаза умерен. декомпенсации	Фаза грубой декомпенсации	Всего %
Ясное	9	15	7	-	31 (27,7%)
Умеренное Оглушение	- 3	- 18	- 44	-	65 (58,0%)
Глубокое Оглушение	-	- 3	- 5	-	8 (7,1%)
Сопор	-	-	-	1	1 (0,9)
Кома 1	-	-	1	2-	3 (2,7%)
Кома 2	-	-	-	2	2 (1,8%)
Кома 3	-	-	-	-	-
Вегетативный Статус	-	-	-	2	2 (1,8%)
Всего	12	36	57	7	112 (100)

Примечание: % от общего количества больных

ной коме по нашим наблюдениям не встречались. Однако, укажем, что грубые нарушения сознания в виде сопора и комы были единичными, и потому их убедительный статистический анализ не достигим. Нам представляется не менее важным, чем по возрастной анализ состояния больных при поступлении, его по фазный анализ.

Как видно из таблицы 2 в фазе клинической компенсации наблюдались всего 27,7% больных, которые были в ясном сознании, в фазе клинической субкомпенсации в подавляющем большинстве (22 - 36,6%) больные поступали также в ясном сознании; лишь 10 (16,6%) больных с ясным сознанием находились в фазе умеренной декомпенсации. По нашим наблюдениям больные в ясном сознании в фазе грубой декомпенсации не встречались.

В ФУКД доминировало (44 - 39,3%) умеренное оглушение, в фазах клинической субкомпенсации, умеренной и грубой декомпенсации в целом наблюдались 7 (6,3%) больных. В вышеуказанных фазах в вегетативном статусе поступили 2 (1,8%) пострадавших. При сопряжении состояния сознания больных ХВЧГ с клинической фазой заболевания и возрастом пострадавших в основном подтверждается описанные выше закономерности соответствия состояния сознания и клинической фазы заболевания.

Следует отметить, что число больных с ясным сознанием повысилось до 93% по сравнению с 27,7% до операции. Число больных с умеренным оглушением уменьшилось с 58,0% до 4,5%, лишь 7,1% больных в коматозном и вегетативном статусе с более грубыми нарушениями сознания спустя 28 суток. После операции были отмечены постепенное улучшения в восстановлении уровня сознания, что также свидетельствует об его эффективности.

Головная боль. Головная боль была выявлена у 86 из 112 больных с ВЧГ (76,8%), у части больных в связи с грубыми нарушениями сознания выявить и объективизировать головную боль не представлялось возможным. Вместе с тем укажем, что при ХВЧГ может встречаться отсутствие головной боли, либо та степень ее выраженности, которая игнорируется больным. При общей закономерности усугубления головной боли по мере нарастания клинической декомпенсации есть немало исключений. При повозрастном анализе головной боли, устанавливается, что она относительно чаще встречается у больных детского, молодого и младшего среднего возраста и реже - у лиц пожилого и старческого возраста. При этом в младших возрастных группах преобладает гипертензионная окраска головной боли, а в старших возрастных группах - более четко выступает ее сосудистый характер, что отражает описанные выше возрастные особенности. Заметим также, что

головная боль при ВЧГ нередко имеет локальный оттенок, в основном соответствуя локализации ВЧГ.

Эпилептические припадки. Они обычно рассматриваются в кругу общемозговой симптоматики, встречаются сравнительно редко при ВЧГ лишь в 13,4% наших наблюдений. При этом в 7,1% их можно было отнести к общемозговым симптомам, ибо речь шла о генерализованных припадках с клоническими судорогами, а в 6,3% наблюдений эпилептические припадки следует расценивать как очаговые симптомы раздражения, поскольку они манифестировали фокальными сенсорными и моторными явлениями без выключения сознания. При повозрастном анализе эпилептического синдрома отмечено, что он встречался в единичных наблюдениях во всех возрастных группах, исключая стариков.

Гипертензивные признаки на краниограммах отмечены в 24% наблюдений ВЧГ. При этом наиболее часто они встречались у больных молодого возраста и гораздо реже в старших возрастных группах.

Поскольку мы специально не выделяем краниографический раздел, здесь уместно изложить местные изменения костей черепа при ВЧГ. Они встретились в 11% наблюдений исключительно у лиц молодого возраста, 86% наблюдений местные изменения костей черепа на краниограммах были выраженный умеренно, а в 3% случаев - грубо. Они выражались в избирательном истончении костей в области расположения гематомы - чаще всего в чешуе височной кости и прилежащих отделах лобных и теменных костей с выбуханием, которое определялось не только краниографически, но пальпаторно или визуально. Обычно местные изменения костей черепа отмечалось у больных с длительным многолетним анализом после черепно-мозговой травмы (ЧМТ), полученной в раннем возрасте. Мы полагаем, что местные изменения костей черепа следует отнести к характерным признакам ВЧГ у детей.

Очаговая симптоматика двигательные нарушения занимают ведущее место среди локальных признаков в клинической картине ВЧГ. Мы анализировали в возрастном и фазном аспектах пирамидный синдром и выделили следующие его градации:

1. Отсутствие пирамидных знаков.
2. Слабо выраженный пирамидный синдром (асимметрия периостальных, сухожильных и кожных рефлексов, незначительное снижение мышечной силы с опусканием пораженной конечности при пробе Барре, небольшое повышение мышечного тонуса).
3. Умеренно выраженный пирамидный синдром (моно или гемипарез со снижением силы в паретичной конечности в 1,5-2 раза по сравнению со здоровой, заметное повышение мышечного тонуса, некоторое уменьшение объема движения особенно

при повторном выполнении инструкции, не грубые патологические рефлексы).

4. Грубо выраженный пирамидный синдром (глубокие-, моно- или гемипарез со снижением мышечной силы в паретичной конечности в три и более раз, по сравнению со здоровой, неполный объем движений вплоть до “складного ножа”, грубые патологические рефлексы). Естественно, в спектр пирамидного синдрома входили также центральные парезы VII-XII нервов и ряд других признаков. Пирамидный синдром отсутствовал у 28% больных, был слабо выражен у 37%, умеренно выражен - 26% и грубо выражен у 9% больных с ВЧГ.

При по возрасту анализу пирамидного синдрома отмечается закономерное увеличение его частоты и выраженности в старших возрастных группах, по сравнению с младшими возрастными группами. Так умеренно выраженный пирамидный синдром отсутствовал у детей, отмечался в 3% - наблюдений у лиц молодого возраста, в 12% - младшего среднего, в 26% - старшего среднего, в 24% - у пожилых и 59% пациентов старческого возраста.

При по фазном анализе пирамидного синдрома выявляется закономерное его учащение и усугубление по мере углубления клинической фазы заболевания: в ФКК пирамидный синдром отсутствовал у всех больных, а в ФГКД лишь в 5% наблюдений, при этом он часто выраженный.

Афатический синдром включал в себя моторные или сенсорные нарушения речи, отмечался у 16% больных с ВЧГ. Если же брать только левосторонние ВЧГ, то его удельный вес среди очаговой симптоматики существенно повышался (до 22%).

При по возрастном анализе афатического синдрома отмечается увеличение его частоты с возрастом больных, достигающее у пожилых до 10%. При этом нарастает и степень выраженности афатического синдрома; доминируют грубые нарушения у пожилых.

Менингеальные симптомы. Ригидность затылочных мышц была отмечена в 25% наблюдений ВЧГ; лишь у 6,6% больных она была грубо выражена. Естественно, при трактовке генеза ригидности мышц затылка следует помнить о возрастных изменениях и о влиянии на нее остеохондроза шейного отдела позвоночника и некоторых других внечерепных факторов.

Симптом Кернига выявлялся у 15% больных с ВЧГ; лишь в 10,6% наблюдений он был грубо выражен. При ВЧГ он имел преимущественно не оболочечный, а стволочный генез. Кроме того, следует учитывать влияние на выраженность симптома Кернига преморбидных и возрастных факторов, в частности, деформирующего остеохондроза коленных суставов,

поясничного радикулита и др. Прослеженная динамика ригидности затылочных мышц и симптом Кернига при поступлении и при выписке больных показала известную зависимость менингеальных знаков от наличия ВЧГ. Число наблюдений с грубо выраженным спазмом мышц затылка уменьшилось с 6,6 при поступлении до 1% при выписке, число наблюдений с наличием симптома Кернига сократилось с 15% до 2%; число больных с грубо выраженным симптомом Кернига уменьшилось более чем в три раза - с 10,6% до 2,5%.

Состояние глазного дна. К числу классических объективных симптомов повышения внутричерепного давления относятся гипертензионные изменения на глазном дне. В наших наблюдениях, при поступлении, гиперемия дисков зрительных нервов были у 19% больных с ХВЧГ. У 18% начальные застойные диски зрительных нервов и 33% - выраженные застойные соски. В 3% наблюдений зафиксировано побледнение, т.е. атрофия диска зрительных нервов. Таким образом, в 2/3 наблюдений больных с ВЧГ гипертензионные изменения на глазном дне, в половине из них выраженные, в отдельных наблюдениях ассиметричные. Обычно, чем глубже нарушена клиническая декомпенсация состояния больных с ВЧГ, тем чаще и выраженной оказываются застойные явления на глазном дне.

Подкорковый синдром проявлялся обеднением произвольных движений, скованностью, брадикинезией, гипомимией, тремором, пластическими изменениями мышечного тонуса, рефлексами орального автоматизма. Он был отмечен у 17% больных с ВЧГ, при этом четко просматривалась зависимость его частоты и полноты развёртываемости от возраста больного. Заметим, однако, что ВЧГ может значительно усугублять преморбидный подкорковый синдром. Это положение иллюстрировалось смягчением экстрапирамидной симптоматики после удаления ВЧГ даже у лиц пожилого возраста.

Стволовые симптомы в клинике ВЧГ, в отличие от острой ЧМТ, обычно являются вторичными или дислокационными (исключая, конечно, возрастные и преморбидные стволовые знаки). Следует также заметить, что в целом дислокационные синдромы при ВЧГ, в отличие от острых внутричерепных гематом, имеют иную частоту, иную выраженность и иную локализацию.

При поступлении больных с ВЧГ в 57% наблюдений дислокационный синдром отсутствовал, в 23% - был слабо выражен, в 18% умеренно выражен и лишь в 2% наблюдений он, примерно с одинаковой частотой встречался как в младших, так и в старших возрастных группах. Более демонстративна, как и следовало ожидать, пофазная зависимость дислока-

ционного синдрома. Дислокационных знаков не было в ФКК; в ФКС их не было у 70% больных.

Роговичные рефлексы, были сохранены у 59% больных справа и у 49% больных слева. Соответственно снижение роговичных рефлексов отмечалось в 47% наблюдений справа и в 50% - слева. Полное двухстороннее отсутствие роговичных рефлексов было в 1% наблюдений.

Патологические стопные знаки (прежде всего рефлекс Бабинского) определяли у 32% больных с ВЧГ; при этом у 22% они были односторонними, а у 14% больных - двухсторонними. В последнем случае они имели дислокационный стволочный, либо биполушарный генез. Если же патологические рефлексы были односторонними, то контралатеральные расположения ВЧГ могут расцениваться как полушарные, а гомолатеральные - как стволочные дислокационные.

Таким образом, развитие отека-набухания головного мозга у больных с осложнениями послеоперационного периода было подтверждено при измерении ВЧД. Наиболее тяжелым послеоперационным осложнением, существенно влияющим на общий исход тяжелой ЧМТ, является прогрессирующее нарастание отека и дислокации головного мозга, которое сопутствует остальным ранним послеоперационным осложнениям в большинстве случаев, являясь основной причиной, определяющей тяжесть течения и неблагоприятность исхода. В подавляющем большинстве нарушения клинической компенсации заболевания почти равномерно распределяются между ФКС и ФУКД. Гипертензионные признаки встречаются в 24% наблюдений ВЧГ. При этом наиболее часто они встречались у больных молодого возраста и гораздо реже в старших возрастных группах.

Статистический анализ результатов данного исследования показали, что введение в последние годы в лечебный комплекс новых методов исследований способствовало улучшению результатов лечения и снижению уровня летальности.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 5-7 см. в REFERENCES)

1. Белецкий А.В. Детский травматизм в Республике Беларусь: стратегии профилактики и пути её реализации на 2013-2015 годы / А.В. Белецкий, Л.Н. Ломать // Медицинские новости. 2013, 7: 4-12.
2. Коновалов А.Н. Градация тяжести состояний пострадавших с черепно-мозговой травмой и унифицированные критерии для их определения / А.Н. Коновалов и соавт. // Вопр. нейрохир. - 2019. - N 5. - С.11-16.
3. Крылов В.В. алгоритм диагностики и тактики при тяжелой сочетанной травме / В.В. Крылов // Вопр. нейрохир. - 2021. - N 2. - С.19-26.

4. Мирзабаев М.Ж. диагностика и тактика лечения тяжелых форм черепно-мозговой травмы в аспекте динамики внутричерепной гипертензии / М.Ж. Мирзабаев // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2013.-№2. - С. 39-44.

REFERENCES

1. Beletskiy A.V. Detskiy travmatizm v Respublike Belarus: strategi profilaktiki i puti eyo realizatsii na 2013-2015 gody [Child Traumatism in the Republic of Belarus: Prevention Strategy and Ways of its Implementation for 2013-2015]. *Meditsinskie novosti - Medical news*, 2013, No. 7, pp. 4-12.
2. Konovalov A.N. Gradatsiya tyazhesti sostoyaniy postradavshikh s cherepno-mozgovoy travmoy i unifikirovannyye kriterii dlya ikh opredeleniya [Grading of severity of conditions in victims of craniocerebral trauma and unified criteria for their determination]. *Voprosy neyrokhirurgii - Issues of neurosurgery*, 2019, No. 5, pp.11-16.
3. Krylov V.V. Algoritm diagnostiki i taktiki pri tyazheloy sochetannoy travme [Diagnostic and Tactical Algorithm for Severe Combined Trauma]. *Voprosy neyrokhirurgii - Issues of neurosurgery*, 2021, No. 2, pp. 19-26.
4. Mirzabaev M.Zh. Diagnostika i taktika lecheniya tyazhelykh form cherepno-mozgovoy travmy v aspekte dinamiki vnutricherepnoy gipertenzii [Diagnostics and treatment tactics of severe craniocerebral trauma with regard to the dynamics of intracranial hypertension]. *Neyrokhirurgiya i nevrologiya Kazakhstana - Neurosurgery and neurology of Kazakhstan*, 2013, No. 2, pp. 39-44.
5. Choe M.C., Blume H.K. Pediatric post-traumatic Headache: A Review. *Journal of Child Neurology*, 2016, No. 3, pp. 76-85.
6. Jennet. B. Epidemiology of head injury. *British Medical Journal*, 2001, No. 10, pp. 101-104.
7. *Neurotrauma: basic and applied aspects. Book.* ICRAN Publ., 2015.

ХУЛОСА

Б.А. Раҳмонов, Р.Н. Бердиев, Х.Қ. Раҳмонов, Ш.А. Турдибоев

ХУСУСИЯТҲОИ РАФТИ КЛИНИКИИ ГЕМАТОМАИ ДОХИЛИ КОСАХОНАИ САР АЗ РУИ ОМИЛҲОИ СИННУ СОЛ ВА МАРҲАЛАИ БЕМОРИ

Мақсади тадқиқот. Омузиши хусусиятҳои қараёни клиникӣ дар дохили гематомаҳои қосахонаи сар бо назардошти омилҳои синну сол буд.

Усулҳои мавод ва тадқиқот. 112 ҷабрида бо фишори осеби мағзи сар муоина карда шуданд. Таҳлиси дар асоси натиҷаҳо, ки ҳангоми муоинаи ҳамаҷониба, аз ҷумла муоинаи динамикии клиникӣ ва неврологӣ, рентгенография, КТ ва MRI гирифта шудааст.

Натиҷаҳо ва муҳокимаи он. Зиёда аз нисфи ҷабридагон 31 нафар (56,5%) дар ҳолати беҳушӣ, 65 нафар (58,0%) дар ҳолати шокии миёна, 8 нафари дигар (7,1%) дар ҳолати шокии амиқ қабул шудаанд. Дар 86 нафар аз 112 беморони гирифтори бемории КН (76,8%) дарди сар ошкор шудааст, дар баъзе беморон аз сабаби вайроншавии шадиди шуур дарди сарро муайян ва объективӣ қардан имкон надошт. Онҳо одатан дар доираи аломатҳои мағзи сар

ба назар гирифта мешаванд, онҳо дар ИСН танҳо дар 13,4% мушоҳидаҳои мо нисбатан каманд. Синдроми афатикӣ ихтилоли сухани моторӣ ё эҳсосиро дар бар мегирад, ки дар 16% беморони гирифтори ИСН мушоҳида шудааст. Агар мо танҳо ИСН-и чапро гиравем, пас таносуби он дар байни нишонаҳои фокусӣ хеле зиёд мешавад (то 22%).

Хулоса. Таҳлили статистику натиҷаҳои ин тадқиқот нишон дод, ки дар комплекси тиббӣ дар солҳои охир қарор намудани усулҳои нав ба бехтар шудани натиҷаҳои табобат ва паст шудани дараҷаи фавт мусоидат кардааст.

Қалимаҳои қалидӣ: гематомаи дохили қосаҳои сар, томографияи компютерӣ, марҳилаи клиникӣ.

УДК 616.24-002

doi: 10.52888/0514-2515-2022-355-4-76-82

В.И. Сахаров¹, П.И. Миронов¹, И.И. Лутфаракманов¹, Т.Ш. Икромов²

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ KLEBSIELLA PNEUMONIAE У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ»

²ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Сахаров Валерий Игоревич - аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ; Тел.: +79273419459; E-mail: valeriy-sakharov@mail.ru

Цель исследования. Сравнительная оценка течения тяжелой внебольничной пневмонии, вызванной *Kl.pneumoniae*, у пациентов с острым лимфобластным и миелобластным лейкозами.

Материалы и методы исследования. Дизайн - ретроспективное, одноцентровое, контролируемое, нерандомизированное. В разработку включены 40 больных. Они были разделены на 2 группы: пациенты с острым миелобластным лейкозом (22), летальность 59% (13 пациентов) и пациенты с острым лимфобластным лейкозом (18), летальность 38% (7 пациентов).

Результаты исследования и их обсуждение. Сочетание острого миелобластного лейкоза и тяжелой внебольничной пневмонии, вызванной *Kl.pneumoniae*, показала более высокую летальность, большую длительность респираторной поддержки, а также большую частоту вовлечения в инфекционный процесс органов и систем, чем при остром лимфобластном лейкозе.

Выводы. Развитие пневмонии, вызванной *Kl.pneumoniae* у больных острым миелобластным лейкозом характеризуется более тяжелым течением. Шкалы SOFA, APACHEII, PSI/PORT обладают ограниченной предсказательной способностью у пациентов с острыми лейкозами и тяжелой внебольничной пневмонией, вызванной *Kl.pneumoniae*

Ключевые слова: пневмония; лейкоз; *Kl.pneumoniae*; оценка тяжести; исход

V.I. Saharov, P.I. Mironov, I.I. Lutfarakhmanov, T. Sh. Ikromov

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA CAUSED BY KLEBSIELLA PNEUMONIAE IN PATIENTS WITH ACUTE LEUKEMIA

Bashkir State Medical University

Postgraduate Health Education Institute of Tajikistan

Valeriy Ig. Sakharov - Postgraduate student of the Department of Anesthesiology and Resuscitation with the course of IDPO of the Bashkir State Medical University; Tel.: +79273419459; E-mail: valeriy-sakharov@mail.ru