

Хамраев Н.Р., Раҳимбаева Г.С.

Тошкент тиббиёт академия

✓ *Резюме*

Ўтказилган БМШ болаларда турли невротик тенденцияли руҳий зўриқиш шаклланишига олиб келади, шикастланишнинг оғирлиги эса бу кўринишларнинг учраш частотасига таъсир кўрсатади. Шу билан бирга, Бундан ташқари, шикастланишнинг ҳар қандай оғирлиги невротик тенденциялар ва руҳий зўриқишнинг энг паст частотаси 3-7 ёшда болаларда, энг юқориси эса - 7-14 ёшли болаларда топилган.

ҲСнинг ўртача кўрсаткичларини таққослаш шуни, ўрта ва оғир БМШдан кейин болалар энгил БМШ ўтказган болалардаги ўхшаш параметрларга нисбатан барча ҳаётининг фаолиятида статистик ишончли ($p < 0,001$) паст ҲС кўрсаткичларига эга эканлигини кўрсатди, БМШнинг оғирлиги эса узоқ муддатли даврда ҳам болаларда ҲСнинг дастлабки ва охири даражасига албатта таъсир этади, бундан ташқари, жароҳатнинг оғирлигидан (ўрта ёки оғир) қатъи назар, 7-14 ёшли болаларнинг ҲС кичик ёшдаги (3-7 ёш) болаларнинг ҲСдан кўпроқ азият чекади.

Калит сўзлар: БМШ, ҳаёт сифати, болалар

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ МОЗГА

Хамраев Н.Р., Раҳимбаева Г.С.

Ташкентская Медицинская Академия

✓ *Резюме*

Перенесенная ЧМТ приводит к формированию различных невротических тенденций психическому напряжению у детей, а тяжесть травмы ожидаемо влияет на частоту встречаемости этих проявлений. Причем при любой тяжести травмы наименьшая частота невротических тенденций и психического напряжения констатируется у детей 3-7 лет, а наибольшая – у детей 7-14 лет.

Сравнение средних показателей КЖ показало, что дети после средней и тяжелой ЧМТ имеют статистически достоверные ($p < 0,001$) более низкие показатели КЖ по всем аспектам жизнедеятельности по сравнению с аналогичными параметрами детей, перенесших легкую ЧМТ, а тяжесть ЧМТ в обязательном порядке влияет на исходный и конечный уровень КЖ у детей даже в отдаленном периоде, причём КЖ детей 7-14 лет страдает больше, чем КЖ детей более младшего (3-7 лет), независимо от тяжести перенесённой травмы (средней или тяжелой).

Ключевые слова: ЧМТ, качество жизни, дети

DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH BRAIN TRAUMATIC DISEASE

Хамраев Н.Р., Раҳимбаева Г.С.

Tashkent Medical Academy

✓ *Resume*

Postponed TBI leads to the formation of various neurotic tendencies of mental stress in children, and the severity of the trauma, as expected, affects the frequency of occurrence of these manifestations. Moreover, with any severity of trauma, the lowest frequency of neurotic tendencies and mental stress is noted in children 3-7 years old, and the highest in children 7-14 years old.

Comparison of the average QOL indicators showed that children after moderate and severe TBI have statistically significant ($p < 0.001$) lower QOL indicators in all aspects of life compared to similar parameters of children who have undergone mild TBI, and the severity of TBI necessarily affects the initial and the final level of QoL in children even in the long-term period, and the QoL of children 7-14 years old suffers more than the QoL of younger children (3-7 years old), regardless of the severity of the trauma (moderate or severe).

Key words: TBI, quality of life, children

Долзарблиги

Бош мия шикастланиши (БМШ) замонавий тиббиётнинг энг жиддий муаммоларидан бири бўлиб, унинг долзарблиги шубҳасиздир. БМШ умумий таркибида болалар жароҳатланиши 21-75% ни ташкил этади. БМШ билан оғриган беморлар орасида ўғил / қизлар нисбати 2:1 дан 3:1 гача ўзгаради. Болаларда БМШ барча жароҳатлар орасида биринчи ўринда туради, унинг тарқалганлиги эса 1,2 дан 11,2% гачани ташкил қилади. Болалар БМШ таркибида энг катта улуш енгил жароҳатлар ҳисобига тўғри келади. Баъзи муаллифларнинг хабарларига кўра, БМШ бўлган болаларда ўлим кўрсаткичи 0,35 дан 38 гача% оралиқда кузатилади. Бундан ташқари, 90% ҳолларда, узоқ муддатли даврда БМШ ўтказган болаларда кўп ҳолларда вегетатив бузулишлар, жисмоний ва рухий ривожланишининг кечикиши юзага келиб, бу ижтимоий-педагогик дезадаптацияга олиб келади [1, 8, 9]. "Ҳаёт сифати" (ХС) атамаси халқаро қисқартмада - "QOL" (Quality of Life) бўлиб, оқилона ресурсларни тақсимлаш муаммоларини ҳал қилиш воситаси сифатида, хатарларни баҳолаш, давом эттириш, интенсивлаштириш, ва баъзи махсус ҳолатларда даволанишни тўхтатиш ёки уни камайтириш тобора кўпроқ эътироф этилмоқда [4, 5, 6].

ХС инсон ҳаётининг турли қирраларини қамраб олувчи тизимли ҳодиса эканлигига қарамай, бизни, аввало, бу тушунчанинг тиббий жиҳатлари, инсон саломатлиги билан боғлиқ барча нарсалар қизиқтиради. Шу мақсадда, Kaplan ва Bush 1982 йилда «health related quality of life» (соғлиқ билан боғлиқ ҳаёт сифати) атамасини таклиф этишди, бу ХСни тавсифловчи умумий тушунчасидан соғлиқ ҳолати, унга ғамхўрлик қилиш ва тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини параметрларни ажратиш имконини берди [2, 10].

Ҳар қандай тиббий аралашувнинг асосий мақсади ҳаёт сифатини яхшилашдир. У бир қанча аниқ вазифаларни ҳал этишда амалга оширилади: оғриқсизлантириш, вазифаларни тиклаш ва бошқалар. Беморлар касаллик аломатлари, жароҳатланиш оқибатлари ва бошқалар ҳақида қайғурганликлари учун тиббий ёрдам, тиббий эътибор ва ғамхўрликка муҳтождирлар. Шифокор уларнинг эҳтиёжларига мулоқот қилиш, ташхислаш,

даволаш, ҳамдардлик ва ўргатиш билан ўз жавоб беради. Ушбу фаолият беморнинг ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган [3].

ХС муаммоси тадқиқотчиларни ҳар бир инсоннинг индивидуал яхлитлигини тан олишга йўналтиради ҳамда инсон эҳтиёж ва манфаатларининг жамият ва илм-фан манфаатларидан устуворлигини илгари суради [5, 7].

Нафақат БМШдаги юқори ўлим ҳолати жароҳат оқибатларига қизиқиш ортишига сабаб бўлади, балки ҳаммани ҳам тирик қолганларнинг ҳаёт сифати қизиқтиради. Тиббий ёрдамнинг такомиллашуви БМШдан сўнг тирик қолишни ортишига олиб келди. БМШни бошдан ўтказган беморларда ХС бағишланган ишлар, асосан, вояга етган беморларга тааллуқлидир.

Тадқиқотнинг мақсади: травматик мия касаллиги билан оғриган болаларнинг ҳаёт сифатини PedsQL™4.0 сўровномаси ёрдамида реабилитация даволаш босқичларида текшириш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун 150 нафар болани кўриқдан ўтказдик, улардан 120 (асосий гуруҳ) нафари БМШ билан 2017 – 2019 йилларда РШТЁИМ Нейрохирургия бўлимида стационар даволанишган. Ҳаёт сифати ва ижтимоий мослашувни қиёсий таҳлил қилиш учун, назорат гуруҳи сифатида асосий гуруҳнинг жинси ва ёш мезонларига мос 30 та шартли соғлом бола текширилди.

1-жадвалдан кўриниб турибдики, тадқиқотимизда ўғил болаларнинг қизларга бўлган нисбати деярли 2:1 (1,93:1) бўлиб, у адабиётлардан олинган маълумотлар билан мос келади.

БМШнинг кечиши гуруҳларига кўра, ўғил болаларнинг қизларга нисбати ўзгариб турди, бу нисбатнинг энг кичик фарқи 1,44:1 бўлиб I гуруҳда топилди, II гуруҳда – 1,68:1 ва III гуруҳда энг юқори – 2,62:1 бўлди. Шундай қилиб, биз ишонч билан айтиш мумкинки, ўғил болаларда қизларга қараганда оғир БМШ 2,6 марта, енгил кечиши эса фақат 1,4 марта кўп учрайди.

Бизнинг тадқиқотимизда 3-7 ёшдаги беморлар сони 7-14 ва 14-18 ёшдаги беморлар 1:2 нисбат билан боғлиқ, 7-14 ва 14-18 ёшдаги беморлар сони тенг бўлди.

БМШ бўлган болаларнинг жинси ва ёши бўйича гуруҳларга тақсимланиши

Ёши	Жинси				Жами	
	Ўғил болалар		Қиз болалар			
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
3-7 ёш	17	14,17	7	5,83	24	20,00
7-14 ёш	32	26,67	16	13,33	48	40,00
14-18 ёш	30	25,00	18	15,00	48	40,00
Жами	79	65,8	41	34,2	120	100

Бирок, болалар сони барча ёш гуруҳларида оғирлик гуруҳи бўйича ўзгарувчан бўлди, лекин умумий нисбати статистик таққослаш имконини берди.

БМШ билан барча беморлар, 2002 йилда профессор Гаидар Б. В. ишлаб чиққан таснифига кўра, касаллик кечишининг оғирлик даражасига қараб куйида келтирилган гуруҳларга бўлинди.

I гуруҳга БМШ енгил кечиши билан 51 нафар бемор, жумладан 3 ёшдан 16 ёшгача бўлган (ўртача ёш $8,4 \pm 2,3$ ёш) 13 нафар (59,1%) ўғил болалар ва 9 нафар (40,9%) қизлар киритилди.

II гуруҳга БМШ ўрта оғирликда кечиши билан 22 нафар бемор, жумладан 4 ёшдан 16 ёшгача бўлган (ўртача ёш $9,6 \pm 2,1$ ёш) 32 нафар (62,75%) ўғил болалар ва 19 нафар (37,25%) қизлар киритилди.

III гуруҳга БМШ оғир кечиши билан 47 нафар бемор, жумладан 4 ёшдан 16 ёшгача бўлган (ўртача ёш $9,8 \pm 2,2$ ёш) 34 нафар (72,34%) ўғил болалар ва 13 нафар (27,66%) қизлар киритилди.

Тадқиқот бошида БМШ билан оғирган беморлар битта схема бўйича текширилди: болалар реаниматологи, нейрохирурги, жарроҳи, травматологи; бош суяги, бўйин, кўкрак, қорин, чанок ва зарур ҳолларда оёқ – қўлларнинг рентгенологик текшируви ўтказилди. Қорин ва кўкрак бўшлиқлари ультратовуш билан текширилди. Тадқиқотда иштирок этган беморларда калла суягидан ташқарида суякларда травматик жароҳатлар ҳамда кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланишлари аниқланмади.

Травматик мия касаллигининг болалар ва ўсмирларнинг ҳаёт сифатига таъсир этишини ҳисобга олган ҳолда, беморларимизнинг ХСни худди шу даврларда (БМШ дан 1 ва 4 ойдан кейин) болалар ва ўсмирларда руҳий зўриқиш ва невротик тенденцияларни скрининг-ташхислаш ва халқаро болаларнинг ҳаёт сифати сўровномаси Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQL™4.0 ёрдамида ўргандик.

Мия травматик касаллиги билан болалар ва ўсмирларнинг руҳий зўриқиш ва невротик тенденцияларини бирламчи ташхислашни яхшилаш мақсадида, биз Носачев Г.Н.нинг скрининг-тестини қўлладик. Тест саволлари болалар ёшига мослаштирилди, жавоблар тўққиз шкала бўйича тақсимланди, улар вегетатив дисфункциялар, астенизация, уйку бузилиши, иштаҳа бузилиши, депрессив спектрнинг намоён бўлиши, юқори асабийлашиш, фобия, патологик одатий ҳаракатлар, экстрапунитив агрессиянинг даражасини акс эттирувчи баллардан иборат.

Скрининг-тестда 3 ёки ундан ортиқ балл олинганда (ҳар бир ижобий жавоб учун 1 балл берилади), агар 1-4 шкала бўйича бўлса - болалар неврологи ёки психотерапевти билан ва 5-9 шкала бўйича бўлса - психотерапевт ёки болалар психиатрига маслаҳатлашиш учун мурожаат қилиш мақсадга мувофиқлигини кўрсатди.

Тадқиқот натижалари: I гуруҳ болаларида БМШдан 1 ой кейин энг характерли неврологик оғишлар вегетатив дисфункциялар (50%), уйку ва иштаҳанинг бузилиши 36,4%, астения эса 18,2% ҳолларда аниқланди. Бу гуруҳ болаларида депрессив бузилишлар, фобиялар, кўркувлар ва экатрапунитив агрессия каби жихатлар умуман учрамади. 4 ойдан кейин вегетатив дисфункциялар фақат 9,1% болаларда, уйку ва иштаҳа бузилиши 18,2% ва 13,6% мос ҳолларда ҳамда астения 22,7% болаларда аниқланди, барча ҳолларда, бу 7-14 ёшли болалар орасида кузатилди, эҳтимол, бу ҳолат мактабда стрессли шароитлар билан изоҳланиши мумкин, чунки тиббий нуқтаи назардан ҳам, ота-оналар ва болаларнинг сўзларидан ҳам бунга объектив сабаблар йўқ эди.

II гуруҳда эса ўз навбатида вегетатив дисфункциялар (76,5%), астения (58,8%), юқори асабийлашиш (54,9%), уйку бузилиши (49%) ва иштаҳа бузилиши (41,2%) ҳамда паст частота билан одатий ҳаракатлар (3,9%), депрессив бузилишлар ҳамда фобиялар/кўркувлар 2% болаларда кузатилди.

Фаол реабилитация охирида астения (68,8%) ва юкори асабийлашиш (62,7%) учраши частотаси ортди, депрессив бузилишлар ва фобия/кўрқувлар ғойиб бўлди, уйқу бузилиши учраши деярли ўзгармади, бошқа кўрсаткичлар учраши табиий равишда камайди.

III гуруҳда реабилитация бошланган вақтда бундай невротик тенденциялар ва рухий зўриқиш, кўл ва оёқларнинг совуқ қотиш хисси, уларнинг терлаш билан вегетатив дисфункциянинг учраши устунлик қилди.

Инжиқлик, тўсатдан тўшакдан туришда кўз олди қорайишига шикоят ва астения (87,2% ҳар бирида), асабийлашишнинг ортиши (78,7%), уйқу (59,6%) ва иштаҳа бузилиши (61,7%), депрессив бузилишлар ва одатий ҳаракатларнинг мавжудлиги (10,6% ҳар бирида), паст частота билан фобия/кўрқувлар (4,3%) ва бу болалар гуруҳида фақат 1 (2,1%) 9 ёшли болада экатрапунитив агрессия аниқланди.

Табиийки, ўтказилган БМШ болаларда асаб тизимининг турли невротик тенденциялари ва астенизациясига олиб келади ва жароҳатнинг оғирлиги бу кўринишларнинг учраш частотасига таъсир қилиши кутилади. Таъкидлаш жоизки, ҳар бир гуруҳда невротик тенденция ва рухий зўриқишнинг энг паст частотаси 3-7 ёшли болаларда, энг юқориси эса - 7-14 ёшли болаларда аниқланди.

Эҳтимол, бу мактабгача ёшдагиларга нисбатан катта ёшдагиларда катта ақлий нагрузка ва мия ҳамда нейронлар боғлиқлигининг тўлиқ шаклланмаганлиги туфайли эканлигини тахмин қилиш мумкин.

PedsQL™4.0 бўйича ХСни ўрганиш натижалари текширилган гуруҳларда ХСни субектив баҳолашдаги муҳим фарқларни кўрсатди. Мия травматик касаллиги билан оғирган барча ёшдаги болаларда II гуруҳда ҳамда III гуруҳда эса кўпроқ I гуруҳга нисбатан, югуриш, фаол ўйинларда иштирок этиш, бадантарбия қилиш, оғир нарска кўтариш, ўқиш, мактаб ҳаётида иштирок этиш (жисмоний фаолият) қийинроқ бўлганлиги аниқланди (7-14 ва 14-18 ёш гуруҳларида).

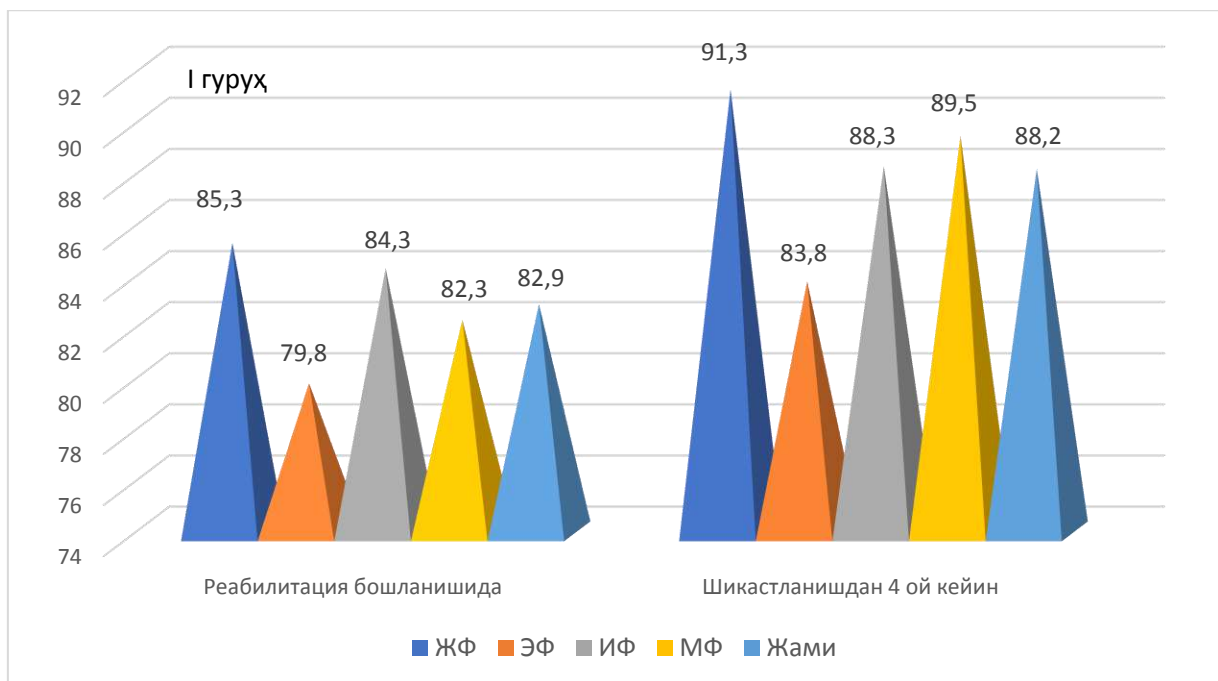
Бош мия жароҳатидан сўнг болалар ёшидан қатъий назар I гуруҳга нисбатан, кўрқув, ғазаб, хафагарчилик ёки қайғу, нотинч уйқу ҳис-туйғуларини (хиссий фаолият) бошдан кечириши ишончли даражада кўпроқ бўлди.

Мактаб даврига хос олий билиш фаолияти, фаолияти ва мулоқот доирасини кенгайтиши,

янги эҳтиёжлар, мотивлар ва қизиқишларнинг пайдо бўлиши ижтимоий фаолият туфайли шаклланади. БМШдан кейин болаларда I гуруҳга нисбатан ўйин фаолияти давомида, мулоқот вақтида қийинчиликларга дуч келганлиги қайд этилди. Болаларда тенгдошлари билан мулоқот қилиш, ижтимоий мослашиш қобилияти ролли фаолият билан таъминланади.

Мия жароҳатидан сўнг мактаб ва бошқа таълим муассасаларида тез-тез (баъзан узоқ муддат) машғулотларни қолдириш, айниса, III гуруҳ болаларида ижтимоий дезадаптациянинг тўпланишига имкон беради. Олинган маълумотлар таҳлил қилганда, ёшидан қатъий назар, III гуруҳ болалари II гуруҳга нисбатан, I гуруҳга эса нисбатан кўпроқ мактабдаги вазифаларни бажаришда қийинчиликларни бошдан кечиришган, соғлиғи ёмонлиги ёки шифокорга ташриф буюриш зарурати туфайли машғулотларни ўтказиб юборишганлиги аниқланди. Болаларнинг II ва III гуруҳларида ХСнинг шкала саволномасининг ўртача кўрсаткичларини таққослаш, оғир БМШ билан 7-14 ёшли болаларда I гуруҳга нисбатан барча ҳаётий фаолиятида статистик ишончли ($p < 0,001$) паст ХС кўрсаткичларига эга эканлигини кўрсатди. Болаларнинг 14-18 ёшли III гуруҳида ХСнинг шкала саволномасининг ўртача кўрсаткичларини таққослаш, I гуруҳ болаларнинг ўхшаш параметрларига нисбатан барча ҳаётий фаолиятида статистик ишончли ($p < 0,001$) паст ХС кўрсаткичларига эга эканлигини кўрсатди.

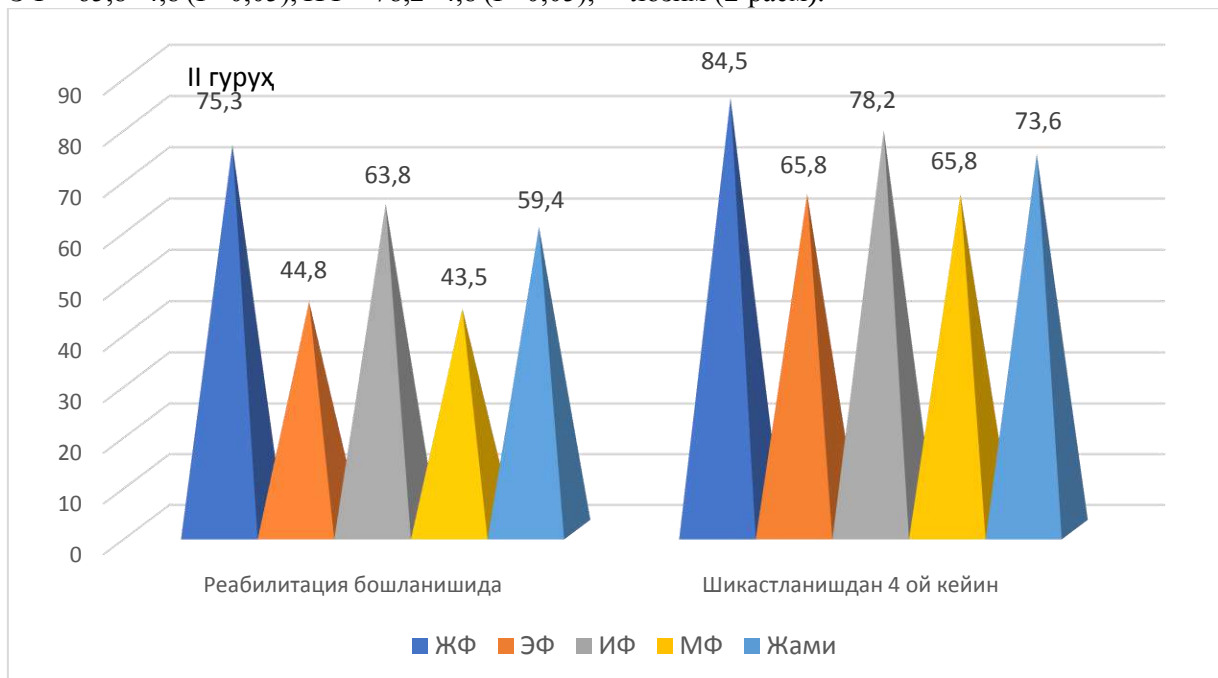
ХС таҳлил қилганда, ХС динамикасини баҳолаш мақсадида ҳар бир бола билан, бош жароҳатидан 1 ва 4 ой ўтгач, суҳбат ўтказилди. Барча шкалалар бўйича II ва III гуруҳ болалари ўртасида I гуруҳ болаларига нисбатан БМШ дан 1 ой кейин ҳам, 4 ой кейин ҳам ўртача ХС кўрсаткичларидан статистик жиҳатдан ишончли ($p < 0,05$) фарқлар олинди. Шундай қилиб, БМШдан 1 ой кейин I гуруҳда шкалалар бўйича фарқлар ЖФ $85,3 \pm 6,3$, ЭФ – $79,8 \pm 5,4$, ИФ – $84,3 \pm 7,8$, МФ – $82,3 \pm 7,5$ ва сўровнома бўйича ўртача балл – $82,9 \pm 6,2$, 4 ойдан сўнг – ЖФ $91,3 \pm 5,3$ ($P < 0,05$), ЭФ – $83,8 \pm 6,1$ ($P < 0,05$), ИФ – $88,3 \pm 6,4$, МФ – $89,5 \pm 5,5$ ва сўровнома бўйича ўртача балл – $88,2 \pm 5,2$ ташкил этди, яъни ХСни меъёр ҳолатга яқин бўлгани ва унинг юкори даражада яхшиланиб бориши яққол кўзга ташланди (1-расм).



1-расм. Реабилитация жараёнида енгил БМШ бўлган болалар орасида ҳаёт сифати динамикаси

Шу билан бирга, БМШдан 1 ой кейин II гуруҳда шкалалар бўйича фарқлар ЖФ $75,3 \pm 4,9$, ЭФ – $44,8 \pm 6,3$, ИФ – $63,8 \pm 5,6$, МФ – $43,5 \pm 6,2$ ва сўровнома бўйича ўртача балл – $59,4 \pm 3,9$, 4 ойдан сўнг - ЖФ $84,5 \pm 5,8$ ($P < 0,05$), ЭФ – $65,8 \pm 4,8$ ($P < 0,05$), ИФ – $78,2 \pm 4,8$ ($P < 0,05$),

МФ – $65,8 \pm 5,2$ ($P < 0,05$) ва сўровнома бўйича ўртача балл – $73,6 \pm 4,2$ ($P < 0,05$) ташкил этди, бу аниқ I гуруҳдаги шунга ўхшаш кўрсаткичлардан анча паст, бироқ фаол реабилитация натижасида статистик жиҳатдан ишончли фарқни қайд этилганини таъкидлаш лозим (2-расм).

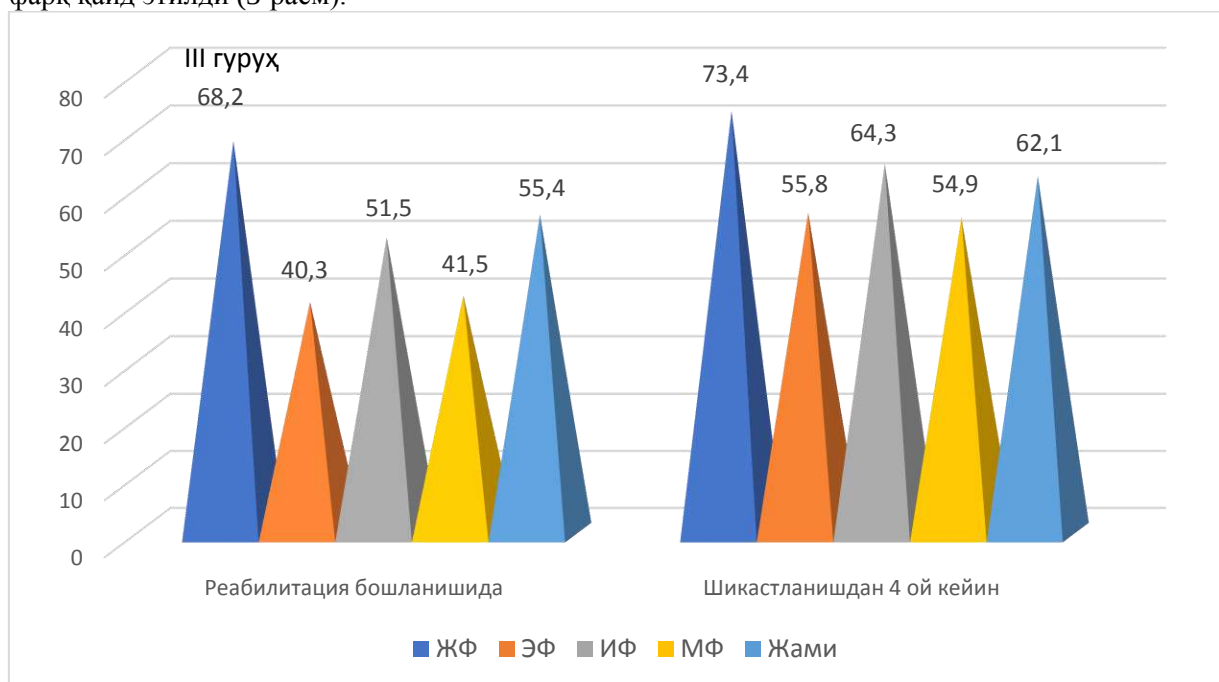


2-расм. Реабилитация жараёнида ўрта оғир БМШ бўлган болалар ўртасида ҳаёт сифати динамикаси

III гуруҳда эса БМШдан 1 ой кейин шкалалар бўйича фарқлар ЖФ $68,2 \pm 6,1$, ЭФ – $40,3 \pm 5,6$, ИФ – $51,5 \pm 6,2$, МФ – $41,5 \pm 5,1$ ва сўровнома бўйича ўртача балл – $55,4 \pm 4,2$, 4 ойдан сўнг - ЖФ $73,4 \pm 4,1$ ($P < 0,05$), ЭФ –

$55,8 \pm 5,1$ ($P < 0,05$), ИФ – $64,3 \pm 4,9$ ($P < 0,05$), МФ – $54,9 \pm 5,3$ ($P < 0,05$) ва сўровнома бўйича ўртача балл – $62,1 \pm 5,1$ ($P < 0,05$) ташкил этди, бу ҳар иккала тадқиқот муддатида I ва II гуруҳлардаги ўхшаш кўрсаткичлардан аниқ

анча паст, лекин фаол реабилитация натижасида статистик жиҳатдан ишончли фарқ кайд этилди (3-расм).



3-расм. Реабилитация жараёнида оғир БМШ бўлган болалар ўртасида ҳаёт сифати динамикаси

Шундай қилиб, барча ёш тоифаларида PedsQL™4.0 сўровномасининг ота-она ва бола шакллари тўлдириш натижаларига кўра, ўртача ХС кўрсаткичларининг сўровнома шкаллари бўйича таққосланиши, ўрта ва оғир БМШ билан болалар энгил БМШ бўлган болаларнинг ўхшаш параметрларига нисбатан барча ҳаётини фаолиятида статистик ишончли ($p < 0,001$) паст ХС кўрсаткичларига эга эканлигини кўрсатди.

Бундан ташқари, 7-14 ёшли болаларнинг ХС жароҳатнинг оғирлигидан (ўрта ёки оғир) қатъи назар, кичик ёш (3-7 ёш) ва ундан катта (14-18 ёш) ёшдаги болаларнинг ХСдан кўра кўпроқ азият чекади. Фаолият кўрсатишнинг барча шкаллари бўйича 3-7 ёшдаги болалар катта ёшдаги болаларга нисбатан статистик жиҳатдан анча юқори ХС кўрсаткичларига эга эканлиги аниқланди.

Бундан шундай хулоса қилиш мумкинки, ХС сўровномалари БМШнинг ҳар қандай оғирлик даражаси бўлган болаларда реабилитациянинг самарадорлигини баҳолашга ёрдам беради, аммо БМШнинг оғирлик даражаси узок муддатли даврда ҳам болаларда ХСнинг дастлабки ва охириги натижасига албатта таъсир этади.

Олинган тадқиқот натижалари энгил БМШ бўлган болаларга нисбатан ўрта ва оғир БМШ бўлган болалар гуруҳларида ХС кўрсаткичларидаги фарқларни аниқлади. Касал болаларнинг ХС кўрсаткичлари ва уларнинг ота-оналари фикрларини таққослаш касалликнинг

ХСга таъсири ҳақидаги мулоҳазаларда сезиларли тафовутни кўрсатди. Оғир БМШ кейин мия травматик касаллиги бўлган болаларда ҳатто фаол реабилитация даври тугаганидан сўнг ҳам паст ХС кўрсаткичлари бардавом бўлади.

Хулоса

1. Ўтказилган БМШ болаларда турли невротик тенденцияли руҳий зўриқиш шаклланишига олиб келади, шикастланишнинг оғирлиги эса бу кўринишларнинг учраш частотасига таъсир кўрсатади. Шу билан бирга, Бундан ташқари, шикастланишнинг ҳар қандай оғирлиги невротик тенденциялар ва руҳий зўриқишнинг энг паст частотаси 3-7 ёшда болаларда, энг юқориси эса - 7-14 ёшли болаларда топилган.

2. ХСнинг ўртача кўрсаткичларини таққослаш шуни, ўрта ва оғир БМШдан кейин болалар энгил БМШ ўтказган болалардаги ўхшаш параметрларга нисбатан барча ҳаётини фаолиятида статистик ишончли ($p < 0,001$) паст ХС кўрсаткичларига эга эканлигини кўрсатди, БМШнинг оғирлиги эса узок муддатли даврда ҳам болаларда ХСнинг дастлабки ва охириги даражасига албатта таъсир этади, бундан ташқари, жароҳатнинг оғирлигидан (ўрта ёки оғир) қатъи назар, 7-14 ёшли болаларнинг ХС кичик ёшдаги (3-7 ёш) болаларнинг ХСдан кўпроқ азият чекади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Zavadenko N.N., Nesterovskiy Yu.Ye. Kognitivnyye i paroksizmal'nyye rasstroystva v otdalennom periode cherepno-mozgovoy travmy u detey i podrostkov. // Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S.Korakova. 2019; №1(119) - s.110-117.
2. Breder V.V. Kachestvo zhizni, obuslovlennoye zdorov'yem. Izucheniye kachestva zhizni v onkologii // Problemy standartizatsii v zdravookhranении.- 2009. - №3. - S.48-52.
3. Dmitriyeva Ye.V. Sotsiologiya zdorov'ya: metodologicheskiye podkhody i kommunikatsionnyye programmy. - M: Izdatel'stvo «TSENTR», 2012. - 223.s.
4. Zholdasbekova A.S., Kalmatayeva ZH.A. Sovremennyye podkhody k izucheniyu kachestva zhizni v meditsine i kardiologii (literaturnyy obzor). // Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta – Almaty, 2016, – №3. – S. 246-251.
5. Petrov V.I., Sedova N.N. Kachestvo zhizni i zdorov'ye. Zdorov'ye cheloveka: sotsiogumanitarnyye i mediko-biologicheskiye aspekty // Sbornik statey. - M.: Institut cheloveka, 2013. - S. 71-77.
6. Sizova L.V. Otsenka kachestva zhizni v sovremennoy meditsine // Nauchno-prakticheskaya revmatologiya – 2003. – № 2. – S. 38-46.;
7. Sokolova V.V. Kachestvo zhizni bol'nykh posle korrektsii nekotorykh vrozhdennykh porokov serdtsa: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M.: 2006. – 24s.
8. Lerner J.T., Giza C.C. Traumatic brain injury in Children / 2015/ <https://clinicalgate.com/traumatic-brain-injury-in-children/>
9. McCauley S.R., Wilde E.A., Anderson V.A. et al. Recommendations for the use of common outcome measures in pediatric traumatic brain injury research. Journal of Neurotrauma. 2012; 29(4):678-705.
10. Report to Congress: The Management of Traumatic Brain Injury in Children (2018). National Center for Injury Prevention and Control; Division of Unintentional Injury Prevention. Atlanta, GA. 2018. 90 p.

Қабул қилинган сана 09.11.2021