



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12(50)2022

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 616-053.3(075.8)

ГЎДАК ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ИНТРАКРАНИАЛ ҚОН ҚУЙИЛИШЛАРНИНГ КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК ПАТТЕРНЛАРИ

Саидазизова Ш.Х.

Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент, Ўзбекистон

✓ Резюме

Муалифлар томонидан, чақалоқларда интракраниал қон қуйилишларнинг клиник ва нейросонографик кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиш гўдак ёшдаги болаларда қон қуйилиш вақтига оид баъзи хусусиятлар мавжудлигини аниқлади, бу энг катта хавфликнинг "ёши" ни қайд этиш, яъни, қон қуйилишининг ўртача $36,28 \pm 9,85$ кун ичида амалга ошириш имконини берди ($p < 0,001$). Бу шубҳасиз, бир қатор хавф омиллари бўлган болаларнинг масаласида хушёрликни ва динамик мониторингини талаб қилади. Бундан ташқари, қон қуйилишини ташхислаш амалга ошириш таҳлили шуни кўрсатдики, эрта ҳомиладорлик ёши ҳар доим ҳам қон қуйилиш хавфи эмас, чунки уни амалга оширилиши учун бир нечта омилларнинг комбинацияси мавжуд бўлиши керак.

Гўдакларда қон қуйилишининг сигнал клиник белгилари ўзига хослиги билан фарқ қилмайди, асосан умумневрологик белгилар билан кечади. Қачонки клиник белгилар оғир кўринишда бўлса (15%) НСГда эса ўзгаришлар яққол кўриниш бермаса (27%), радиологик диагностика усулларида (КТ, МРТ) фойдаланган ҳолда (неврологик ҳолатнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда) батафсилроқ текширув ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Калит сўзлар: гўдак ёшдаги болаларда интракраниал қон қуйилишларнинг клиник-неврологик паттернлари, қон қуйилишларнинг клиник ва нейросонографик кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиши.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Саидазизова Ш.Х.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент,
Узбекистан

✓ Резюме

Проведенный авторами сравнительный анализ клинко-нейросонографических показателей внутричерепных кровоизлияний у детей раннего возраста выявил наличие некоторых особенностей в отношении сроков кровоизлияния у детей раннего возраста, отметив «возраст» наибольшего риска, то есть в среднем $36,28 \pm 9,85$ дней кровоизлияния разрешено к выполнению в течение ($p < 0,001$). Это, безусловно, требует бдительности и динамического наблюдения в случае детей с рядом факторов риска. Кроме того, анализ выполнения диагностики кровотечения показал, что ранний срок гестации не всегда является риском кровотечения, поскольку для его проведения необходимо наличие совокупности нескольких факторов.

Сигнальные клинические признаки кровоизлияния у детей раннего возраста не отличаются своей специфичностью, в основном они сопровождаются общеневрологической симптоматикой. При выраженной клинической картине (15%) и отсутствии выраженных изменений в НСГ (27%) целесообразно проведение более

детального обследования с использованием рентгенологических методов диагностики (КТ, МРТ) (с учетом тяжести неврологического состояния).

Ключевые слова: клинико-неврологическая картина внутричерепных кровоизлияний у детей раннего возраста, сравнительный анализ клинических и нейросонографических показателей кровоизлияний.

CLINICAL AND NEUROLOGICAL PICTURE OF INTRACRANIAL HEMORRHAGES IN INFANT CHILDREN

Saidazizova Sh.Kh.

Center for the development of professional qualifications of medical Workers, Tashkent, O'zbekiston

✓ Resume

By the authors, a comparative analysis of clinical and neurosonographic indicators of intracranial hemorrhages in infants revealed that there are some features regarding the time of hemorrhage in infants, noting the "age" of the greatest risk, that is, the average of 36.28 ± 9.85 days of hemorrhage allowed to implement within ($p < 0.001$). This, of course, requires vigilance and dynamic monitoring in the case of children with a number of risk factors. In addition, the analysis of the implementation of the diagnosis of bleeding showed that early gestational age is not always a risk of bleeding, because a combination of several factors must be present for its implementation. Signal clinical signs of hemorrhage in infants do not differ in their specificity, they are mainly accompanied by general neurological symptoms. When clinical signs are severe (15%) and changes are not evident in NSG (27%), it is advisable to conduct a more detailed examination using radiological diagnostic methods (CT, MRI) (taking into account the severity of the neurological condition).

Keywords: clinical-neurological patterns of intracranial hemorrhages in infants, comparative analysis of clinical and neurosonographic indicators of hemorrhages.

Долзарблиги

Эрта болалик даври, хусусан, гўдаклик даври, боланинг келажакдаги саломатлиги нуқтаи назаридан энг хавфли ҳисобланади. Боланинг етилиб туғилганлиги, гестацион ёши, туғруқ жараённинг кечиши ва онасининг саломатлигини ҳолати аҳамиятга эгадир. Албатта, бола туғилгач ривожланиш босқичлари, миелинизация жараёнлари, боланинг ўсиш шароитлари муҳим бўлиб қолмоқда. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, 3 ёшдан кейин тана аъзолари, тўқималарининг тузилиши катталарниқига яқинлашади, шунинг учун ҳаётнинг биринчи йилида боланинг ривожланишининг асосий жиҳатларини батафсил ўрганиш асосий вазифалардан биридир [1,2].

Бош мия қоринчаларига қон қуйилиши (БМКҚК) қон қуйилишлар неонатологияда, болалар неврологиясида долзарб муаммо бўлиб келмоқда. Бу ҳолатлар турли таҳлил қилинади ва айрим ҳолларда полипрагмазияларга олиб келади. Россиялик олимлар томонидан ўтказилган тадқиқотларга кўра, эрта туғилган болаларда БМКҚК ҳолатлари 100 туғилиш учун 60 дан 90 тагача ўзгариб туради. (Володин Н. Н., 2015), чет эл тадқиқотлари натижасида эса – 20 дан то 45 ҳолатларда (Б.М. Глухов, Ш.А. Булекбаева, 2014) [9]. Ушбу патологиянинг юқори частотаси билан бир қаторда, болалар неврологлари БМКҚК билан боғлиқ бўлган чақалоқлар ўлими ва ногиронликнинг юқори сонидан ҳам хавотирда (Петрухин А.С., 2012; Виноградова И.В., 2013; Баллабаҳ П., 2014;). Шу ҳолатларга аниқлик киритиш, уларни қанчалик хавфли ёки ҳафсизлигини аниқлаш шифокорларнинг асосий муаммолари бўлиб келмоқда. Албатта, интравентрикуляр қон қуйилишлар (ҚИҚК) аввалига фақатгина чала туғилган болаларга хослигини Пальчик А.Б., 2013 [10] ўз монография ва мақолаларида айтиб кетар эди, аммо ҳозирда амалиётда биз кўриб турганимиздек, бу ҳолатлар ўз муддатида туғилган чақалоқларда ҳам учраб туради, яъни бу ҳолат ҳақиқатдан ҳам ўз изоҳини топиши керак.

Қоринчалар ичига қон қуйилишлар (ҚИҚК) Ж.Х.Менкес ва бошқалар таснифига кўра фаркланади (2006) ва шу билан бир қаторда таснифда келтирилган ҳолатлар даражасига қараб ўзига яраша ёндошувларни талаб қилади. Албатта қон қуйилиш ҳолатларини даражасини

аниқлаш учун албатта нейросонографик ва клиник кўрсаткичларини мавжудлиги асос бўлиб қолмоқда. Шундай қилиб, 1-чи даражали интравентрикуляр қон қуйилишларда (ҚИҚҚ) қон қуйилиш жараёни фақат қоринчалар девори билан чегараланади, уларнинг бўшлиғига қон ўтмайди ва бундай ҳолатларда клиник белгилар амалда деярли учрамайди ва бу ҳолат асосан нейросонографик текширувларда аниқланади. 2-чи даражали интравентрикуляр қон қуйилишларда (ҚИҚҚ) - қоринча бўшлиғига қон кириб бориши билан фарқланади. Шунда ота-оналарнинг шикоятлари пайдо бўлиши мумкин ва болада неврологик етишмовчилик белгилари мавжуд бўла бошлайди. Лекин бу ҳолатларда, умумий қилиб олганда, ликвородинамик бузилишлар кузатилмайди ва даволаш режалари албатта асосан клиник белгиларининг динамикасига қараб танланади. 3-чи даражали интравентрикуляр қон қуйилишларда (ҚИҚҚ) - қоринчалар бўшлиғига қон кириб боради, бош мия қон томирларида қон айланишининг бузилиши ҳам содир бўлади. Бу ҳолат мия қоринчаларида суюқликнинг ортиқча тўпланишига олиб келади, сўнгра қоринчаларда ва ликвор йўлларида кенгайиш кузатилади, бу эса иккиламчи гидроцефалия ривожланиши билан мураккаблашиши мумкин.

4-чи даражали интравентрикуляр қон қуйилишларда (ҚИҚҚ) қоннинг бош мия тўқималарига тўғридан-тўғри кириб бориши кузатилади [3]. Бу клиник жиҳатдан оғир ҳолат бўлиб неврологик ва соматик белгилар мавжуд бўлиб, боланинг умумий ҳолати оғир бўлади. Бундай жараён албатта ўлим ва ногиронлик нуқтаи назаридан хавф туғдиради. Аммо шу билан бирга, шунга таъкидлаш керакки, клиник белгилар ва нейросонографик ўзгаришлар бир бирига қарши чиқиши ҳам мумкин. Бунда албатта шифокор томондан баҳолаш мезонлари “стигматизация” ҳолатини чақириши мумкин. Яъни, клиник ва нейросонографик белгилар бир бирига қарши чиқиб полипрагмазияни чақириши мумкин. Сабаблари: 1) нотўғри ташхис қўйилишини чақиради; 2) тез ривожланаётган марказий асаб тизимининг компенсацион имкониятларини амалга ошириш механизмларини ишга тушириш. Тўғри белгиланган устуворликлар бўлса, ўз вақтида ва адекват ёндашувда компенсация қобилиятларини амалга оширишга ёрдам беради ва ҳатто неврологик функцияларни жуда баҳолатга этмаган болаларда қисман ёки тўлиқ тиклашга ёрдам беради.

Неонатал даврда мианинг ўзини ўзи ҳимоя қилиш ҳодисаларига қуйидагилар кириди: мия қон оқимининг авторегуляцияси ва қонни қайта тақсимлаш; ривожланаётган мианинг нейропластиклиги - реиннервация, метаболик эҳтиёжларнинг пасайиши ва мианинг метаболик фаоллиги; гипоксияни бошдан кечирган нерв хужайраларининг кейинги фаолияти қобилиятини сақлаб қолишидир. Эрта ташхис қўйиш ва репаратив жараёнларни фаоллаштиришга қаратилган ўз вақтида даволаш билан шикастланган мия учун компенсация заҳиралари энг юқори ҳисобланади [3-5]. Бугунги кунга келиб, рентген краниографияси (чақалоқлар неврологиясида камдан-кам қўлланиладиган бўлса-да), вентрикулография (асосан, бу усул нейрохирургия шароитида қўлланилади), ангиография (аниқ фарқлашни талаб қиладиган оғир ҳолатларда), нейросонография (НСГ энг тез-тез учрайдиган) каби диагностика усуллари, баъзан асосиз диагностика усули, кенг оммалаштириш билан, турли патологик жараёнларни ўз вақтида ташхислаш имконини берувчи компьютер томографияси, магнит-резонанс томографияси қўлланилади.

Неонатал геморрагик қон қуйилиш ҳолатлари ҳам муддатидан олдин туғилган, ҳам вақтида туғилган беморларда кузатилади. Эрта туғилган чақалоқларда асосан герминал матрица ва қоринчаларда қон кетиши кузатилади. Бирок, муддатида туғилган беморларда гипоксик-ишемик энцефалопатиялар кўпроқ аниқланади, уларнинг асорати ёки натижаси интракраниал қон кетишларидир [6].

Қон томир жароҳатларини визуализация қилиш учун неврологнинг мунтазам амалиётида қўлланиладиган энг асосийлари нейросонография (НСГ), компьютер томографияси (КТ) ва магнит-резонанс томографиясидир (МРТ). Шунга таъкидлаш керакки, ультратовуш диагностика аппаратининг техник параметрлари, мутахассиснинг тажрибаси ва малакаси туфайли имкониятлари ҳисобга олинмайди; нейросонографик текширувнинг субъективлиги истисно қилинмайди, булар эса ташхисни изоҳлаш ва шакллантиришда ноаниқликларни келтириб чиқаради [7].

Илмий тадқиқотлар шунга кўрсатдики, неонатал даврнинг охирига келиб, янги туғилган чақалоқларнинг деярли 20 фоизда мианинг ишемик-геморрагик шикастланиши билан инструментал текширув маълумотлари нормал чегараларда эди. Шу муносабат билан, неонатал

даврда мия шикастланишининг юзага келиши учун хавф омилларини таҳлил қилиш, шунингдек, янги туғилган чақалоқларда мияни ўз вақтида динамик инструментал текширувларни ўтказиш муҳим амалий аҳамиятга эга [8].

Ушбу ишнинг мақсади: гўдак ёшдаги болаларда интравентрикуляр қон кетишининг клиник ва нейросонографик кўрсаткичларининг маълумотларини солиштириш.

Материал ва методлар

Иزلаниш Тошкент шаҳар 1-сонли болалар шифохонаси реанимация бўлими қошида, Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий марказининг болалар нейрохирургияси ва интенсив терапия бўлимида олиб борилди. 2020-2022 йиллар давомида тадқиқотнинг клиник қисмида 1-сонли Шаҳар болалар клиник шифохонасининг реанимация бўлимида 68 бемор иштирок этди (интравентрикуляр қон қуйилиш ҳолатлари). Жинслар нисбати: ўғил болалар 69,1% (47 бола) ва 30,9% кизлар (21 бола) (1-жадвал). Кузатилган беморларнинг ёши: туғилган кундан бошлаб 2 ойлик даврига қадар (қон қуйилиш вақтидаги ўртача ёши $36,28 \pm 9,85$ кун). Ота-оналардан ёзма равишда розилик хати олиниб, ота-оналар томонидан келтирилган шикоятлар, анамнестик маълумотлар баҳоланган. Анамнезни йиғишда анъанавий анамнестик маълумотларга эътибор берилди, масалан: акушерлик тарихи, туғилиш ҳолати, ирсий мойиллик, боланинг ривожланиш босқичлари ва бошқалар. Неврологик ҳолатни ўрганишда кўпроқ эътибор интракраниал қон қуйилишларга, уларнинг биринчи аломатлари, умумсоматик, умумневрологик ва ўчоқли белгиларни ривожланиши, боланинг ҳуши даражасига қаратилган. Неврологик ҳолатни ўрганиш классик усулда олиб борилди. Шунда боланинг ҳуши, мия ва менингеал симптомларни мавжудлиги, бош мия жуфт нервларнинг ҳолати, юқори кортикал функцияларнинг баҳолашни ўз ичига олади. Диагностик текширув интракраниал қон қуйилишнинг дастлабки 24 соатидаги нейросонографик (НСГ) ўзгаришларни ўз ичига олади. Интракраниал мия қон қуйилишлар таххислаш учун стандарт асептик ва антисептик қодаларга риоя қилган ҳолда, иккита сенсорли (5 МГц ва 3,5 МГц) Алока ССД-1400 ультратовуш аппаратида нейросонография қўлланилди. [9]. Биз КТ ва МРТ маълумотларидан фойдалана олмадик, чунки бу текширувлар касалликнинг ўткир даврида бемор учун ҳар доим ҳам амалга ошириш имкониятини бермайди.

Тадқиқот олиб боришнинг асосий мезонлари қуйидагилардан иборат эди: нейровизуализация орқали тасдиқланган интракраниал қон қуйилиши (неонатал, эрта болалик геморрагик қон қуйилиши ва ИВХ) бўлган, РИТБда стационар бўлимларида даволанаётган, туғилгандан 2 ойгача бўлган беморлар. Барча ота-оналар тадқиқотда қатнашиш учун ёзма равишда хабардор қилинган розилик бердилар.

Чеклаш мезонлари қуйидагилардан иборат эди: 2 ойликдан юқори ёшда бўлган беморлар, ўткир ишемик инсультни бошдан кечирган, беморнинг ота-онасининг клиник синовда иштирок этиш учун ёзма розилиги йўқлиги.

Статистик таҳлил. Microsoft Excel 2013 ва SPSS 19 (IBM, АҚШ) ёрдамида амалга оширилди. Ишда тавсифловчи статистика усулидан фойдаланилган. Барча маълумотлар ўртача (M) ва ўртача стандарт хато ($\pm m$) сифатида тақдим этилади. Натижаларни таҳлил қилишда $P < 0,05$ қийматлари статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланади.

Натижа ва таҳлиллар

Интракраниал қон қуйилишлар билан оғриган 68 нафар болани ўрганиш натижаларига кўра, касалларнинг ўртача ёши $36,28 \pm 9,85$ кун ($p < 0,001$) эканлиги маълум бўлди. Беморларни жинси бўйича тақсимлаганда, текширилганлар орасида - 47 (69,1%) ўғил ва 21 (30,9%) киз болаларни ташкил этди, бу адабиётларда ҳам қайд этилган [5] ўғил болаларда кенг тарқалишини кўрсатади (1-жадвал).

Интракраниал қон қуйилишларнинг хавф омилларига келсак, шуни таъкидлаш керакки, бизнинг тадқиқотимизда биз уларни она ва ҳомила хавф омилларига ажратдик. Шундай қилиб, она томонидан тез туғилиш 20(29,4%), узоқ давом этган туғруқ - 30(44,1%), қоғоноқ сувнинг эрта кетиши 14(20,5%), ҳомиладорлик пайтида ўткир респиратор инфекция (ЎРИ) 15(22%), камқонлик 37(54,4%), интракраниал қон қуйилишлар билан оғриган беморларнинг 32(47%) оналарида ҳомиладорлик даврида тиббий дори воситаларни истеъмол қилиши кузатилган. Кузатишларимизда ҳомиланинг

туғилишдаги ҳолати ҳам муҳим ўрин эгаллайди. Йиғилган анамнезига кўра, беморларнинг кўпчилиги туғилиш даврида қониқарли ҳолатда бўлганлиги қайд этилди ва бу ҳолат 37 нафар гўдакда (54,4%) аниқланди.

Жадвал №1

Беморларнинг жинси ва ёшига қараб тақсимланиши

Маълумотлар	Сони	%
Жинси		
ўғил болалар	47	69,1%
қизлар	21	30,9%
Қон қуйилган куни (қун, М, СД)	36,28±9,85	
Хавф омиллари		
Онанинг хавф омиллари:		
Туғруқ давр патологияси *:	52	76,5%
Тез туғруқ	20	29,4%
Чўзилган туғруқ	30	44,1%
	14	20,5%
Қоғоноқ сувни эрта кетиши	15	22%
Ҳомиладорлик даврида ЎРИ	37	54,4%
Камқонлик	32	47%
Ҳомиладорлик пайтида дори-воситаларни қабул қилиш		
Ҳомила омиллари:		
Туғилиш ҳолати:		
Яхши	18	26,4%
Қониқарли	37	54,4%
Оғир	13	19,1%
Гестацион ёши (ҳафта):		
28-37	20	29,4%
38-40	44	64,7%
41<	4	5,8%
Туғилганидаги вазни:		
< 2500 гр	6/68	8,8%
> 4000 гр.	2/68	2,9%

*Изоҳ

Агар биз боланинг туғилиш ҳолатига эътибор қаратадиган бўлсак, шуни таъкидлаш керакки, аксарият ҳолларда боланинг аҳволи (54,4%) қониқарли деб баҳоланган.

Жадвал №2

Болаларда интракраниал қон қуйилишининг клиник ва неврологик белгилари

Кўрсаткичлар	Н=68	%
Мия белгилари:		
Безовталиқ	61	89,7
Эмишдан бош тортиш	51	75,0
Қусиш	39	57,4
Доимий йиғлаш	33	48,5
Ўчоқли неврологик белгилар		
Ҳаракат бузилишлари:		
Гемипарез	13	19,1
тетрапарез	24	35,3
Патологик рефлекслар	27	39,7
Ҳуружлар	26	38,2

Қон қуйилишларнинг бошланғич сигнал клиник белгилари ўзига хослиги билан фарқ қилмади. Ушбу ҳолатда доминант бўлиб турган белгилар: безовталиқ 61(89,7%); эмишдан бош тортиш 51(75%); қусиш 39(57,4%); доимий йиғлаш 33(48,5%) кузатилган. (2-жадвал)

Ўчоқли неврологик белгилар 24(35,3%) беморда шаклланган тетрапарез, 13(19,1%) ҳолатда гемипарез, 27(39,7%) беморда патологик рефлекслар ва 26(38,2%) болаларда талваса хуружлари аниқланган. Биз беморларнинг хуш даражасини аниқладик, бу кома-1, ступор ва ступор даражаси (мос равишда 27,9%, 23,5%, 22,1%) билан ифодаланган.

Таблица №3

Текширилаётган беморларда хушни бузилиш даражаси

Хуш даражаси	н=68	%
Ступор	15	22,1
Сопор	16	23,5
Кома-1	19	27,9
Кома-II	14	20,6
Кома-III	4	5,9

Хушнинг бузилиши қанчалик оғир бўлса, беморларда шунга мос равишда ўлимга олиб келадиган натижа шунчалик юқори бўлади. Кома-III 4 (5,9%) ҳолатда қайд этилган бўлиб, улар 7-10 кун давомида уйда даволангандан сўнг, беморнинг аҳволи шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш босқичига келган пайтдан бошлаб жуда оғир бўлган, бу ҳолатларда жуда кеч даволаниш бошланган ва ҳолатини оғирлашишига ҳам сабаб бўлиб қолган деб билдик. (3-жадвал).

Ўтказилган нейросонографик текширув куйидаги жадвалда (№ 4) келтирилган.

Жадвал №4

Нейросонографик кўрсаткичлар

Индекс	н=68	%
Паренхимал қон қуйилиш:		
Ўнг ярим шарлар	16	25,3
Чап ярим шарлар	21	33,3
САК	21	30,9
Магистрал томирларда қон кетиши	3	4,4
IVH II	21	30,9
IVH III	17	25
IVH-IV	4	5,9
Геморрагик гипоксик ўзгаришлар	33	48,5
Прогрессланувчи вентрикуломегалия (гидроцефалия)	35	51,5

*Изоҳ** - Баъзи маълумотларнинг мос келмаслиги кўрсаткичларни кўрсатадиган қон қуйилишининг комбинацияси билан боғлиқ бўлиши мумкин.



Нейросонографик кўрсаткичлар паренхимал қон қуйилишлар (ўнг ва чап ярим шарлар), САҚ (субарахноид қон қуйилиш), магистрал қон кетишлар, ИҚҚ (интравентрикуляр қон кетиш) II, ИҚҚ III мавжудлигини кўрсатди. Нейросонография маълумотларига кўра, 37 беморда паренхимал қон кетиш (ўнг-16 ёки чап ярим шарда-21), 21 (30,9%) беморда САҚҚ ва ИҚҚ- II; 3 (4,4%) беморда кузатилган.



1-расм. Бемор К, 2 ойлик. Касалликнинг ўткир даврида НСГ:

а) сагиттал кесма б) коронал кесма; чап томонда фронтотемпорал минтақада паренхимал қон кетиш

Паренхимал қон қуйилиши билан оғриган болаларнинг клиник кўриниши: летаргия, регургитация, мушак тонуси ва физиологик рефлексларнинг ўзгариши, беқарор ўчоқли неврологик симптомлар, кўз симптомлари (nistagmus, anizokoriya, strabismus), талваса хуружи, интракраниал гипертензия белгилари кузатилган. Баъзи белгиларнинг кучайиши ва мавжудлиги ҳам қон қуйилишининг оғирлиги ва даражасига боғлиқ эди. САҚ асосан бош мия ярим шарларининг париетал-темпорал соҳаларида ёки миёчада локализация ўчоқлари кузатилган. Бу клиник жиҳатдан қуйидаги симптомлар билан ажралиб турди: кўзгалувчанлик, мушакларнинг гипертонуси, гиперрефлексия, уйқу бузилишлари ва талваса хуружларидир. Гипертензия бошининг мажбурий эгилиши, Грэфе аломати, катта ликилдоқнинг бўртиб бориши, краниал чокларни бир-бирдан фарқ қилиши, бош айланасини ўсиши, генерализациялашган ва полиморф талваса хуружлари намоён бўлди. Клиникада 4-даражали магистрал ва ҚИҚҚ қон қуйилишлар бош мия фаолиятини тормозланиши (бир неча дақиқадан бир неча соатгача), ступор ёки кома ривожланиши, тоник хуружлар, дещеребрацион ҳолат, кўзларининг ёруғликга реакцияси йўқлиги, кўз олмасининг ҳаракати, вегетатив-висцерал белгилар (апноэ, гиповентиляция, аритмия, брадикардия, қон босимининг пасайиши, терморегуляциянинг бузилиши) билан тавсифланади. Метаболик силжишлар қатъий (қаттиқ гипоксия, гиперкарбия, ацидоз, электролитлар бузилиши), гематокритнинг пасайиши, бундан ташқари, ўткир окклюзив гидроцефалия (иккиламчи) шаклланди. Шуни таъкидлаш керакки, 2-даражали ҚИҚҚ да

неврологик кўринишлар кўпинча аста-секин ривожланади ва бир неча кун давомида ривожланади. Ушбу гуруҳдаги болаларда клиник жихатдан куйидаги аломатлар пайдо бўлди: мушак гипотонияси ёки атонияси, туғма рефлексларнинг сезиларли тормозланиши, клиникада етук бўлмаган болаларда энг кўп учрайдиган ҳаётий рефлексларнинг сўниши ёки йўқолиши - сўриш ва ютиш, патологик кўз белгилари, очиқ артериал канал (ОАК) ва ўпка гипертензияси белгилари (70,7%), терининг "мармарсимонлиги", такрорий апоноэ хужумлари кузатилди. Эрта мослашиш даврида талваса хуружларнинг (ўчоқли бошланиши билан умумлаштирилган) 25% ҳолларда содир бўлган. Кўпинча 3-4 ҳафтада улар гипертензив-гидроцефалик синдромга эга эдилар.

3-даражали ҚИҚҚ билан бош мия ва ҳаётий функцияларнинг бузилиши (нафас олиш ритмининг патологияси, хушнинг бузилиши, такрорий апоноэ, брадикардия) билан фаолликнинг тез тормозланиши мавжуд. Ушбу гуруҳда талваса хуружларининг ўртача ҚИҚҚ билан оғриган болаларга қараганда икки баравар тез-тез кузатилган ва такрорий бўлиш характерида бўлган. Баъзи ҳолларда, 27% да НСГ кўрсаткичлари ва клиник ўзгаришлар ўртасида номувофиклик бор эди, бу эса узоқроқ кузатувни талаб қилди. Бундай ҳолларда нейросонографик манзара (кўпроқ даражада) неврологик аломатларга қараганда кўполроқ эди, бу "ультратовушли ортиқча ташхис" туфайли бўлиши мумкин.

Хулоса

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш керакки, чақалоқларда интракраниал қон қуйилишларнинг клиник ва нейросонографик кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилиш гўдак ёшдаги болаларда қон қуйилиш вақтига оид баъзи хусусиятлар мавжудлигини аниқлади, бу бизга энг катта хавфликнинг "ёши" ни қайд этиш, яъни, қон қуйилишининг ўртача $36,28 \pm 9,85$ кун ичида амалга ошириш имконини берди ($p < 0,001$). Бу шубҳасиз, бир қатор хавф омиллари бўлган болаларнинг масаласида хушёрликни ва динамик мониторингини талаб қилади. Бундан ташқари, қон қуйилишини ташхислаш амалга ошириш таҳлили шуни кўрсатдики, эрта ҳомиладорлик ёши ҳар доим ҳам қон қуйилиш хавфи эмас, чунки уни амалга оширилиши учун бир неча омилларнинг комбинацияси мавжуд бўлиши керак.

Гўдақларда қон қуйилишининг сигнал клиник белгилари ўзига хослиги билан фарқ қилмайди, асосан умумневрологик белгилар билан кечади. Қачонки клиник белгилар оғир кўринишда бўлса (15%) НСГда эса ўзгаришлар яққол кўриниш бермаса (27%), радиологик диагностика усуллари (КТ, МРТ) фойдаланган ҳолда (неврологик ҳолатнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда) батафсилроқ текширув ўтказиш мақсадга мувофик.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Imran Ahmad Khan, M.D.,1 Shagufta Wahab, M.D.,1 Rizwan Ahmad Khan, M.S., M.Ch.,2 Ekram Ullah, M.D.,1 Manazir Ali, M.D.3; JNMCH, AMU, Aligarh, India. Neonatal Intracranial Ischemia and Hemorrhage: Role of Cranial Sonography and CT Scanning; J Korean Neurosurg Soc 2010; 47 : 89-94,
2. Евтушенко С.К. Болалардаги қон томирлари (илмий текшириш ва клиник кузатишлар) Донецк миллий тиббиёт университети. М. Горкий //Замонавий педиатрия 2010; 3(31) 101-107.
3. Клинические вопросы детской неврологии первого года жизни, Под редакцией: Кеннеди, 2017
4. Наумова Э.Х., Янги туғилган чақалоқларда мия қоринча тизимининг ултратовуш параметрлари //Дарслик; Челябинск - 2003 йил, .4-6 Jordan LC, Hillis AE. Hemorrhagic Stroke in Children. Pediatric Neurology 2007;36:73-80.
5. Подлевский Т.С., Попова И.В., Токарев А.Н., Беляков В.А.; Киров Давлат Тиббиёт Академияси, Киров; Неонатал даврда интравентрикуляр қон кетишининг клиник ва диагностик хусусиятлари // Болалар касалхонаси 1 - 2012, 35-39-бетлар
6. Саидазова Ш.Х., Шамансуров Ш.Ш., Чақалоқларда ҚИҚҚ: нейросонография маълумотлари билан нима қилиш керак //Неврология 2(62)-2015, .8-9
7. Содикова, Г.К., Қодирова З.А. Янги туғилган чақалоқларда мия қон айланишининг ўткир бузилишлари //Аспирантура шифокори. 2010. (2). 325-329-бетлар.
8. Студеникин В.М., Шамансуров Ш.Ш. "Неонатальная неврология" 2014г., Москва, Медфорум; С.479
9. Глухов Б.М., Булекбаева Ш.А., Байдарбекова А.К. «Отдаленные последствия внутрижелудочковых кровоизлияний перинатального периода у детей» 2014 № 4 – Ж-л «Медицинские и фармацевтические науки.
10. Пальчик А.Б. «Неврология недоношенных» /Монография 2014.376 б.

Қабул қилинган сана 20.11.2022