

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

**Министерство Здравоохранения Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра детской травматологии, ортопедии и нейрохирургии
Ассистент кафедры: Мухтаров Ж.М.**

Аннотация

Целью исследования было изучение эффективных путей совершенствования схемы оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной черепно-мозговой травмой в отделениях неотложной помощи. В течение 2020-2022 годов в отделение реанимации, нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканской больницы скорой медицинской помощи поступило 215 пациентов в центр. У всех пациентов была подтвержденная черепно-мозговая травма. Травма в результате дорожно-транспортного происшествия была отмечена в 64% случаев, бытовая травма – в 26%, падение с высоты - в 6%, несчастный случай на производстве - в 1% случаев. Черепно-мозговая травма в сочетании с верхней травмы нижних конечностей были отмечены у 46%, при этом травма позвоночника - у 29%, грудной клетки - у 20%, перелом таза - у 5% пациентов. Сотрясение головного мозга было диагностировано в 43% случаев, легкая контузия - в 29%, умеренная контузия - в 10%, тяжелая контузия - в 13% и диффузная аксональная травма - в 5% случаев. Первичная госпитализация пациентов с сочетанной черепно-мозговой травмой в специализированные учреждения улучшает результаты лечения в два раза. Диагностические мероприятия и манипуляции при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме часто невозможны или их трудно выполнить из-за множественных травматических повреждений.

Ключевые слова: комбинированная черепно-мозговая травма; аспекты клинико-диагностики и лечения

DIFFERENTIATED DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TRAUMATIC INTRACRANIAL HEMATOMAS IN CHILDREN IN THE ACUTE PERIOD

**Ministry of Health of Uzbekistan Andijan State Medical Institute
Department of Pediatric Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery
Assistant of the department: Mukhtarov J.M.**

Annotation

The aim of the study was to study effective ways to improve the scheme of medical care for patients with combined traumatic brain injury in emergency departments. During 2020-2022, 215 patients were admitted to the intensive care unit, neurosurgery and neuro-intensive care unit of the Andijan branch of the Republican Emergency Hospital. All patients had confirmed traumatic brain injury. An injury as a result of a traffic accident was noted in 64% of cases, a domestic injury - in 26%, a fall from a height – in 6%, an industrial accident - in 1% of cases. Craniocerebral trauma in combination with upper injuries of the lower extremities were noted in 46%, while spinal injury - in 29%, chest - in 20%, pelvic fracture - in 5% of patients. Concussion of the brain was diagnosed in 43% of cases, mild contusion - in 29%, moderate contusion - in 10%, severe contusion - in 13% and diffuse axonal injury - in 5% of cases. Primary hospitalization of patients with combined traumatic brain injury in specialized institutions improves the results of treatment twice. Diagnostic measures and manipulations in severe combined traumatic brain injury are often impossible or difficult to perform due to multiple traumatic injuries.

Keywords: combined traumatic brain injury; aspects of clinical diagnosis and treatment

**Место проведения исследования: Андижанский филиал РНЦЭМП
Отделение детской нейротравматологии**

Цель исследования. Уточнить показания к хирургическому или консервативному лечению травматических внутричерепных гематом у детей в остром периоде.

Материал и методы обследования. Обследовано 49 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 1- 18 лет. Средний возраст составил 8 лет. Средний балл по Глазго 8 баллов.

Результаты. По данным МСКТ у 23(-46%) детей были диагностированы эпидуральные гематомы, у 17(34%) субдуральные, у 13(2%) внутримозговые гематомы в очагах контузии и у 6-(1%) множественные.

Определяющими факторами для выбора тактики лечения были уровень сознания по шкале ком Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализации гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур головного мозга. Оперировано 28 больных методом резекционной трепанации с активным дренированием, 21 больной лечились консервативно.

Максимальный объем ВЧГ при консервативном лечении с благоприятным исходом у детей было 10 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении было больше 7 баллов, анизокории не отмечалась, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не превышало 3мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена достоверная связь. Общая летальность при внутричерепных гематомах составила 0,4%. Из них при субдуральных гематомах 0,1% внутримозговых 0,2 %, при множественных гематомах 0,1 %.

Для определения тактики хирургического или консервативного лечение внутричерепных гематом следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы и ее локализацию, сдавление базальных цистерн и смещение срединных структур головного мозга.

Выводы. Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечении пострадавших детей позволило снизить летальность сократить сроки пребывания больных в стационаре.

Список литературы:

1. Humanenko E.K., Boyartsev V.V., Suprun T.Yu. - Objective assessment of the severity of injuries -. Clinical. medicine and pathophysiology. 2006; 1: 24-37.
2. Humanenko E.K. - New directions in the treatment of severe concomitant injuries. - In the book: Assisting with concomitant trauma. M., 2007: 19-24.
3. Konovalov A.N., Likhтерman L.B., Potapov A.A. - Clinical guidelines for traumatic brain injury - Т. II М., 2001: 523-558.
4. Likhтерman L.B., Potapov A.A.- In the book: craniocerebral trauma- Т I. М., 2008: 47-128.
5. Rekhachev V.P., Nedashkovsky E.V. - In the book: Assisting with concomitant injury. M., 2007: 53-59.

6. Regel G. et al. - Treatment results of patients with multiple trauma: an analysis of 3406 cases treated between 1972 and 1991 at German level I trauma center. *Trauma injury infection critical care*. 1995; 38: 1: 70-78.