



Djurabekova Aziza Tohirovna,
Nevrologiya kafedrası professori

Samarqand davlat tibbiyot instituti

Utaganova Guljahon Xolmo'minovna,

Ph.D. Nevrologiya kafedrası dotsenti

Samarqand davlat tibbiyot instituti

Muhammadiev Ravshanxon To'liqinxon,

Nevrologiya kafedrası magistri

Samarqand davlat tibbiyot instituti

ORCID identifikatori <https://orcid.org/>

UZOQ MUDATLI TUGRUQ FONIDA GIPERTANSIYON-GIDROSEFAL SINDROMLI BOLALARNI ERTA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH

ANNOTATSIYA

Adabiyotlarga ko'ra, perinatal davrning barcha shikastlanishlari shartli ravishda gipoksiko-ishemik (bu organizmda kislorod yetishmasligi asosan miya strukturalariga), shikastlanish va aralash kelib chiqishga bo'linadi. Natijada, ensefalopatiyaning eng ko'p uchraydigan sindromi gipertenzion-gidrocefal sindrom bo'lib, bu orqa miya suyuqligi ko'payishi va liquor o'tkazuvchi yo'llarining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Gipertenzion-gidrocefal sindromi liqildoqlarning buzilishi va shishishi, ayrim hollarda bosh suyagi choklarining ajralishi, ensa mushaklarining rigidligi orqali namoyon bo'ladi.

Kalit so'zlar: gipertansiyon, gidrocefal sindrom, bolalar

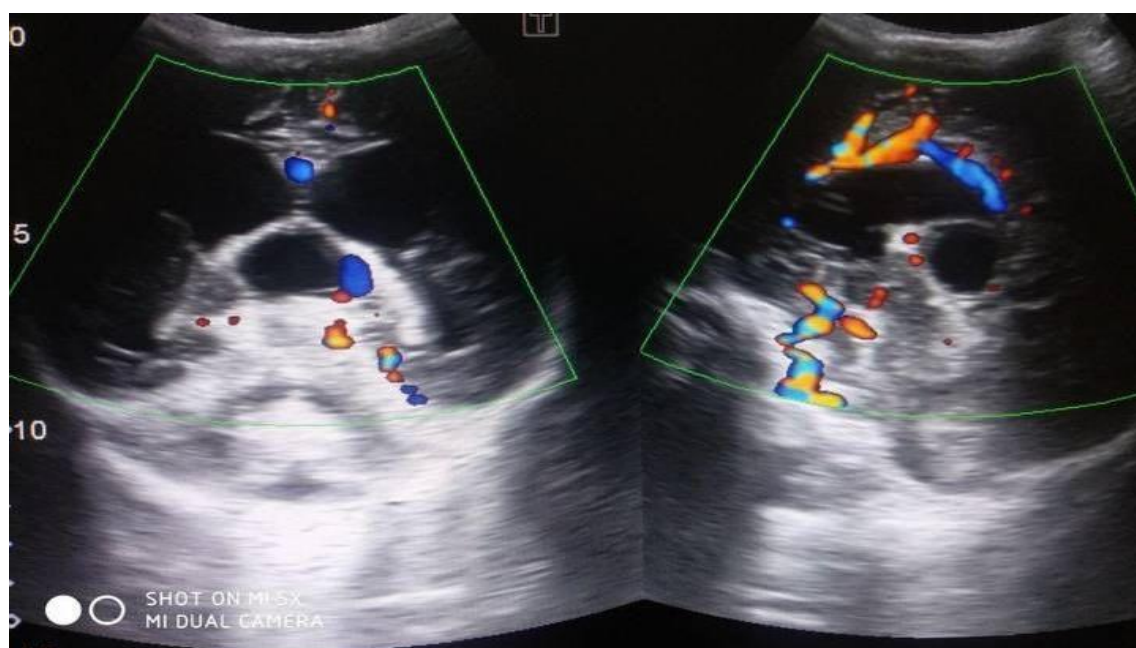
.Ko'p hollarda ota-onalarni titroq (iyak), yomon uyqu, sababsiz yig'lash, qusish xavotirga soladi. Shu bilan birga, bola psixomotor rivojlanishida orqada qoladi (3, 4, 6). Bundan tashqari, yuqorida sanab o'tilgan barcha klinik belgilar hayotning uchinchi yoki to'rtinchi oylarida yuzaga chiqishi mumkin, bu esa tashxislashni va uning sababini aniqlashni murakkablashtiradi. Chet ellik mualliflar, ilmiy nashrlarda orqa miya suyuqligining ishlab chiqarilishi va so'rilishi o'rtasidagi tafovut tufayli, qorinchalar kengayishini "gidroksefaliya" deb atashni afzal ko'rishadi. Muammoning terapevtik yondashuvi bugungi kunda ham ochiq, chunki u patofiziologiyaning barcha mexanizmlarini to'la ochib bera olmaydi. Ko'pgina adabiy manbalarda minimal miya disfunktsiyasi va jiddiy kortikal o'zgarishlar ko'rinishidagi uzoq muddatli asoratlar tasvirlangan (5). Shunga ko'ra, gipertenziv-gidrocefalik sindromning dastlabki bosqichlarida diagnostika taktikasini ishlab chiqish va o'z vaqtida davolash kasallikning rivojlanishini baholash hamda oldini olishda ustuvor ahamiyatga ega. Ilk yoshli bolalarda gipertenziv-gidrocefal sindromning dastlabki davridagi klinik va diagnostik ma'lumotlarni solishtirish.

Tekshiruvga 2020-2021 yillar mobaynida SamMI 1-klinikasi neonatologiya va bolalar nevrologiyasi bo'limidagi perinatal ensefalopatiya (postgipoksik va gipoksiko-travmatik etiologiyali) fonida rivojlangan gipertenzion-gidrocefal sindrom(GGS)li 35ta bola va nazorat guruhi uchun 20ta sog'lom bola olindi. Bolalarning yoshi tug'ilganidan (0) 1 yoshgacha. Tug'ilganda 1-guruhning barcha bolalari og'ir akusherlik anamneziga ega edi (katta homila, onaning funktsional tor chanog'i, tug'ruq kuchlarining zaifligi, kindik o'ralib qolishi, chanoq oldinda kelishi, homilaning ko'ndalang joylashuvi va boshqalar). Odatda bolalar nevrolog

tomonidan tekshiriladi. Asosiy tekshirish usullari neyrosonografiya, ba'zi hollarda neyrovizualizatsiya (KT / MRT) edi. Bir qancha bolalarda bo'yin umurtqalari rentgenografiyasi olindi. Subkraniyal va transkraniyal darajadagi gemodinamikaning holatini baholash uchun biz boshning magistral tomirlarini dupleks skanerdan o'tkazdik. Qon tomir o'tkazuvchanligi, anomaliya (qo'shimcha maxsus tomir yo'lining mavjudligi) va venoz qon oqimi o'rganildi. Olingan ma'lumotlar individual kompyuterda qayta ishlandi va Styudent standartlari statistik mezonlar sifatida ishlatildi.

Tekshiruv natijalari. Bolalarni tekshirish bosh va bo'yinning tuzilish xususiyatlarini aniqlashdan boshlandi. Normativga ko'ra bir yoshgacha bolalarning boshining hajmi 45-46 sm dan oshmasligi kerak. Asosiy guruh bolalarining bosh o'sishi me'yorga nisbatan o'rtacha 47% ga oshganligi bilan ajralib turardi. 4 ta bolada choklarni ajralishi, 7 bolada liqildoqning pulsatsiyasi aniqlandi. 10 ta holatda, bosh terisida qon tomir rasmining kuchayishi (ba'zan doimiy emas) kuzatilgan, bu esa venoz disfunktsiyani tasdiqlaydi. Psixomotor rivojlanish Shurba-Mastyukova shkalasi yordamida baholandi. Psixomotor rivojlanishning kechikishi asosiy guruhda 18 ta holatda 23 ballga, qolgan bolalarda motor-harakat tizimida ham sog'lom guruhga qaraganda 20-21 ballga sezilarli o'zgarishlar ro'y bergan.

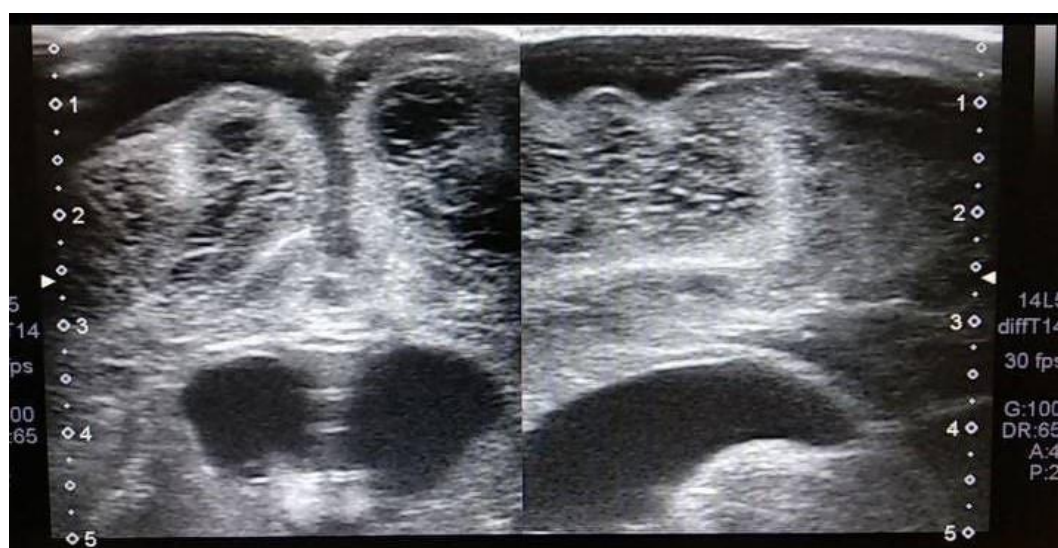
Asosiy guruh bolalaridagi rentgenografiyada bo'yin umurtqalarining siljishi 52%, 12 bolada bel-dumg'aza sohasida S1-S2 darajasida kompressiya aniqlangan, 3 bolada S3 ga nisbatan S2 siljiganligi qayd etilgan.



Rasm 1. Bemor A., 4 oylik.



Rasm. 2. Bemor V., 4,5 oylik.



Rasm. 3. Bemor B., 6 oylik.



Rasm. 4. Bemor G., 6 oylik.

Neyrosonografiya ma'lumotlari quyidagicha bo'lib chiqdi (1, 2, 3, 4 -rasm). Shunday qilib, asosiy guruhning deyarli barcha bolalarda yon qorinchalarning kengayishini ko'rsatdi va yon qorincha tana indeksi mos ravishda normadan yuqori (25dan baland) ekanligi aniqlandi. Kuzatishlarning yarmida uchinchi qorinchaning 2-3 mm ga kengayishi, asosiy guruh bolalarining 70%ida yarimsharlararo bo'shliqning oshganligini ko'rsatdi. Tekshiruvda venoz qon oqimi ko'rsatkichlari muhim ahamiyatga ega. Shu bilan birga, bo'yinturuq venasida venoz disgemiya borligi, asosiy

guruh bolalarining ko'pchiligida (83%) me'yorga nisbatan ancha ko'pligi qayd etildi. Vertebral venalar bo'yicha farq qiladigan venoz disgemiya, asosiy guruhdagi 33% hollarda qayd etiladi, ulardan faqat 5 ta holatda jiddiy buzilishlar kuzatildi. Arterial qon oqimini vertebrobazilar havzasi darajasida o'rganish umurtqa arteriyalarida chiziqli qon oqimi tezligining yengil assimetriyasini aniqlandi. Ikkinchi, sog'lom guruhning barcha bolalari hech qanday patologik holatlar topilmagan, ota-onasidan shikoyatlar bo'lmagan, bolalar yosh me'yorlariga mos kelishgan (1-jadval).

1 -jadval

Cho'zilgan tug'ruq fonida rivojlangan gipertenzion-gidrosefal sindromli bolalarda gemodinamik ko'rsatkichlar

Ko'rsatkichlar		Asosiy guruh (n=35)	Nazorat guruhi (n=20)
3MA	Vm	39,50	41,00
	PI	0,66	0,64
PIA (V4)	Vm	28,00	35,00
	PI	0,66	0,64
PIA (V2)	Vm	35,50	42,00
	RI	0,61	0,58

Ishning keyingi bosqichi terapevtik yordam ko'rsatish. Shu munosabat bilan, asosiy guruh bolalari (35 bola) ikkita kichik guruhga bo'lingan, 1 (18 bola) nootrop, digidrotatsiya, vitaminoterapiya, fizioterapiya (dorilarning dozasi va tanlovi individual asosda olib borilgan holda) lar orqali an'anaviy usulda davo o'tkazilgan. 2-kichik guruhda (17 bola) nootrop (xususan, korteksin), L-lizin escinati (o'rtacha 1 yoshli bolalar, 2 ml dan 50 ml fiziologik eritmada eritilib 5 inyeksiya kuniga 1maxal vena ichiga yuborildi), fizioterapiya o'rnida boshni to'g'ri yotqizish uchun

maxsus yostiq, Shans yoqachasi, bel-dumg'aza sohasini mustahkamlash uchun qattiq yotoqdan foydalanildi. Bir oydan so'ng, dastlabki kuzatuv ko'rsatkichlari bo'yicha takroriy diagnostika tekshiruvi o'tkazildi. Ota-onalarning so'zlariga ko'ra, birinchi hafta mobaynida bolalar bezovtalikni, sababsiz yig'lashni, ayniqsa gorizontal holatda, ovqatdan keyin qusish to'xtagan, uyqu va uyg'oqlik davri normallashtgan. Nevrologik tekshiruv paytida bolalar boshlarini yaxshiroq ushlab turadilar (boshini orqaga tashlash kuzatilmadi), qo'llarning kuchi oshdi, bolalar oyoqlariga qadam qo'yidilar (to'liq oyoq).

Bu ijobiy belgilar 2 -kichik guruhda barcha bolalarda 100%, 1 kichik guruhda esa 66% da kuzatilgan. Neyrosonografiya ma'lumotlariga ko'ra, liquor saqlovchi tizimlarning tuzilishi 2-kichik guruhda 90% ga, 1-kichik guruhda esa atigi 31%ga normallashtirilgan. Har ikkala kichik guruhda ham ahvolning yomonlashuvi kuzatilmadi, jarayonning barqarorlashuvi asosiy guruhning 42% holatlarida qayd etildi. Dinamikada dupleks skanerlash 2 -kichik guruhda venoz qon oqimi jarayonining aksariyat hollarda 81%, normallashtirilishini ko'rsatdi, arterial qon oqimining ko'rsatkichlarini yuqori ko'rsatkichlarda yaxshilanganligi aniqlandi. 1 -kichik guruhda, ijobiy klinik o'zgarishlarga qaramay, venoz gemodinamik ko'rsatkichlar faqat 33% da ijobiy tomonga o'zgargan. Ammo gemodinamik buzilishlar faqat 1 -kichik guruhning 2 bolasida qayd etilgan. Boshning o'sish tezligi me'yordan oshib ketdi, choklarning ajralishi kamaymadi, bu esa kuzatish va davolashni neyroxirurgiya bo'limida olib borishga to'g'ri keldi.

Shunday qilib, olingan natijalar bizga asab tizimining perinatal shikastlanishi fonida gipertenzion-gidrocefal sindromli bolalarni tekshirishda nafaqat klinik va nevrologik tekshiruvlar, balki neyrofiziologik (NSG), ultratovush ma'lumotlari yetarli bo'lmaganda yoki jarayonni yomonlashi kuzatilganda neyrovizualizatsion (KT / MRT) diagnostik tekshiruvga muhtoj degan xulosaga kelishimizga imkon berdi. Dupleksli skanerlash gipertenzion-gidrocefal sindrom giperdiagnostikasi

vaqtida magistral tomirlar gemodinamikasini o'rganish, yoki, tomirlar anomaliyasiga shubha bo'lganda yoki uni istisno qilish uchun eng informativ tekshirish usulidir.

XULOSA

1. Tug'ilgandan keyingi birinchi oylardagi bolalarda likorodinamik buzilishlar odatda og'ir, cho'zilgan tug'ruq, bo'yin va dumg'aza umurtqalarining siljishi (tug'ruq davrida boshning noto'g'ri aylantirilishi) bilan bog'liq. Bunday bolalarga erta tashxis qo'yish va gipertenzion-gidrocefal sindromning sabablarini aniqlash kerak.

2. Tekshirish algoritmiga muvofiq standart tekshirish usullari (klinik va nevrologik tekshiruv), neyrosonografiya, magistral tomirlarni dupleks skanerlash, bel-dumg'aza va bo'yin umurtqalarining rentgenografiyasi va kerak bo'lganda bosh va bo'yinning neyrovizualizatsiya(KT/MRT)si tavsiya etiladi.

3. Birinchi navbatda, venoz disfunktsiyani yaxshilash uchun, davolanishni optimallashtirish uchun, L-lizin escinat preparatini qo'llash (yoshga qarab), bo'yinni Shans yoqasi bilan mahkamlash va bel-dumg'aza sohasiga to'liq dam berish kerak

4. Kuzatuvda bosh o'lchamlari kattalashib borsa, choklar ajralishi davom etsa, jarayon barqarorlashmasa, gipertenzion-gidrocefal sindrom progressivlanib borsa neyroxirurgik davoga yo'naltirish kerak bo'ladi.

Список литературы/Iqtiboslar/References

- 1.Игамова С.С., Джурабекова А.Т., Шомуродова Д.С., Ниезов Ш.Т. Основы эффективности оздоровительной методологии детей, перенесших перинатальные поражения ЦНС // ЖУРНАЛ «Вопросы науки и образования», 2019, с. 123-134
- 2.Клинический пример №5. Диагноз: Сирингобульбия, сирингомиелия шейного и грудного отдела позвоночника, внутренняя окклюзионная гидроцефалия, гидроцефально-гипертензионный синдром, субкомпенсация // https://neuronsk.ru/for-doctor/clinical-examples/?ELEMENT_ID=1523
- 3.Игнатенкова Т.В., Авдеева Т.Г., Юдельсон Я.Б. Особенности реабилитации детей при перинатальных поражениях ЦНС с гипертензионно-гидроцефальным синдромом // Ж. Поликлиника, № 1 2006 (стр. 44)
- 4.Егорова И.А. Гипертензионно-гидроцефальный синдром у детей первых трех месяцев жизни (диагностика и реабилитация). // Дис...к.м.н., Санкт-Петербург – 2003, 139 с.
- 5.Громова Л.Л. Гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром доброкачественной внутричерепной гипертензии у детей раннего возраста // Педиатрический Вестник Южного Урала, № 2, 2013, с. 65-67
- 6.Клиточенко Г.В., Малюжинская Н.В. Лечение последствий перинатального поражения ЦНС у детей // Лекарственный вестник № 1 (73). 2019. Том 13, с. 42-46