

ISSN: 3030-3877

AJCD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



Annals of clinical disciplines



VOLUME 2, ISSUE 3/2

2025

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

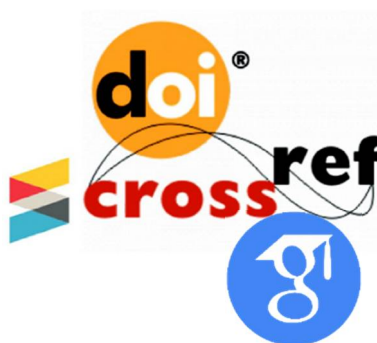
2 ЖИЛД, 3/2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 3/2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 3/2



ТОШКЕНТ-2025

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№3/2 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2025-3/2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrası professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va hospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrası dotsenti, DSc;
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va hospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinolaringologiya kafedrası professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrası professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc.
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadulloyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri, DSc, dotsent

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrası professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrası professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrası mudiri, t.f.d., professor

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Сахифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

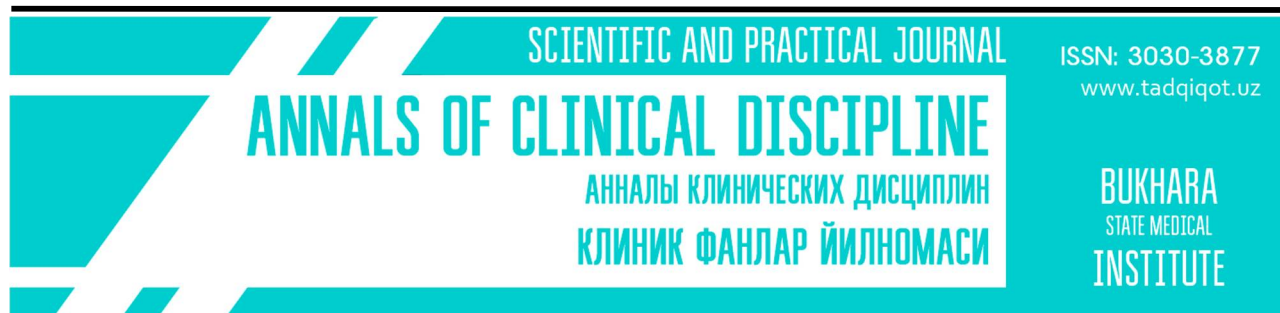
Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Исламов Х.Д.	
Анализ результатов лечения больных местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения.....	6
2. Исламова М.С., Сабилов М.А., Абдуллаева Ч.А., Пулатова Г.П., Эшпулатов А.С.	
Влияние комплексной коррекции микробиоты препаратом «базана» на состав кишечной микрофлоры у пациентов с ожирением.....	13
3. Йитмасова Т.Д., Облокулов А.Р.	
Сил билан касалланган, вирусли гепатити бўлмаган беморларда даволаш фонида жигар фиброгенези маркерларининг динамикаси.....	19
4. Каландарова С.Х.	
Роль мелатонина в клиническом течении эпилепсии, ассоциированной со сном.....	25
5. Камалова М.К., Рахимов С.Ш.	
Оценка клинических результатов комплексного лечения детей с вторичными деформациями врождённых расщелин нёба.....	31
6. Камолов Ж.Р., Рахматова Д.Б.	
Юрак ишемик касаллигини башорат қилиш учун тўқлик ва очликда триглицеридларнинг оптимал чегара нукталари: юрак қон-томир хавфини ўрганиш.....	39
7. Кандова Ф.А., Хабибова Н.Н.	
Влияние гормональных изменений на состояние полости рта у женщин, планирующих беременность.....	46
8. Кариев А.В., Зокирхужаев Р.А.	
Мультифакторный анализ результатов ND\YAG-капсулотомии у детей с вторичной катарактой.....	52
9. Каримов Қ.Р., Шодиева М.С.	
Морфологические изменения при язвенно-некротическом энтероколите.....	60
10. Курбанбаева Ф.К.	
Распространение стоматологических заболеваний у женщин фертильного возраста: систематический анализ.....	64
11. Курбаниязова А.З., Зарипова Д.Я.	
Пременопаузал даврдаги эндометрий гиперплазия муаммосига замонавий нигоҳ.....	71
12. Курбанов О.М., Джураев И.Б., Бабаназаров У.Т.	
Клиническая характеристика слизистой оболочки желудка у больных в тяжелом состоянии на искусственной вентиляции лёгких в условиях реанимации.....	77
13. Мавлонов Н.Х., Файзуллоев Т.Т.	
Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва юрак ишемик касаллиги коморбидлиги: тарқалиши ва оғир асоратларининг хавф омиллари (адабиётлар шарҳи).....	87

14. **Маджидова Ё.Н. Рахмонов И.А., Азимова Н.М**
Оценка психического состояния мужчин с бесплодием.....94
15. **Манзитова В.Ф.**
Особенности клинического течения саркопении при метаболически ассоциированной жировой болезни печени.....103
16. **Матризаева Г.Н.**
Эффективность лечения взрослых пациентов с частичной беззубостью с использованием частичных съёмных протезов: мета-анализ.....111
17. **Мухамедов И.М., Эркинова Н.Р.**
Эпидемиологические особенности рака молочной железы.....118
18. **Назарова Л.А., Аблязов О.В., Усманханов О.А.**
Роль предоперационной мультиспиральной компьютерной томографии в повышении точности диагностики и эффективности хирургического лечения краниосиностоза у детей: результаты проспективного когортного исследования.....122
19. **Нуров У.И., Нурова Г.У.**
Морфологические особенности и клинические проявления экссудативных форм хронического риносинусита.....129
20. **Нурова Г.У.**
Характеристика клинического течения хронического риносинусита продуктивного типа.....133
21. **Пулатов Х.Х.**
Қон биокимёвий кўрсаткичларининг комплекс баҳолашдаги аҳамияти: 120 кунлик глюкоза, СРО ва А1-нордон гликопротеин мониторинги.....137
22. **Раимкулова Н.Р., Субханова З.С.**
Изучение взаимосвязи гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с респираторными заболеваниями.....142
23. **Раметова О.Р.**
Оценка методов лечения хронического катарального гингивита у детей: аналитическое исследование.....147
24. **Расулова Н.З.**
Гипертрофическая кардиомиопатия: стратегии редукции перегородки и послеоперационная реабилитация.....153
25. **Рахматова Д.Б., Камолов Ж.Р.**
Юрак ишемик касаллигини башорат қилиш учун тўқлик ва очликда триглицеридларнинг оптимал чегара нукталари: юрак қон-томир хавфини ўрганиш.....164
26. **Сагдуллаев Н.Н., Индиаминов С.И.**
Механизм и морфология повреждений структуры головы у детей разных возрастных категорий при внутрисалонной автомобильной травме171

17. Management of dyslipidemia for cardiovascular disease risk reduction: synopsis of the 2014 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. Downs JR, O'Malley PG. Ann Intern Med, 2015; 163: 291-297
18. NICE Guidance. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. NICE. Updated 2016. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181>
19. White KT, Moorthy MV, Akinkuolie AO, Demler O, Ridker PM, Cook NR, and Mora S: Identifying an optimal cutpoint for the diagnosis of hypertriglyceridemia in the nonfasting state. Clin Chem, 2015; 61: 1156-1163



УДК : 617.51 : 611.9 - 053.2 : 616 - 001 : 656

¹Сагдуллаев Н.Н., ²Индиаминов С.И.¹Термизский филиал Ташкентской государственного медицинского университета,
Сурхандарья, Узбекистан²Сурхандарьинский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-
медицинской экспертизы, Сурхандарья, Узбекистан

МЕХАНИЗМ И МОРФОЛОГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУРЫ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЙ ПРИ ВНУТРИСАЛОННОЙ АВТОМОБИЛЬНОЙ ТРАВМЕ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17444309>

АННОТАЦИЯ

В статье изложены результаты анализа характера и морфологических особенностей повреждений структуры головы – мягких покровов, костей черепа, головного мозга и его оболочек у 55 детей погибших при внутрисалонной автомобильной травме в результате ДТП и подвергнутых судебно-медицинской экспертизе. Установлено, что характер, локализация, объем, тяжесть и морфология повреждений при внутрисалонной автомобильной травме, при одинаковом механизме травмы, имеют определенную зависимость от возрастных категорий пострадавших детей, что было обусловлено анатомо – физиологическими свойствами организма, в том числе и степенью развития структуры головы в различных их возрастах. Повреждений в мягких покровах головы, костей черепа и мозговых оболочек в разных возрастных категориях у детей имели свои отличительные особенности. В тоже время во всех возрастных категориях у погибших детей очаги ушиба мозга преобладали на стороне удара, чем в противоположной части полушария, что практически во всех случаях сопровождалось прорывом крови в желудочки мозга. Субарахноидальные кровоизлияния в больших полушариях и в стволе мозга во всех возрастных категориях у погибших детей в большинстве случаев носили очаговый характер. У детей подросткового и юношеского возрастов объем и тяжесть травмы в структурах головы значительно преобладали аналогичных травм у детей других возрастных категорий.

Ключевые слова: дети, возрастная категория, внутрисалонная автомобильная травма, структуры головы, повреждения, характер, морфология, механизм, диагностика.

¹Sagdullayev N.N., ²Indiaminov S.I.¹Termiz branch of the Tashkent State Medical University, Surkhondara, Uzbekistan²Surkhondara branch Republican scientific and practical center of forensic medical
Examination, Surkhondara, Uzbekistan

MECHANISM AND MORPHOLOGY OF HEAD STRUCTURE INJURIES IN CHILDREN OF DIFFERENT AGE CATEGORIES IN CABIN CAR INJURIES

ABSTRACT

The article presents the results of the analysis of the nature and morphological features of damage to the structure of the head - soft tissues, skull bones, brain and its membranes in 55 children who died in an intra-cabin car injury as a result of an accident and were subjected to forensic medical examination. It was found that the nature, localization, volume and morphology of damage in an intra-cabin car injury, with the same mechanism of injury, have a certain dependence on the age categories of the injured children, which was due to the anatomical and physiological properties of the body, including the degree of development of the head structure at different ages. Damage to the soft tissues of the head, skull bones and meninges in different age categories in children had their own distinctive features. At the same time, in all age categories of deceased children, the foci of brain contusion prevailed on the side of the impact than in the opposite part of the hemispheres, which in almost all cases was accompanied by a breakthrough of blood into the ventricles of the brain. Subarachnoid hemorrhages in the cerebral hemispheres and in the brainstem in all age categories in deceased children in most cases were focal in nature. In adolescent and young adult children, the volume and severity of trauma in the structures of the head significantly prevailed over similar trauma in children of other age categories.

Key words: children, age category, car interior injury, head structure, damage, nature, morphology, mechanism, diagnostics.

¹Sag'dullayev N.N., ²Indiaminov S.I.

¹Toshkentdavlat tibbiyot universiteti Termiz filiali, Surxondaryo, O'zbekiston

² Respublika Sud tibbiy ekspertiza ilmiy-amaliy markazi Surxondaryo filiali, Surxondaryo, O'zbekiston

AVTOMOBIL SALONI ICHIDA JAROXATLANGAN TURLI YOSH TOIFALARIDAGI BOLALARDA BOSH TUZILMALAR ZARARLANISHINING MEXANIZMI VA MORFOLOGIYASI

ANNOTATSIYA

Maqolada yo'l-transport hodisasi natijasida avtomobil saloni ichida jarohatlanishdan vafot etgan va sud-tibbiy ekspertizadan o'tkazilgan 55 nafar bolalar murdalarida bosh tuzilmalari – yumshoq to'qimalari, bosh suyaklari, bosh miya va uning qobiqlari shikastlanishlari tabiati va morfologik xususiyatlari tahlili bayon qilingan. Qaytd etilganki, avtomobil saloni ichida jarohatlanishlar tabiati, lokalizatsiyasi, hajmi va morfologiyasi bir xil shikastlanish mexanizmi bilan jarohatlangan bolalarning yosh toifalariga ma'lum darajada bog'liq bo'lib, bu tananing anatomik va fiziologik xususiyatlariga, shu jumladan turli yoshdagi bosh tuzilishining rivojlanish darajasiga bog'liq. Bolalarda turli yosh toifalarida boshning yumshoq to'qimalari, bosh tuzilma suyaklari va miya membranalarning shikastlanishi o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'ladi. Shu bilan birga, vafot etgan bolalarning barcha yosh toifalarida miya lat yeyish o'choqlari yarim sharlarning qarama-qarshi qismiga qaraganda ta'sir tomonida ustunlik qilgan, bu deyarli barcha hollarda miya qorinchalariga qonning kirib borishi bilan birga kelgan. Vafot etgan bolalarning barcha yosh toifalarida miya yarim sharlaridagi va miya o'zagida subaraxnoid qon ketishlar ko'p hollarda o'ziga xos xususiyatga ega. O'smir va yosh bolalarda bosh tuzilmalaridagi shikastlanish hajmi va og'irligi boshqa yosh toifalaridagi bolalardagi shunga o'xshash jarohatlardan sezilarli darajada ustunlik qiladi.

Kalit so'zlar: bolalar, yosh toifalari, avtomobil ichki jarohati, bosh tuzilmalari, zarar, tabiat, morfologiya, mexanizm, diagnostika.

Актуальность. Повреждений различных структур головы у детей является важнейшей медико – социальной проблемой современной педиатрии, детской хирургии, травматологии, нейрохирургии, неврологии, судебной педиатрии и является основной причиной смертности и инвалидности детей от травм [2; 17; 18].

Основной причиной тяжелых травм структур головы у детей являются дорожно – транспортный травматизм и кататравмы. Изучения особенностей формирования, характера, морфологию, тяжести, осложнений и последствий повреждений органов и тканей у детей пострадавших при указанных видах травматизма позволяет совершенствовать методов ранней диагностики и лечения больных детей, а в судебно-медицинском отношении имеет важное значение для обоснования механизма травмы по дифференциальной диагностике их от других видов повреждений от воздействия тупых предметов.

В литературе определенное внимание уделено клиническим и социальным аспектам травматизма детей, связанных с дорожно-транспортными происшествиями – ДТП [6;]. Однако судебно-медицинские аспекты автомобильных травм у детей разного возраста изучены недостаточно [10; 11; 4]. Одним из наиболее распространенных видов автомобильной травмы в настоящее время является травма в салоне автомобилей, связанных с ДТП.

Цель исследования – выявление характера и морфологических особенностей повреждений структуры головы у детей, формируемых при внутрисалонной автомобильной травме в результате ДТП.

Материалы исследования. Исследование выполнено на основе анализа характера и морфологических особенностей повреждений структуры головы – мягких покровов, костей черепа, головного мозга и его оболочек у 55 детей погибших при внутрисалонной автомобильной травме в результате ДТП и подвергнутых судебно-медицинской экспертизе. Среди погибших детей мальчики – 38, девочки – 17.

Возрастная периодизация погибших детей приведена в таблице №1.

Таблица 1

Возрастная периодизация детей с травмой головы, погибших при внутрисалонной автомобильной травме. ([Кучма В.Р. 2020; Сапин М.Р., 2021:])

№	Периоды развития детей	Возраст	абс
1	Период новорожденности	1-10 дней	0
2	Грудной возраст	10-1 года	1
3	Раннее детство	1-3 года	5
4	Первое детство	4-7 лет	10
5	Второе детство:		10
	мальчики	8-12 лет	-8
	девочки	8-11 лет	-2
6	Подростковый возраст:		14
	мальчики	13-16 лет	-11
	девочки	12-15 лет	-3
7	Юношеский возраст:		15
	юноши	17-21 лет	-8
	девушки	16-20 лет	-7
	Всего		55

Видно, что при травмах в салоне автомобилей в результате ДТП наибольшее количество погибших составили дети юношеского (старше 16-17 лет) – 15 и подросткового возрастов (12-16 лет) – 14. Также довольно часто погибали дети в возрастных категориях первого (4-7 лет) и второго (8-12 лет) детства – по 10, соответственно.

В процессе исследования проанализированы характер, локализация, частота, морфологические особенности, тяжесть и объем повреждений мягких покровов головы, костей черепа, головного мозга и его оболочек в разрезе возрастных категорий, исходя из

обстоятельства травмы. Количественных показателей подвергли статистической обработке в персональном компьютере Pentium IV.

Результаты исследования и обсуждение.

На первом этапе изучали характер травмы головы сочетанной политравмы у детей погибших при указанном виде автомобильной травмы. Установлено, что при травме в салона автомобилей у погибших детей повреждения структуры головы чаще всего сочетались с травмами структуры груди (4), лицевого отдела (8), груди и живота (9), конечностей (5). В остальных вариантах сочетанных политравм имело место одновременные травмы структуры лицевого отдела, груди, живота, конечностей, и в ряде случаев – повреждений позвоночника. Изолированная травма структуры головы отмечано у 5-ти погибших детей разного возраста.

На следующем этапе провели детальный анализ характера и морфологию повреждений в структурах головы в разрезе возрастных категорий детей, что позволил оценить механизм формирования травмы. Выявлено нижеследующее:

- у восьмимесячного ребенка грудного возраста (1) в покровах лицевого отделе выявлены только кровоподтеки. В покровах головы соответственно теменно – височно – затылочной области справа имела гематомы с выраженным травматическим отеком. Выявлен линейный перелом височно – затылочной костей вблизи шве с распространением линий перелома в основание черепа, соответственно средней черепной ямке справа и большого затылочного отверстия. Отмечен разрыв твердой мозговой оболочки в зоне височно – теменной области справа с разрушением мозгового вещества в этой области со слабым субарахноидальным кровоизлиянием вокруг него. Других каких – либо изменений не выявлено, в желудочках мозга содержалась прозрачная жидкость.

- у детей в возрастной категории раннего детства – от 1-го до 3-х лет (5) повреждения в покровах лица в основном характеризовались наличием ссадин (3), а иногда – с кровоподтеком. В покровах головы в зоне ударного воздействия выявлены гематомы (2) и очаговые кровоизлияния (2). Со стороны свода черепа формировались линейные (3) и вдавленно – оскольчатые переломы (2) в височно – теменно – затылочной костей с распространениями линий переломов в основание черепа. В ряде случаев в зонах переломов костей свода отмечены пластинчатые эпи (1) – и субдуральные (1) гематомы. Кровоизлияний под мягкой мозговой оболочкой характеризовались в основном (3) наличием очаговых пластинчатого характера кровоизлияниями на стороне удара и ряде случаев распространенными (1) кровоизлияниями. В веществе головного мозга, наряду с очагами ушиба (3), выявлены разрушение мозгового вещества (1) и имбибированность мозга кровью (1) при оскольчатых переломах. Со стороны ствола определены очаговые пластинчатого характера субарахноидальные кровоизлияния (2), а в желудочках почти во всех случаях (4) содержалась кровянистая жидкость.

- у детей в возрастной категории первого детства – 4-7 лет (10) повреждения покрова лица характеризовались формированиями ссадин (6), кровоподтеков (4) и ушибленных ран (3). В покровах головы, наряду с очаговыми кровоизлияниями (9), имелись и ушибленные, ушибленно – рваные раны (3) и в отдельных случаях гематомы (1). Со стороны костей свода часто определены линейные (4) и оскольчатые (3) переломы с распространениями линий переломов в основание черепа. Однако, в зонах переломов костей черепа навсегда имелись субарахноидальные кровоизлияния. Разрывы мозговых оболочек выявлены в 3-х случаев соответственно зонам оскольчатых переломов костей свода – височно – теменно – затылочной костей. При этом также имелись субдуральные (1) и эпи – и субдуральные гематомы (3) в объеме от 30,0 до 60,0 с дислокацией мозга. Очаговые субарахноидальные кровоизлияния выявлены в 6-ти случаев, и в 1-ом случае эти кровоизлияния были распространенными. В 2-х случаях при оскольчатых переломах отмечались разрушение вещества мозга, также наблюдалась (1) внутримозговая гематома соответственно зоне удара. В стволом отделе отмечены наличия очаговых субарахноидальных кровоизлияний (3) и очаги ушиба (2). Частыми явлениями были наличия кровянистой жидкости в желудочках мозга.

• В возрастной группе второго детства – 8-12 лет (10) повреждения характеризовались наличием ушибленных ран в покровах лица у большинства погибших (7 из 10), сравнительно реже – ссадинами (4) и кровоподтеками (3). В покровах головы как обычно отмечались очаговые и распространенные кровоизлияния и в ряде случаев (2) имелись ушибленные раны, а у одного погибшего ребенка выявлена гематома соответственно зонам удара или соударения. Переломы в костях черепа выявлены у большинства погибших детей (8 из 10), которые имели линейный (4) и оскольчато – вдавленный характер, в основном в височно – теменной костях с распространениями линий переломов в основание черепа. Разрывы твердой мозговой оболочки выявлены у 2-х детей, у которых имелись оскольчато – вдавленные переломы костей свода. Нередкими были (4) субдуральные гематомы в объеме от 40,0 до 70,0 мл, и у одного ребенка – имелась эпидуральная гематома пластинчатого характера. У всех погибших детей этой возрастной категории чаще всего отмечались очаговые субарахноидальные кровоизлияния (7) пластинчатого характера толщиной до 1,0 см, сравнительно редко (2) – распространённого характера. Значительной толщины (до 1,5 см) очаговые субарахноидальные кровоизлияния отмечены у одного ребенка. Оскольчатые переломы костей свода у 3-х погибших детей сопровождалось разрывами мягкой мозговой оболочки и вещества головного мозга со стороны свода больших полушарий. У большинства детей (7 из 10) отмечены очаги ушиба в больших полушариях. Со стороны ствола мозга субарахноидальные кровоизлияния отмечаны у 6-ти детей, которые в основном (5) были очаговыми и иногда (1) – распространенными. У большинства погибших детей этого возраста (8) имелись кровоизлияния в желудочках мозга.

• Характер повреждений структуры головы у детей подросткового возраста (13-16 лет), погибших при ДТП в салоне автомобилей изложен в таблице №2.

Таблица 2.

Характер повреждений структуры головы у детей подросткового возраста погибших при ДТП в салоне автомобилей (n=14).

№	Структуры	Характер повреждений	абс
1	Покровы лица	. ссадины . кровоподтеки . раны	4±0.04 5±0.10 5±0.10
2	Покровы головы	. ушибленные, ушибленно-рваные раны . рванно-скальпированные раны . гематомы . кровоизлияний	4±0.04 0 3±0.002 14
3	Кости черепа	. линейные переломы . вдавленные и линейные переломы . вдавленно – оскольчатые переломы . отрыв атланта-окципитального сочленения	4±0.049 1±0.001 6±0.17 0
4	Твердая мозговая оболочка	. разрывы . эпидуральные гематомы . субдуральные гематомы . эпи-и субдуральные гематомы	6±0.17 1±0.001 2±0.001 0
5	Мягкая мозговая оболочка	. разрывы . очаговые субарахноид. кровоизлияния . распространенные субарахноид. кровоизлияния . толстые очаговые субарахноид. кровоизлияния	2±0.001 7±0.23 3±0.002 1±0.001
6	Головной мозг	. разрушение вещества мозга . очаги ушиба	5±0.10 14
7	Структуры ствола	. очаговые субарахноид. кровоизлияния . распространенные субарахноид. кровоизлияния	5±0.10 4±0.04 0

		. разрушение вещества мозга	
8	Желудочки мозга	. кровоизлияния в желудочки . гематомы в желудочках	12±0.67 0

Из таблицы №2. видно, что у всех погибших детей подросткового возраста имело место повреждение в покровах лица в виде ссадин (4), кровоподтеков (5) и ушибленных ран (5), что указывало о возможности нахождения детей на переднем сидении в момент ДТП. В покровах головы соответственно лобно-теменно и височной областей отмечены наличия очаговых, а иногда и распространенных кровоизлияний, которые в ряде случаев (3) проявлялись в виде гематомы.

В костях черепа у большинства (10) погибших детей этой возрастной категории имело место переломы, которые имели оскольчато – вдавленный (6), линейный (4) и смешанный (1) характер, линии переломов со стороны свода распространялись в основание черепа в соответствующих направлениях. Оскольчатые переломы почти всегда сопровождались разрывами оболочек (6) и разрушением вещества мозга на стороне свода больших полушарий. Очаги ушиба в веществе головного мозга и кровоизлияний в его желудочках выявлены практически у всех погибших детей. Субарахноидальные кровоизлияния носили характер очаговый (9) и распространенный (5) характер, а в ряде случаев кровоизлияний были в значительной толщине.

У детей юношеского возраста (старше 16-17 лет), погибших при ДТП в салоне автомобиля повреждений структур головы характеризовались следующим образом – таблица №3.

Таблица 3.

Характер повреждений структуры головы юношеского возраста, погибших в салоне автомобиля при ДТП. (n=8)

№	Структуры	Характер повреждений	абс
1	Покровы лица	. ссадины . кровоподтеки . раны	7 3 3
2	Покровы головы	. ушибленные, ушибленно-рваные раны . рванно-скальпированные раны . гематомы . кровоизлияний	4 1 0 8
3	Кости черепа	. линейные переломы . вдавленные и линейные переломы . вдавленно – оскольчатые переломы . отрыв атланта-оксипитального сочленения	3 0 5 0
4	Твердая мозговая оболочка	. разрывы . эпидуральные гематомы . субдуральные гематомы . эпи-и субдуральные гематомы	3 0 3 2
5	Мягкая мозговая оболочка	. разрывы . очаговые субарахноид. кровоизлияния . распространенные субарахноид. кровоизлияния . толстые очаговые субарахноид. кровоизлияния	3 6 3 0
6	Головной мозг	. разрушение вещества . очаги ушиба	1 8
7	Структуры ствола	. очаговые субарахноид. кровоизлияния . распространенные субарахноид. кровоизлияния . разрушение вещества мозга	4 1 0
8	Желудочки мозга	. кровоизлияния в желудочки . гематомы в желудочках	8 0

Из таблицы №3 видно, что у детей юношеского возраста погибших в салоне автомобиля при ДТП в покровах головы всегда имело место повреждение в виде ссадин (7), кровоподтеков (3) и ушибленных ран (3). В покровах головы, помимо кровоизлияний в мягких тканях головы соответственно зонам воздействия травматической силы, нередко наблюдались ушибленные (4) и рвано - скальпированные (1) раны. Травмы структуры головы у детей этой возрастной категории почти во всех случаях (7) протекали с переломами костей, которые имели оскольчато – вдавленный (4) и линейный (3) характер с переходом линий переломов в основание черепа. Разрывы мозговых оболочек (3) наблюдались при оскольчатых переломах костей черепа, при котором в отдельных случаях имело место и разрушение вещества мозга. Нередкими были также субдуральные гематомы в объеме от 35,0 до 120,0 (3), а также эпи – и субдуральные гематомы, которые явились причиной дислокационного синдрома. У всех погибших детей выявлялись субарахноидальные очаговые (5) и распространенные (3) кровоизлияния. Очаговые субарахноидальные кровоизлияния в стволовом отдел мозга наблюдались почти у половины (4) погибших детей, а распространенные кровоизлияния отмечены в отдельных случаях (1). Очаги ушиба мозга в больших полушариях и желудочковые кровоизлияния определялись во всех случаях.

Клиническое течение и морфологические проявления, а также церебрально – сосудистые осложнения и отдаленные последствия травмы структуры головы у детей, по сравнению с аналогичными травмами головы у взрослых людей, имеют отличительные признаки, обусловленные анатомо – физиологическими особенностями растущего организма. Незрелость структуры головного мозга, его высокая гидрофильность, незавершенность дифференциации структур нервных центров, высокая эластичность мозговых сосудов и тканей, а также малой кальцинации и значительная эластичность костей черепа, незавершенность закрытия швов между ними и других анатомо-физиологические особенности структуры головы у детей существенно влияет на морфологический характер, клиническое течение осложнений и последствий повреждений мягких тканей костей черепа, головного мозга и его оболочек, возникающие от воздействия тупых предметов [1; 20; 19;].

Отмечено, что переломы костей скелета от воздействия тупых предметов у детей наблюдается в 2,5 раза реже, чем у взрослых и они сопровождаются отслойкой кожи и размождением жировой клетчатки. В костях свода черепа у детей выявляются «незавершенные оскольчатые» переломы, при котором в зоне множество линейных переломов осколки почти не формируются, так как повреждения на наружной и внутренней костной пластинке не совпадают по локализации [5]. К другим особенностям переломов черепа, встречающимися только в детском возрасте, можно отнести формирования разрывов костных швов при травмах. Кроме того, многооскольчатые вдавленные переломы с растрескиваниями костей чаще всего наблюдается у детей более старшей возрастной группы. Переломы височных костей у детей представляет наибольшую особенность для кровотечения за счет повреждения синусов, век, а также средней оболочечной артерии [3].

Результаты нашего исследования показали, что характер, локализация, объем и морфология повреждений при внутрисалонной автомобильной травме, при одинаковом механизме травмы, имеют определенную зависимость от возрастных категорий пострадавших детей, что было обусловлено анатомо – физиологическими свойствами организма, в том числе и степенью развития структуры головы в различных их возрастах.

Можно было отметить, что у **погибшего ребенка грудного возраста** в покровах лицевого отдела выявлены только кровоподтеки, а в покровах головы соответственно теменно – височно – затылочной области справа имелась гематома с выраженным травматическим отеком. Выявлен линейный перелом височно – затылочной костей с распространением линий перелома в основание черепа, что сопровождалось разрывом твердой мозговой оболочки у разрушением мозгового вещества со слабым субарахноидальным кровоизлиянием вокруг него. **У детей в возрастной категории раннего детства** повреждения в покровах лица в основном характеризовались наличием ссадин, а иногда – с кровоподтеком. В покровах головы в зоне ударного воздействия выявлены

гематомы и очаговые кровоизлияния. Со стороны свода черепа формировались линейные и вдавленно – оскольчатые переломы в височно – теменно – затылочной костей с распространениями линий переломов в основание черепа. В зонах переломов костей свода отмечены пластинчатые эпи – и субдуральные гематомы, а также очаговые хорошо заметные пластинчатые субарахноидальные кровоизлияния. **У детей в возрастной категории первого детства** повреждения покрова лица характеризовались формированиями ссадин, кровоподтеков и ушибленных ран. В покровах головы, наряду с очаговыми кровоизлияниями, имелись и ушибленные, ушибленно – рваные раны и в отдельных случаях гематомы. Со стороны костей свода часто определены линейные и оскольчатые переломы, однако в зонах переломов костей черепа не всегда имелись субарахноидальные кровоизлияния. При оскольчатых переломах имелись эпи – и субдуральные гематомы в объеме от 30,0 до 60,0 с дислокацией мозга. **В возрастной группе второго детства** повреждения характеризовались наличием ушибленных ран в покровах лица у большинства погибших, сравнительно реже – ссадинами и кровоподтеками. В покровах головы как обычно отмечались очаговые и распространенные кровоизлияния и в ряде случаев имелись ушибленные раны, либо гематомы. Переломы в костях черепа выявлены у большинства погибших детей имели линейный и оскольчато – вдавленный характер, в основном в височно – теменных костях с разрывом твердой мозговой оболочки при оскольчато – вдавленных переломах. У всех погибших детей этой возрастной категории чаще всего отмечались очаговые субарахноидальные кровоизлияния пластинчатого характера толщиной до 1,0- 1,5 см, и сравнительно редко кровоизлияний имели распространенный характер. **У погибших детей подросткового возраста** всегда имело место повреждение в покровах лица в виде ссадин, кровоподтеков и ушибленных ран, что указывало о возможности нахождения детей на переднем сиденье в момент ДТП. В покровах головы соответственно лобно-теменно и височной областей отмечены наличия очаговых, а иногда и распространенных кровоизлияний, которые в ряде случаев проявлялись в виде гематомы. У большинства погибших детей этого возраста имело место переломы, которые оскольчато – вдавленные, сопровождалась разрывами оболочек и разрушением вещества мозга, субарахноидальные кровоизлияния в ряде случаев кровоизлияний были в значительной толщине. **У детей юношеского возраста** в покровах головы, помимо кровоизлияний в мягких тканях головы соответственно зонам воздействия травматической силы, нередко наблюдались ушибленные и рваные раны. Травмы структуры головы у детей этой возрастной категории почти во всех случаях протекали с переломами костей. Разрывы мозговых оболочек только наблюдались при оскольчатых переломах, при котором в отдельных случаях имело место и разрушение вещества мозга. Нередкими были также субдуральные гематомы в объеме от 35,0 до 120,0 (3), а также эпи – и субдуральные гематомы, которые явились причиной дислокационного синдрома.

Изложенные указывают на то, что субарахноидальные кровоизлияния в больших полушариях и в стволе мозга у погибших во всех возрастных категориях детей в большинстве случаев носили очаговый характер. Почти во всех возрастных категориях у погибших детей очаги ушиба мозга преобладали на стороне удара, чем в противоположной части полушария, что практически у всех сопровождалось прорывом крови в желудочки мозга. У детей подросткового и юношеского возрастов объем и тяжесть травмы в структурах головы значительно преобладании аналогичных травм у детей других возрастных категорий.

По данным большинства исследователей, в классическом варианте травмы в салоне автомобиля, различают нижеследующие три фазы: 1-ая фаза – первичный контакт с частями интерьера автомобиля – удар при смещении тела вперед, вследствие чего повреждаются передняя часть тела – лица, грудь, нижних конечностей. В этой фазе могут формироваться хлыстообразные повреждения шейного отдела позвоночника в результате резкого сгибательного и разгибательного движения головы, а также повреждения внутренних органов вследствие сотрясения тела; 2-фаза – контакт тела с частями автомобиля при отбрасывании тела в противоположном направлении – происходит удар при смещении тела

назад, вследствие чего обычно возникают повреждения кожи и мягких тканей как по передней так и задней поверхности тела; 3-ая фаза-сдавление тела сместившимся внутрь деформированными частями салона, что приводит к формированию не только наружных, но и к травмам ребер, внутренних органов, костей опорно-двигательной системы, разможению мягких тканей и т.д. [13], [8; 14; 15; 9]. В современных легковых автомобилях значительно улучшилась конструкция их салона, также они обеспечены приспособлениями активной и пассивной безопасности, хотя скорость передвижения современных легковых автомобилей составляет значительно высокое. Следовательно, при любом виде современной автомобильной травмы и в частности при их столкновениях с различными транспортными средствами или же другими автомобилями, а также при травмах полученных в результате опрокидываний автомобилей, массивность травмы у всех пострадавших обусловлены высокоскоростными передвижениями, приводящие к инерционными движениями тела, в связи с чем объем травмы всегда могут превышать от объема повреждений, формируемых в салоне легковых автомобилей произведенных в прошлом столетии. [10; 16].

С учетом вышеизложенного и на основе характера, локализации и объема повреждений в структурах головы у детей погибших при травме внутри салоне автомобилей, можно полагать, что выявленные повреждения у детей в основном формировались в первой фазе ДТП.

Выводы

1. Характер, локализация, объем и морфология повреждений при внутрисалонной автомобильной травме, при одинаковом механизме травмы, имеют определенную зависимость от возрастных категорий пострадавших детей, что было обусловлено анатомо – физиологическими свойствами организма, в том числе и степенью развития структуры головы в различных их возрастах. Повреждений в мягких покровах головы, костей черепа и мозговых оболочек в разных возрастных категориях у детей имели свои отличительные особенности.

2. В тоже время, во всех возрастных категориях у погибших детей очаги ушиба мозга преобладали на стороне удара, чем в противоположной части полушария, что практически у всех сопровождалось прорывом крови в желудочки мозга. Субарахноидальные кровоизлияния в больших полушариях и в стволе мозга у погибших во всех возрастных категориях детей в большинстве случаев носили очаговый характер. У детей подросткового и юношеского возрастов объем и тяжесть травмы в структурах головы значительно преобладании аналогичных травм у детей других возрастных категорий;

3. С учетом вышеизложенного и на основе характера, локализации и объема повреждений в структурах головы у детей погибших при травме внутри салоне автомобилей, можно полагать, что выявленные повреждения у детей в основном формировались в первой фазе ДТП;

4. Приведенные данные должны быть учтены при судебно-медицинской экспертизе травмы структуры головы у детей по обоснованию механизма травмы. Выявленный характер, локализация и объем повреждений в различных структурах головы могут быть учтены при оказании медицинской помощи больным детям на этапах лечения.

Список литературы

1. Валиуллина С.А., Семенова Ж.Б., Шарова Е.В. Организационно-экономические и управленческие аспекты оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой//Российский педиатрический журнал. №2. 2010. С 112-131;
2. Гузева В.И., Максимова Н.Е., Гузева О.В., Гузева В.В., Разумовский М.А., Чокмосов М.С., Особенности симптоматической эпилепсии у детей с закрытой черепно-мозговой травмой. 2016. № 2 (48). С. 18–24;
3. Земская А.Г., Яцук С.Л., Берснев В.П., Хачатрян В.А., Ким А.В., Итоги и перспективы развития детской нейрохирургии., Т1. №1. 2009. С 37-41.;

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины

основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт