

ОТЗЫВ

официального оппонента, профессора кафедры травматологии, ортопедии с курсом ВПХГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», доктора медицинских наук, профессора Раззокова Абдували Абдухамитовича на диссертационную работу соискателя кафедры нейрохирургии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Рауфи Нихад на тему: «Диагностика и лечение родовых травм осложненной кефалогематомой у детей первого года жизни» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.18 – нейрохирургия.

Актуальность темы исследования. Одной из форм перинатального поражения нервной системы является родовая черепно-мозговая травма. Частота родовых повреждений головного мозга составляет от 39 до 60% от всех заболеваний центральной нервной системы новорожденных. Нередко родовая черепно-мозговая травма сопровождается тем или иным видом внутричерепного кровоизлияния, что является одной из основных причин смерти новорожденных. Так, субарахноидальные кровоизлияния встречаются в 43 % случаев, субдуральные – у 12% детей с родовой черепно-мозговой травмой. Внутрижелудочковые кровоизлияния у этой категории пострадавших выявляются в 8% случаев, а частота разрывов намета мозжечка достигает 25,2%.

При клиническом исследовании новорожденных травма головного мозга определяется у 40% детей. У умерших от родовой травмы детей внутричерепные повреждения той или иной локализации выявлено в 81% случаев. По данным ВОЗ, в структуре детской смертности на долю родовых травм приходится 50%. Среди оставшихся в живых новорожденных, перенесших черепно-мозговую травму в родах, частота инвалидизации достигает 85 – 92%. Родовая черепно-мозговая травма сопровождается не только внутричерепными и поднадкостничными кровоизлияниями-кефалогематомами.

Поднадкостничное кровоизлияние встречается в 30% случаев у новорожденных с родовой черепно – мозговой травмой, а у детей с тяжелой формой поражения головы и шеи эта цифра достигает 57%.

В некоторых случаях поднадкостничные гематомы могут стать источником инфекции и привести к развитию воспалительных процессов центральной нервной системы или костей свода черепа. У детей с кефалогематомой нередко возникают анемия, артериальная гипотензия, гипербилирубинемия.

Встречаются и множественные кефалогематомы, которые чаще отмечаются у мертворожденных детей. Наличие их рассматривается как чрезвычайно тяжелый вид родовой травмы черепа.

Научная новизна исследования.

Автор в результате исследования изучил и определил клинические особенности течения перинатального поражения нервной системы, осложненного кефалогематомой. Проведенный диссертантом сравнительный анализ между расположением и объемом кефалогематомы и степенью тяжести перинатального поражения нервной системы выявил наличие корреляционной связи между ними. Разработана им, схема диагностических мероприятий при родовой черепно-мозговой травме, осложненной кефалогематомой и прогноза его течения.

Практическая значимость исследования.

Разработанная автором классификация кефалогематом позволяет определить наиболее тяжелые формы перинатального поражения ЦНС и обозначить новые возможности лечения.

Составленная схема диагностики и прогноза перинатальной энцефалопатии, осложненной кефалогематомой, позволит провести экспресс-диагностику и добиться стойких положительных результатов лечения.

Неудовлетворительный исход перинатальной энцефалопатии, осложненной кефалогематомой, обуславливает необходимость более детального обследования пациентов с определением концентрации натрия, магния и серотонина в крови, что позволит своевременно проводить коррекцию лечения.

Внедрение предложенных подходов позволит повысить эффективность диагностических мероприятий, качество профилактического подхода в стадии подготовки к операции и лечения больного с родовыми травмами осложненными кефалогематомой.

Достоверность результатов и выводов исследования. Достоверность результатов диссертационного исследования, основных положений выносимых на защиту, заключения и практического их применения определяется достаточным количеством клинического материала, использованием современных и информативных методов исследования, критическим анализом полученных данных и статистической их обработкой с позиций доказательной медицины. Согласно общеизвестным критериям достоверность полученных результатов можно классифицировать как третий уровень по пятибальной шкале, а обоснованность разработанных рекомендаций как класс Д ([http; //www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)), что является стандартным уровнем доказательности для подобных исследований. Работа выполнена в современном учреждении – ГУ НМИЦ «Шифобахш» в соответствии с утвержденной ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» МЗ-и СЗН РТ.

Всем пациентам проводили клинические, лабораторные и инструментальные обследования на современных аппаратах экспертного класса в соответствии с утвержденными стандартами, положениями Национальных руководств и практических рекомендаций по нейрохирургии, что делает полученные результаты научно обоснованными и достоверными.

Структура и содержание диссертации. Диссертация изложена на 106 страницах и состоит из введения, общей характеристики работы, и 4-х глав (этиология и патогенез заболевания, материал и методы исследования, результаты собственных исследований, результаты лечения), обсуждения результатов, заключения, списка литературы. Работа иллюстрирована 18 таблицами и 14 рисунками. Список литературы включает 173 источника, из них 95 на русском и 78 на английском языке.

Во «**Введении**» обоснованы актуальность и востребованность выбора научной работы, обоснованы теоретические и методологические основы исследований, определены цель и задачи исследовательской работы, его теоретическая новизна и практическая значимость, апробация результатов исследования и число публикаций по теме диссертации. Принципиальных замечаний по данному разделу работы нет.

Глава 1 посвящена анализу литературы по проблеме статистики, этиологии, патогенеза, классификации, диагностики, профилактики и лечения родовых травм, осложненных кефалогематомой. В ней диссертант с критических позиций излагает основные тенденции в литературе по вышеназванным разделам и логично обосновывает необходимость выполнения комплексного исследования по данной проблеме. В ней детально анализируются пато-этиологические механизмы образования перинатальных энцефалопатий осложненных кефалогематомами, а также диагностика и комплексное лечение пациентов с данной патологией. Данная глава написана достаточно подробно, логично, хорошим литературным языком, легко читается. Она в целом отражает современный уровень диагностики и лечения больных по данной проблеме. Замечаний по данной главе нет.

Глава 2 представляет характеристику клинического материала и методов исследования. Диссертант приводит исчерпывающие данные об

анализе результатов клинических и лабораторно-инструментальных обследований 132 новорожденных, среди которых у 121 ребенка отмечались перинатальные травматические поражения головного мозга, осложненных кефалогематомой. Клинический материал диссертации, с позиции статистической достоверности, охватывает достаточно репрезентивную выборку больных с данной патологией. Среди 121 новорожденного мальчиков было 65 (53,%), девочек – 56 (46,3%). Для объективного изучения характера клинических проявлений заболевания в зависимости от расположения кефалогематом пациенты были распределены по группам. Так, первую группу составили 57 детей с поднадкостничным кровоизлиянием в районе теменной кости справа. Во вторую группу вошли 39 новорожденных с поднадкостничным кровоизлиянием в районе теменной кости слева. Третью группу составили 8 новорожденных с кефалогематомами в районе обеих теменных костей. В четвертую группу вошли 16 детей с поднадкостничным кровоизлиянием в районе затылочных костей. Еще у одного ребенка наблюдалась кефалогематома в височной области справа.

Для определения степени тяжести новорожденных и поражения головного мозга изучали состояние клинико-неврологического статуса, офтальмологическое обследование, проводили УЗИ головного мозга, КТ исследование и фотодокументацию.

Глава 3 посвящена результатам клинических и лабораторно-инструментальных исследований у новорожденных с кефалогематомой. В исследовании автора, осмотр глазного дна выполнялся у 121 новорожденного с родовой черепно-мозговой травмой. Изменения глазного дна наблюдались в 86 случаях, при этом у 60 детей наблюдались признаки ангиопатии сетчатки в виде полнокровия или расширения вен в 41 случае, венозного сужения в 12 случаях и артериодилатации в 7 случаях. Односторонние мелкие точечные геморрагии наблюдались у 13 новорожденных, двусторонние – у 11 детей; у

2 детей имел место застойный диск зрительного нерва, в 35 (28,9%) случаях не было выявлено нарушений со стороны глазного дна. В 47 случаях у детей с перинатальным повреждением нервной системы было выполнено ультразвуковое сканирование головного мозга.

Изучая посиндромно клиническую картину болезни, автор выделил ведущие симптомокомплексы. Синдром угнетения центральной нервной системы наблюдали у 55 новорожденных (45,5%); синдром повышения нервно-рефлекторной возбудимости имел место у 27 обследованных детей (22,4%); внутричерепная гипертензия диагностирована в 23 случаях (19%), рассеянную очаговую симптоматику отмечали у 14 больных (11,5%), бульбарные расстройства выявлены у 2 (1,6%) детей.

Автором было выявлено, что интракраниальные кровоизлияния зачастую совпадают с расположением кефалогематом. У новорожденных при нейросонографии определил наличие кровоизлияний различного расположения, признаки ишемии, расширение вентрикулярной системы, отек структур головного мозга. При кефалогематомах, околожелудочковые кровоизлияния располагались под и над затылочными рогами боковых желудочков; имели место интравентрикулярные кровоизлияния, в сосудистые сплетения, субэпендимальные гемorragии на стороне расположения кефалогематомы.

Диссертант определил, что перинатальное повреждение нервной системы в сочетании с кефалогематомой сопровождается «биохимическими» нарушениями у новорожденного – расстройством КОС (метаболический и дыхательный ацидоз) крови, уменьшением концентрации Na и Mg, повышением концентрации в крови калия и серотонина.

Глава 4 посвящена результатам лечения детей с перинатальной энцефалопатией в сочетании с кефалогематомой. Варианты исхода терапии автор определил как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

2 детей имел место застойный диск зрительного нерва, в 35 (28,9%) случаях не было выявлено нарушений со стороны глазного дна. В 47 случаях у детей с перинатальным повреждением нервной системы было выполнено ультразвуковое сканирование головного мозга.

Изучая посиндромно клиническую картину болезни, автор выделил ведущие симптомокомплексы. Синдром угнетения центральной нервной системы наблюдали у 55 новорожденных (45,5%); синдром повышения нервно-рефлекторной возбудимости имел место у 27 обследованных детей (22,4%); внутричерепная гипертензия диагностирована в 23 случаях (19%), рассеянную очаговую симптоматику отмечали у 14 больных (11,5%), бульбарные расстройства выявлены у 2 (1,6%) детей.

Автором было выявлено, что интракраниальные кровоизлияния зачастую совпадают с расположением кефалогематом. У новорожденных при нейросонографии определил наличие кровоизлияний различного расположения, признаки ишемии, расширение вентрикулярной системы, отек структур головного мозга. При кефалогематомах, околожелудочковые кровоизлияния располагались под и над затылочными рогами боковых желудочков; имели место интравентрикулярные кровоизлияния, в сосудистые сплетения, субэпендимальные гемorragии на стороне расположения кефалогематомы.

Диссертант определил, что перинатальное повреждение нервной системы в сочетании с кефалогематомой сопровождается «биохимическими» нарушениями у новорожденного – расстройством КОС (метаболический и дыхательный ацидоз) крови, уменьшением концентрации Na и Mg, повышением концентрации в крови калия и серотонина.

Глава 4 посвящена результатам лечения детей с перинатальной энцефалопатией в сочетании с кефалогематомой. Варианты исхода терапии автор определил как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

При изучении ближайших результатов терапии новорожденных с родовой черепно-мозговой травмой, осложненной субпериостальным кровоизлиянием, было определено, что в 38 (31,5 %) случаях у детей наблюдали хороший результат лечения, в 66 (54,5%) случаях результат лечения был удовлетворительным, и у 17 (14%) новорожденных был зафиксирован неудовлетворительный исход лечения.

Диссертантом установлено, что размеры кефалогематомы влияют на результаты терапии. В своем исследовании автор использовал собственную классификацию кефалогематом в зависимости от их размера. При учете размеров образования имели в виду их максимальный диаметр. Первая степень кефалогематом наблюдалась у 45 (37,2%) детей, вторая степень кефалогематом отмечена у 63 (52%) новорожденных, третья степень имела место у 13 (10,8%) новорожденных. При определении размеров двухсторонних кефалогематом суммировали показатели максимального диаметра обоих очагов.

Пункционное лечение кефалогематом проводили у 114 (94,2%) пострадавших из 121, из них у 32 (28,1%) оно проводилось повторно. В 7 (5,8%) случаев больные лечились оперативно, вследствие окостенения наружной пластинки кефалогематомы.

Обсуждение полученных результатов содержит основные положения диссертации. Имеются достаточные ссылки на работы других авторов.

В заключении диссертации подведены итоги проведенным исследованиям, дан анализ концептуальных положений диссертации. Автором проведен анализ полученных результатов в дискуссионном стиле по основным научным положениям диссертации. Подробные результаты и проведенный научный анализ свидетельствуют о достижении автором поставленной цели и решении задач диссертационного исследования. В

целом, приведенные автором результаты убедительны и могут быть предложены для внедрения в практическое здравоохранение.

Автореферат содержит все основные структурные элементы диссертации в соответствии с требованиями руководящих документов; состоит из раздела «общая характеристика работы», включающего актуальность темы исследования, цель, задачи и других обязательных материалов и методов исследования и глав результатов собственных исследований, а также вывод и практических рекомендаций. Представленные таблицы и рисунки отражают основные характеристики полученных результатов работы.

По материалам диссертации опубликовано 14 работ, из них 3 в журналах, входящих в перечень рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

Диссертация написана грамотно, на хорошем литературном языке, легко читается. Принципиальных замечаний по ней нет. В ходе рецензирования выявлены некоторые грамматические и стилистические ошибки, а также неудачные обороты.. Работа заслуживает положительной оценки. Приведенные замечания не носят принципиального характера, легко устранимы и, в целом, не влияют на общую положительную ее оценку.

Хотелось бы, получить ответы на следующие вопросы:

1. В литературе описаны случаи развития детского церебрального паралича после кефалогематомы в отдаленном периоде. Наблюдались ли такие случаи в Вашей работе.

Заключение

Таким образом, диссертационная работа Рауфи Нихад на тему «Диагностика и лечение родовых травм осложненной кефалогематомой у детей первого года жизни», на соискание ученой степени кандидата

медицинских наук по специальности 14.01.18 – нейрохирургия, является законченным квалификационным научно-исследовательским трудом, в котором решена актуальная задача по улучшению результатов комплексного лечения пациентов с родовыми травмами осложненных кефалогематомой.

Диссертация соответствует всем требованиям раздела 3 пункта 31,34 «Порядок присуждения ученых степеней» ВАК при Президенте РТ от 30.06.2021 года №267 постановления Правительства Республики Таджикистан, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.18 – Нейрохирургия, а автор заслуживает присуждения ему ученой степени кандидата медицинских наук.

«08» 09 2023 г.

Официальный оппонент:

профессор кафедры травматологии,
ортопедии и ВПХ ГОУ «Таджикский
государственный медицинский университет
имени Абуали ибни Сино»,
доктор медицинских наук,
профессор

Раззоков

Контактная информация: ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Адрес: 734026, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино 29-31

Тел.: (+99237) 235-34-96

Веб-сайт: www.tajmedun.tj