

**ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ**

А.Ш. Кадырова¹, Д.К. Кушубеков²

¹ Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина

² Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлены клинические данные детей с черепно-мозговыми травмами при синдроме жестокого обращения (возрастной состав, жалобы, клинические проявления, результаты функциональных методов обследования).

Ключевые слова: дети, черепно-мозговые травмы, синдром жестокого обращения, ЧМТ, СЖО.

**КАТААЛ МАМИЛЕ ЖАСООНУН КЕСЕПЕТИНЕН БАЛДАРДЫН БАШ СӨӨК-МЭЭСИННИН
ЖАБЫРКАШЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

А.Ш. Кадырова¹, Д.К. Кушубеков²

¹ Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия славян университети

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Эмгекте катаал мамиле жасоонун кесепетинен балдардын баш сөөк-мээсинин жабыркашынын өзгөчөлүктөрү (курактык курамы, даттануусу, клиникалык көрүнүшү, текшерүүнүн функционалдык усулдарынын натыйжалары) баяндалды.

Негизги сөздөр: балдар, баш сөөк-мээнин жабырканышы, катаал мамиле жасоонун кесепети, ЧМТ, СЖО.

**PECULIARITIES OF THE CHILDREN CRANIOCEREBRAL TRAUMA
AT A CHILD ABUSE SYNDROME**

A.Sh. Kadyrov¹, D.K. Kushubekov²

¹ Kyrgyz- Russian Slavic University named after B.N. Yeltzin,

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The clinical data of children with craniocerebral trauma at a child abuse syndrome (age structure, complaints, clinical manifestations, results of functional examination methods) are presented in the article.

Key words: children, craniocerebral trauma (CCT), child abuse syndrome (CAS).

Введение. Актуальность детской травмы, в современных условиях, обуславливаются как анатомо-физиологическими параметрами так и рядом социальных факторов [1, 2]. Особое место в структуре черепно-мозговых травм (ЧМТ) занимают случаи ЧМТ, полученных в результате «синдрома жестокого обращения» (СЖО) с ребенком. В большинстве случаев, родителями или родственниками скрываются факты из-за страха перед общественной или уголовной ответственности за нанесение телесных повреждений.

Возникновение ЧМТ без непосредственного воздействия на область головы у детей является одной из причин игнорирования медицинской помощи взрослыми. В таких ситуациях повреждения головного мозга развиваются вследствие воздействия на тело ребенка внезапного ускорения и/или торможения, т.н. синдром «shaken baby» или синдром «встряхнутого ребенка».

Особую трудность в диагностике ЧМТ у детей до 1 года представляет такой факт, как отсутствие осознанного вербального контакта. Кроме того, повышенная двигательная активность, отсутствие совершенной координации, незрелого инстинкта самосохранения увеличивают вероятность травматизации центральной нервной системы (ЦНС).

По современным представлениям, легкая ЧМТ у детей – сотрясение головного мозга, на сегодня, не является чисто функциональным и обратимым явлением. У детей, в ряде случаев, легкая ЧМТ рассматривается как фактор риска развития острого нарушения мозгового кровообращения в детском возрасте или причиной развития эпилепсии [1]. Трудности диагностики детской ЧМТ, представляют так же дети, которые уже имеют те или иные неврологические нарушения, вследствие перенесенных перинатальных факторов

риска. В случаях с более старшими детьми, получивших травму головы, могут возникнуть проблемы в уточнении причин возникновения клинических симптомов ЧМТ. Проявления атравматичных заболеваний мозга, таких как, врожденные арахноидальные кисты, артериовенозные мальформации, опухоли и аневризмы сосудов головного мозга и др., ошибочно коррелируются с полученной механической травмой. В таких примерах травма является лишь провоцирующим, пусковым моментом срыва компенсации и развития истинных или первичных заболеваний головного мозга.

Особая проблема клинической нейротравматологии состоит в полном отсутствии каких-либо принципиальных отличий детской и взрослой травмы головного мозга. Методы диагностики, лечения детской травматической болезни экстраполированы от взрослого контингента. Диагностика ЧМТ у детей на догоспитальном этапе усложнена тем, что их высокие компенсаторные возможности нивелируют начальные симптомы ЧМТ, характерные для взрослых. При этом диагноз верифицируется только лишь рентгенологическими или нейровизуализационными данными.

Все выше перечисленные проблемы обусловили необходимость настоящих исследований.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились 153 истории болезни детей от 1 года до 16 лет, поступивших на стационарное лечение в отделение нейротравматологии городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек (ГДКБСМП) за период 2015-2016 гг. с диагнозом ЧМТ при СЖО, из которых 64,7% составили мальчики и 35,3% – девочки. Методами исследования явились: клинические данные (жалобы, объективный осмотр, неврологический статус), рентгенограмма костей черепа, магнитно-резонансная томография (МРТ), нейросонография (НСГ), электроэнцефалография, эхоэнцефалография (ЭхоЭГ), осмотр глазного дна.

Результаты и обсуждение

Анализ историй болезни больных детей с ЧМТ показывает (рис. 1), детей в возрасте от 1 года до 6 лет, подвергшихся жестокому обращению, составляет 7,8% из числа обследованных.

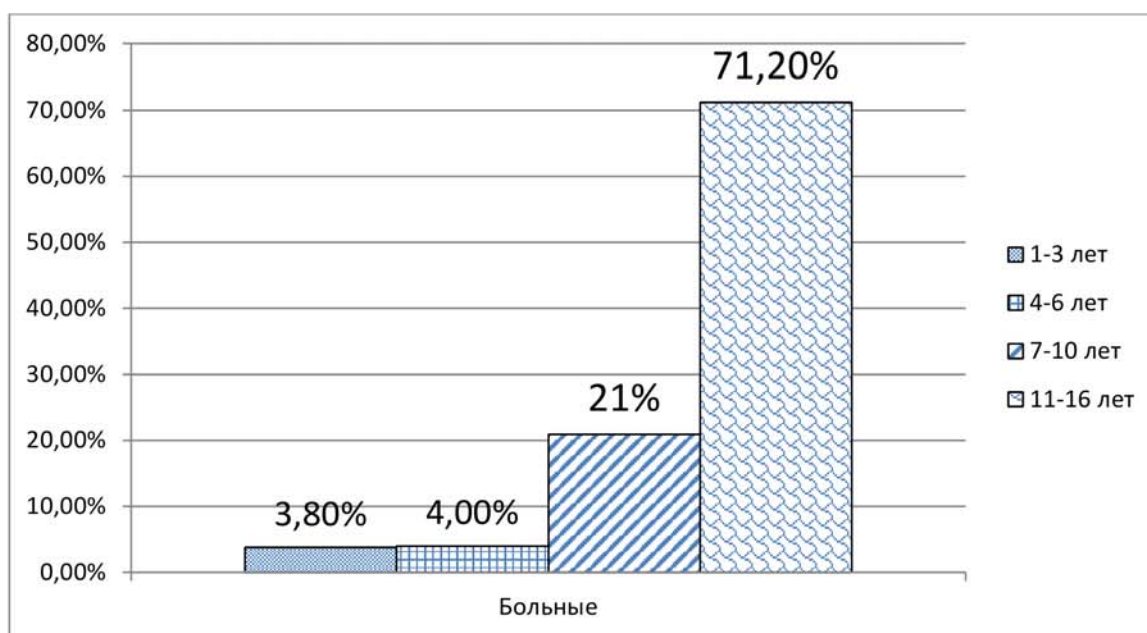


Рис. 1. Возрастной состав детей с ЧМТ при СЖО.

Тогда как число детей в возрасте 7-16 лет составляет 92,2%, что связано с повышенной социализацией детей данного возраста, их поведенческой активностью пубертатным периодом.

Данные обстоятельств полученной травмы у детей показали, что детей 80 (52,3%) подверглись избиению со стороны взрослых: 28 (35%) детей

подверглись насилию со стороны соседей; 18 детей (11,7%) избиты родственниками, из них в 13 случаях отцом; 73 ребенка (47,7%) пострадали в результате избиения другими детьми.

Первые симптомы, насторожившие родителей в отношении здоровья ребенка, появились на первые сутки у 74,5% детей. Из них 6 больных (4%)

находились в тяжелом состоянии и были госпитализированы в отделение реанимации. 17% детей обратились на следующий день. 8,4% детей обратились позже 3х дней.

В отделении нейротравматологии состояние детей было оценено по шкале ком Глазго у 81% детей.

Известно, что самой частой причиной обращения, особенно у взрослого человека с ЧМТ является потеря сознания и рвота [5, 6]. Дети младшей группы, в силу возраста не могут адекватно сформулировать свои жалобы и не указывают на факт потери или нарушения сознания. В наших наблюдениях, случаи нарушения сознания был активно выявлены лишь в 3,9% наблюдений (Рис. 2).

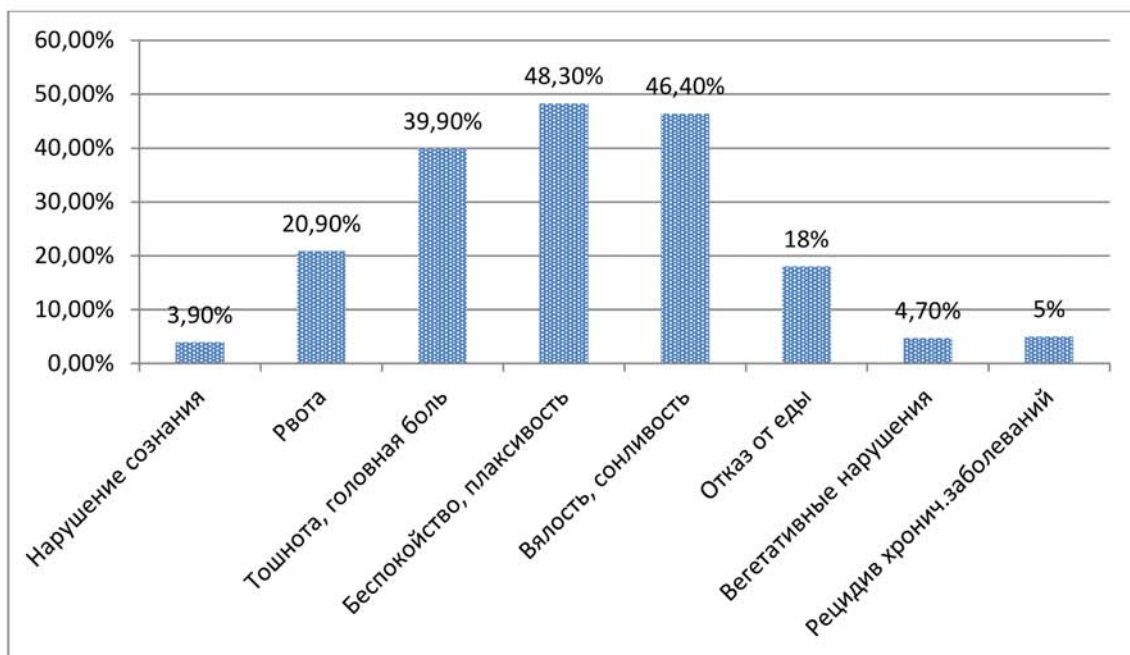


Рис. 2. Жалобы при поступлении.

Указание на рвоту встречалось в 20,9% случаев. О тошноте и головной боли сообщали 39,9% детей. Кроме того, со слов сопровождающих взрослых, активно предъявлялись жалобы на то, что ребенок сильно плакал или беспокоился после травмы, 48,3%. Жалобы на повышенную сонливость, вялость у ребенка, отказ от подвижных игр отмечены у 46,4% детей.

Отказ от еды встречался у 11,7% детей. Вегетативные проявления, в виде посинения, побледнения лица или обмякания, встречались редко – в 4,7% случаев. Жалобы на обострение или возникновение заикания, недержания мочи, обострение припадков у детей с эпилепсией встречался также, довольно, редко, 5% детей.

Подтверждение диагноза проводилась следующими методами. 83,6% случаях проводился осмотр невролога; 16,4% узким специалистом не осматривались. Осмотр окулиста проводился в 79,9% случаев. ЛОР врачом осмотрены были 15,6% больных. Рентгенограмма костей черепа проводилась детям в 58,1% случаев. НСГ проведена в 5,2% наблюдений. ЭхоЭГ проведена в 78,4% случаев. ЭЭГ проведена 1,3% больным. МРТ обследование – 8,4%. Это говорит о том, что

часть детей с ЧМТ при СЖО не получают полного обследования. И это, в большинстве, случаев связано с ограниченностью ресурсов данного стационара.

Оценка динамики объективных, неврологических симптомов затруднительна, ввиду их неспецифичности для младшей категории больных. В основном симптоматика неврологических дисфункций проявлялась угнетением либо оживлением сухожильных рефлексов, 20,9% и 58,8% соответственно. Горизонтальный нистагм встречался в основном у детей старшего возраста в 78% случаев. Растрормаживание оро-спинальных рефлексов отмечалось в 87,6% наблюдений. У детей с ушибами головного мозга отслеживалась четкая очаговая симптоматика в виде контрлатеральных парезов, в виде утери ранее приобретенных навыков, 4% больных. Развитие судорожных синдромов встречалось в 2% случаев.

Из представленных данных можно говорить о том, что работа специалистов должна быть доказательна с использованием современных технологий клинической диагностики. Характер жалоб у детей с ЧМТ при СЖО, в большинстве случаев

носит неспецифический характер, что не позволяет с большей достоверностью у детей с синдромом жесткого обращения своевременно диагностировать ЧМТ. Освоение относительно новой техники НСГ, такой как транстемпоральная нейросонография должна рассматриваться в качестве перспективы. Всем детям важно проводить краниографию, независимо от тяжести состояния и возраста ребенка. Исследование функциональной активности коры головного мозга методом ЭЭГ, должно оцениваться в динамическом процессе. [1, 2, 3, 4]

Необходимо внедрение современной «педиатрической модели» оказания медицинской помощи пострадавшим с ЧМТ, с использованием скрининг-метода нейровизуализации у детей с открытым большим родничком и использованием педиатрической шкалы ком Глазго на этапе госпитализации и на этапе дальнейшего пребывания в стационаре. При подозрении на ЧМТ средней и тяжелой степени тяжести, а также при оценке уровня сознания по ШКГ менее 12 баллов, необходимо применение МРТ или КТ-исследования, для более точной диагностики характера травмы. [5, 6]

Вывод

Комплексный подход к оценке состояния больного с ЧМТ при СЖО с использованием «педиатрической» модели медицинской помощи при ЧМТ, будет способствовать совершенствованию ранней диагностики и дифференциальной оценке тяжести травмы в детском возрасте, а значит, позволит своевременно и оптимально подобрать необходимую тактику ведения больного.

Литература

1. Канавец С.П., Егоров А.Ю., Усанов Е.И. Качество жизни детей, перенесших черепно-мозговую травму со сдавлением мозга эпидуральной гематомой // *Нейрохирургия*. – 2005. – №1. – С. 26-31.
2. Манжос П.И., Бычков В.А. Черепно-мозговая травма у детей: учебное пособие для студентов медицинского факультета специальности «Лечебное дело». – М., 2008.
3. Мидленко А.И. Региональная модель оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой: автореф. ... дис. д-ра мед. наук. – СПб., 2005. – 42 с.
4. Усанов Е.И., Кириченко К.Н., Абульханова А.Р. Поздняя эпидуральная гематома у детей // *Матлы Всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения»*. – СПб., 2010. – С. 318.
5. Усанов Е.И., Цыбизов А.И., Коршунов Н.Б., Кириченко К. Н. Прогностические критерии исходов черепно-мозговой травмы у детей // *Российский нейрохирургический журнал им. Проф. Поленова*. – 2011. – Т. III. №3. – С. 54-60.
6. Усанов Е.И., Яковенко И.В., Кириченко К.Н., Копылов В.В. Закрытая черепно-мозговая травма у детей. Клиническая картина, диагностика и лечение. СПб. СЗГМУ имени И.И. Мечникова. – 2015. – №124.