

vaniya v lechenii khronicheskogo gemorroya [The choice of options for latex ligation in the treatment of chronic hemorrhoids]. V.N. Ektov [i dr.] Koloproktologiya - Coloproctology, 2018, No. 2 (64), pp. 36.

ХУЛОСА

Ҷ.А. Абдуллозода^{1,2}, Ш.Ш. Сайфудинов²,
А.Д. Холов¹

ИНТИХОБИ УСУЛИ АМАЛИЁТИ ҶАРРОҲИ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ БАВОСИРИ МУЗМИН

¹Кафедра ҷарроҳии умумии №2 ДДТТ ба номи
Абуали ибни Сино

²МД «Маҷмааи тандурусти Истиқлол»

Мақсади тадқиқот. Баҳодиҳии бартарияти клиники усули бурида гирифтани гирехҳои бавосирӣ (геморроидэктомия).

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Солҳои 2017 - 2019 дар МД «Маҷмааи тандурусти Истиқлол» 59 бемор бо ташҳиси бавосири дохилии музминӣ дараҷаи II-III бистарӣ ва табобат гирифтанд. Беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: ба гурӯҳи

яқум, асосӣ 31 бемор, ки бо усули пешниҳодшудаи мо ҷарроҳӣ шуданд. Ба гурӯҳи дуюм, санҷишӣ 28 бемор дохил мешуд, ки геморроидэктомиаи анъанавӣ бо усули Милиган-Морган модификасияи 2-юми Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқотии колопроктологӣ ҷарроҳӣ шуданд.

Натиҷаҳо тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар гурӯҳи асосӣ оризаҳо дида нашуданд. Дар гурӯҳи санҷишӣ дар марҳилаи баъдичарроҳӣ дар 6 (21,4%) бемор оризаҳо (дар 2 бемор хунравӣ, боздошти рефлексии пешоб-дар 2 бемор, қабзияти музмин-дар 2 бемор, такроран пайдошавии гирехҳои бавосирӣ-дар 1 бемор) мушоҳида шуд.

Хулоса. Ҳамин тавр геморроидэктомия ба воқеаи аппарати «Ligasure» самаранок, беҳатар ва усули патоогенетикӣ тасдиқшуда барои табобати бавосири музмин мебошад. Ин усул имконияти медиҳад, ки шиддатнокӣ ва давомнокии алоими дардии баъдичарроҳӣ кам карда шавад, инчунин давомнокии амалиёти ҷарроҳиро кам мекунад. Бо назардошти баланд будани самаранокии усули мазкур тавсия медиҳем, ки ин усулро дар дигар муассисаҳо мавриди истифода қарор диҳанд.

Калимаҳои калидӣ: бавосири музминӣ дохилӣ, бурида гирифтани гирехҳои бавосирӣ (геморроидэктомия).

УДК 616-006; 616-08;616,316-006; 617-53

Н.И. Базаров¹, Ф.А. Имомов¹, Ф.И. Шукуров¹, Абдулқохир Кодир², Ф.С. Махмадов¹,
Ф.Х. Райхонов¹, М.М. Косымов², А.А. Абдумуминов¹, Й.М. Нуриддинов¹

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И ЕЁ ПРИДАТКОВ СВОДА ЧЕРЕПА И ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ (ОКПСЧПО)

¹Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

²Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Базаров Негмат Исмаилович - д.м.н., профессор кафедры онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино; negmatbazarov@mail.ru

Цель исследования. Изучение некоторых особенностей клиники, этиологии, диагностики, морфологического строения, пути оптимизации и эффективность лечения ОКПСЧПО.

Материал и методы исследования. Произведено проспективный анализ этиологии, морфологического строения, клинических данных историй болезни 70 больных с опухолями кожи и её придатков свода черепа и периорбитальной области и оценён эффективность лечения (67 пациентов с ОКПСЧПО) в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2015 по 2018 годы.

Результаты исследования и их обсуждение. Этиологией развития среди 63 больных со злокачественными ОКПСЧПО: а) у 53 (84%) пациентов послужило воздействие солнечной радиации; б) у 7 (11%) пациентов - наличие светлой окраски кожи (светочувствительной к воздействию солнечной радиации); в) у 3 (5%) пациентов на фоне термических и фотоожогов. Патоморфологическое исследование среди 70 (100%) больных с ОКПСЧПО

установлено что у 63 (90%) пациентов новообразований - злокачественные, у 7 (10%) больных - доброкачественные опухоли. Оценка эффективности терапии проведенная у 67 больных с ОКПСЧПО показали, что у 58 (86.5%) - получены отменные результаты; у 3 (4.5%) - хорошие результаты; у 3 (4.5%) - удовлетворительные; у 3 (4.5%) - неудовлетворительные результаты лечения. Качество жизни пациентов по шкале Карновского от минимальных 60% улучшилось до 100%.

Заключение. Адекватные методы лечения при ОКПСЧПО позволили добиться удовлетворительных и отменных результатов у 96% больных, что ускорило реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных.

Ключевые слова: клиника, диагностика и оптимизация лечения опухолей кожи и её придатков, свода черепа, перiorбитальной области.

N.I. Bazarov¹, F.A. Imomov¹, F.I. Shukurov¹, Abdulqohir Qodiri², F.S. Mahmadvov¹, F.H. Raihonov¹, M.M. Kosimov², A.A. Abdumuminov¹, Y.M. Nuritdinov¹

SOME ASPECTS OF CLINICAL PICTURE, DIAGNOSTICS, AND OPTIMIZATION OF TREATMENT OF TUMORS OF THE SKIN AND ITS APPENDAGES IN THE CRANIAL VAULT AND PERIORBITAL AREA (TSACVPA)

¹ Department of Oncology, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan;

² Scientific-clinical Institute of Stomatology and Maxillofacial Surgery;

Bazarov Negmat Ismailovich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Oncology, ATSMU; email: negmatbazarov@mail.ru

Aim. To study the clinical picture, etiology, diagnosis, morphological structure and optimization of the treatment of patients with TSACVPA.

Materials and methods. Prospective analysis of the etiology, morphological structure and clinical data of 70 patients with TSACVPA and assessment of the effectiveness of treatment of 67 patients with TSACVPA was conducted in Republican Oncology Scientific Center.

Results. Etiology of malignant TSACVPA of 63 patients was: a) 53 (84%) patients – exposure to solar radiation; b) 7 (11%) patients – light skin color (high photosensitive to solar radiation); c) 3 (5%) patients – thermal and photo burns. Pathological examination of 70 (100%) patients with TSACVPA showed malignant tumors in 63 (90%) patients, benign tumors in 7 (10%) patients. Evaluation of the effectiveness of therapy was carried out in 67 patients with TSACVPA and showed that 58 (86.5%) excellent results; 3 (4.5%) good results; 3 (4.5%) satisfactory; 3 (4.5) unsatisfactory results of treatment. The life quality according to Karnovsky scale increased from a minimum of 60% up to 100%.

Conclusion. The use of adequate methods of treatment of TSACVPA allowed achieving satisfactory and excellent results and improved life quality in 96% of patients.

Keywords: clinical picture, diagnosis, optimization of treatment of tumors of the skin and its appendages in the cranial vault and periorbital area.

Актуальность. Солитарные опухоли кожи занимают 1-2 места в структуре всех опухолей, составляя 12-14%, при этом 59-94% кожных раков локализуются на голове, лице и шее. Традиционно рак кожи занимает третье место по частоте среди всех опухолевых заболеваний (после рака желудка и легких). Среди злокачественных эпителиальных новообразований кожи базальноклеточная морфологическая структура составляет от 75% до 90%. Научные сведения о частоте солитарных, первично- множественных опухолей кожи и её придатков свода черепа противоречивые и составляют они от 4% до 12%, а доброкачественные опухоли составляют от 88% до 96% по данным различных авторов [1, 3, 5, 7, 10]. Свод черепа включает в себя лобную, теменную, затылочную и височную области. В клинике челюстно-лицевой хирургии и

стоматологии ВМедА им. С.М. Кирова за 13 лет было произведено более 60 операций на своде черепа [1]. На сегодняшний день в качестве золотого стандарта, в целях диагностики ОКПСЧПО применяют комплексный подход, который включает в себя целый ряд клинических, лабораторных, инструментальных, иммуно-гистохимических и молекулярно-генетических методов исследования. Правильный алгоритм распознавания, лечения ОКПСЧПО значительно увеличит процент своевременного установления, выполнения адекватных оперативных вмешательств с учетом возраста пациентов, локализации, гистологического строения сопутствующих заболеваний, что позволит обеспечить улучшение непосредственных, отдаленных результатов лечения, а также проводить вторичную и третичную профилактику рака

кожи этой локализации.

На современном этапе для адекватной оценки качества жизни онкологических пациентов применяются различные опросники (общие и специализированные), которые должны соответствовать определённым требованиям: многомерность, простота, краткость, приемлемость, применимость различных языковых и социальных культур [2, 4].

В онкологической практике наибольшее распространение получили американский опросник FACT-G и европейский-EORTC QLQ-C30, последняя содержит 30 вопросов, сгруппированных в функциональных шкалах, 3 шкалы симптоматики, шкалу общего качества жизни и одиночных пунктов [11]. Качественными характеристиками опросников является надёжность, валидность, чувствительность (респонсивность). Надёжность опросника – способность дать постоянные точные измерения. Валидность – способность опросника достоверно измерять ту основную характеристику, которая в нём заложена. Оценка валидности необходима с целью определения достоверности показателей различных шкал опросника. Чувствительность – способность опросника давать достоверные изменения баллов качества жизни в соответствии с изменениями состояния больного [2, 3]. Вопрос рака кожи на лице, шеи и других частях тела достаточно хорошо изучена и достигнуты относительно благоприятные результаты в лечении. Необходимо констатировать, что ОКПСЧПО является исключением, а применимые традиционные подходы терапии малоэффективны. В связи с исключительно редко наблюдающейся патологией литературные источники содержат крайней мало сведения о диагностике, этиологии и лечении этих новообразований. Вышеприведённые обстоятельства стимулируют продолжение поиска, направленного на усовершенствование профилактики, лечения и изучения качества жизни при ОКПСЧПО [4-7, 11].

Цель исследования. Провести анализ клиники, этиологии, особенности морфологического строения, определить эффективности терапии и качество жизни больных с ОКПСЧПО.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный клинико-статистический анализ амбулаторных карт, истории болезни 1052 больных с различными опухолями и опухолеподобными процессами челюстно-лицевой области и шеи (ООППЧЛОШ), которые находились на обследовании и лечении в Государственном учреждении «Республиканском онкологическом

научном центре» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ) с 2015 года по первый квартал 2018 года. Среди 1052 пациентов с ООППЧЛОШ у 70 (7%) больных опухоли локализовались на коже свода черепа и её придатков и периорбитальной области. Эффективность реабилитации у 67 больных с одиночными и первично множественными опухолями кожи, её придатков свода черепа и периорбитальной области мы оценивали по субъективным и объективным показателям. Субъективный эффект (СЭ) выражался в числе суток после хирургического, комбинированного, комплексного лечения, когда пациент начал ощущать прекращение боли, отёка, припухлости в области послеоперационной раны, отмечал восстановление функции: а) мимических мышц, б) эстетическую, в) зрение, г) жевания, д) слуха и другие. Субъективный эффект у пациентов ОКПСЧПО варьировал от 5 до 13 дней.

Объективный эффект (ОЭ) оценивался по следующим критериям:

1) отменный результат, когда одиночные или первично множественные опухоли кожи, её придатков свода черепа и периорбитальной области после одного курса лучевого, хирургического, комбинированного, комплексного лечения исчезали полностью (то есть происходила полная регрессия). Кроме того, удалось получить положительные результаты без нарушения восстановления функций органов головы и шеи, спустя шесть месяцев и один год, и когда отсутствовали признаки рецидива ОКПСЧПО в течение 3-5 лет;

2) хороший результат, когда одиночные или первично множественные опухолевые очаги кожи, её придатков свода черепа и периорбитальной области после лечения исчезали наполовину (то есть частичная регрессия). Когда пациенты были подвергнуты повторному лечению и удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи спустя шесть месяцев и один год, и когда отсутствовали признаки рецидива ОКПСЧПО в течение 3-5 лет;

3) удовлетворительный результат, когда одиночные или первично множественные опухолевые очаги кожи, её придатков свода черепа и периорбитальной области после лечения оставались в прежних размерах (то есть стабилизация процесса). Когда больные были, подвергнуты повторному хирургическому, комбинированному, комплексному лечению и удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы

и шеи спустя шесть месяцев и один год и когда отсутствовали признаки рецидива ОКПСЧПО в течение 3-5 лет;

4) неудовлетворительный результат, когда не удалось добиться положительных результатов лечения одиночных или первично множественных опухолевых очагов кожи, её придатков свода черепа и периорбитальной области. Даже, когда применялись комбинированные, комплексные методы, а также, несмотря на назначение гормонотерапии не удалось, получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи в течение 3-5 лет. Кроме того, наблюдались ранний, поздний рецидивы и появлялись новые очаги ОКПСЧПО в течение одного года.

Результаты исследования и их обсуждение. Под нашим наблюдением и на лечение находились 70 больных ОКПСЧПО в возрасте от 18 лет до 91 года, из них мужчин было 43 (61%), а женщин – 27 (39%). При анализе сроков обращения (в месяцах и годах) среди 70 (100%) больных ОКПСЧПО варьировала от 1 месяца до 18 лет. Анализ симптомов среди 70 пациентов с ОКПСЧПО показали, что они у 50 (71%) имели опухолевую язву, которая кровоточила при дотрагивании и в течение длительного времени не заживалась, несмотря на применение различных противовоспалительных, гормональных и других мазей. У остальных 20 (29%) больных новообразования имели одиночно и множественно узловую форму.

Рассмотрение причин развития ОКПСЧПО среди 70 больных показал: а) злокачественные опу-

холи кожи, её придатков и переорбиты у 53 (84%) пациентов возникли под воздействием солнечной радиации в диапазоне 290-330 нм, на фоне различных доброкачественных опухолей, опухолеподобных процессов, специфических процессов (гиперкератозов, пигментных ксеродерм, после лучевого лечения фауса, парши, хронической травматизации опухолей кожи свода черепа, несоблюдении гигиены головы и лица); б) у 7 (11%) пациентов со светлой окраской кожи, (светочувствительной к воздействию солнечной радиации; в) у 3 (5%) пациентов на фоне термических и фотоожогов, которые представлены на рис. 1.

Патоморфологическое исследование среди 70 (100%) больных с ОКПСЧПО показало, что у 63 (90%) пациентов были установлены злокачественные новообразования и в порядке убывания у 35 (50%) больных был верифицирован плоскоклеточный рак среди них: у 23 (33%) - плоскоклеточный ороговевающий рак, у 12 (17%) - плоскоклеточный неороговевающий рак. У 24 (34%) больных с ОКПСЧПО морфологически наблюдался базальноклеточный рак. Патогистологически у 2 (3%) больных с ОКПСЧПО была установлена меланома. У 2 (3%) больных злокачественные опухоли кожи исходили из её придатков, когда по одному клиническому наблюдению патогистологически была установлена цилиндрома и липосаркома. Опухоли доброкачественной природы были установлены у 7 (10%). Среди них у 4 (57%) различные опухоли и опухолеподобные процессы по одному клиническому наблюдению меланоз Дюбреля, дерматофиброма,

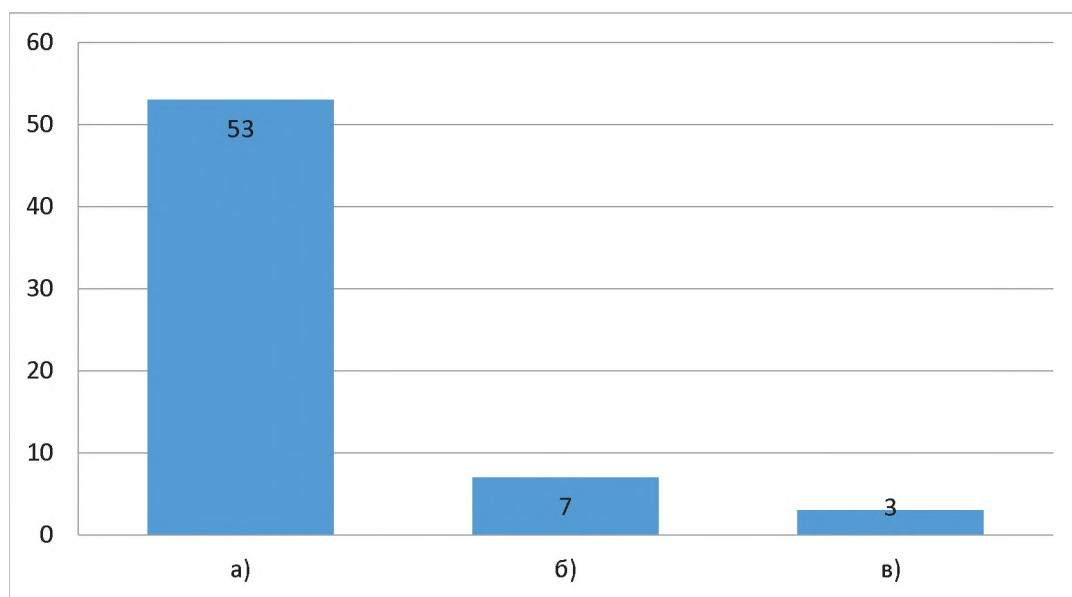


Рис. 1. Причины развития злокачественных новообразований у пациентов с ОКПСЧПО

атерома, остеома, а у 3 (43%) больных морфологически была установлена кавернозная гемангиома.

При анализе локализации ОКПСЧПО среди 70 (100%) в порядке убывания была установлена (рис.2) следующая закономерность:

А) у 25 (36%) больных опухоли кожи и её придатков свода черепа и периорбитальной области локализовались в височной зоне свода черепа;

Б) у 19 (27%) больных опухоли кожи и её при-

датков свода черепа и периорбитальной области локализовались в лобной зоне свода черепа;

В) у 17 (24%) больных опухоли кожи и её придатков свода черепа и периорбитальной области локализовались в теменной зоне свода черепа;

Г) у 7 (10%) больных опухоли кожи и её придатков свода черепа и периорбитальной области локализовались в затылочной зоне свода черепа;

Д) у 2 (3%) больных опухоли кожи и её при-

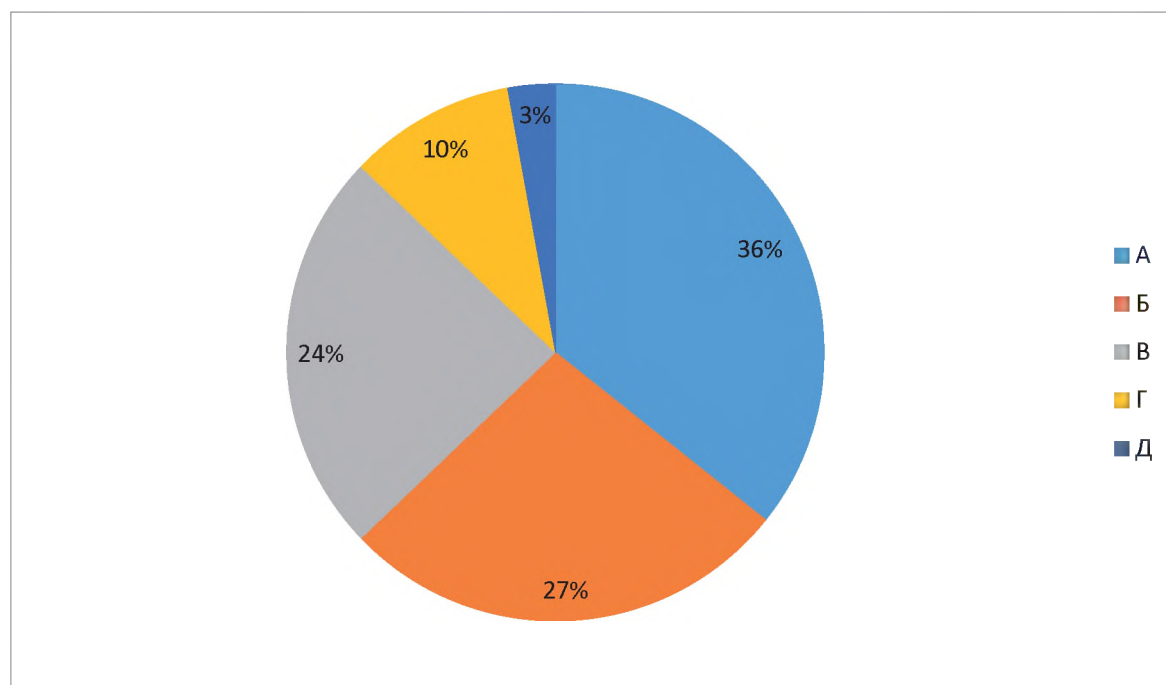


Рис.2. Результаты анализа локализации у пациентов ОКПСЧПО

датков свода черепа и периорбитальной области локализовались на верхнем веке лица.

Распространённость злокачественных опухолей кожи и её придатков свода черепа и периорбитальной области по международной системе TNM выглядела следующим образом: T1N0M0 была установлена у 7 (11%), T2N0M0 установлена у 25 (40%), T3N0M0 - у 22 (35%), T4N0M0 - у 9 (14%) пациентов. Очаги поражения опухолями кожи и её придатков свода черепа и периорбитальной области солитарными или одиночными были у 55 (79%) пациентов, а множественные синхронные - у 15 (21%) больных. После тщательных клинических и дополнительных методов исследования большинство пациентов с ОКПСЧПО были подвергнуты различным по характеру и объёму, по способу замещения изъянов оперативным вмешательством. В порядке от большего к меньшему числу они выглядели следующим образом: 1) у 20 (29,1%) больных было произведено иссечение с пластикой

местными тканями; 2) у 19 (27%) больных в плане комбинированного лечения в начале проведена лучевая терапия, а затем произведено иссечение с пластикой местными тканями; 3) у 19 (27%) больных перед выполнением операции иссечения ОКПСЧПО, когда впервые в клинической практике был применён способ хирургического гемостаза до иссечения опухолей свода черепа, с помощью предварительного циркулярного обшивания вокруг новообразования по методу Гейден-Гейна, отступя на 2-2,5 см от визуально определяемых границ инфильтрации опухоли она позволила: произвести операцию электроиссечения, отступя на 1-2см от визуально определяемых границ инфильтрации опухоли свода черепа, без кровопотери сократить время операции, у 98% пациентов заживление послеоперационной раны протекало первичным натяжением, без каких-либо осложнений, что ускорило интра- и послеоперационную хирургическую реабилитацию этих пациентов, а в случае

прорастания опухоли в надкостницу производилось снятие надкостницы кости свода при помощи фрезы или долота, которая оголялась до появления капли крови. Для замещения после операционных дефектов были использованы свободные кожные трансплантаты, взятые с передней поверхности бедра или медиальной поверхности плеча. Среди таких больных было 19 (27%) пациентов со злокачественными ОКПСЧПО 10 (53%) больных получали предоперационную лучевую терапию, а 9 (47%) - не получали лучевой терапии, а также у этого контингента больных интраоперационно проводилась профилактика тромбоза, ишемии; 4) 3 (4,3%) пациентам с кавернозными формами гемангиом нами было впервые в клинической практике произведена обшивание кавернозных сосудистых опухолей кожи и её придатков черепа, челюстно-лицевой области и шеи (КСОКПЧЛОШ), начиная с периферии в направлении к центру (по методу Гейден-Гейну). Затем производилось откачивание содержимого кавернозной полости максимально, затем вводили склерозирующую смесь (СС), состоящую из 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2,5% суспензии гидрокортизона в полости СОГШ

(согласно раннему определенному объему кавернозной полости) на послеоперационную рану накладывали полуспиртовую асептическую компрессионную повязку; 5) 3 (4,3%) пациентам были выполнены различные операции: одному - операция и иммунотерапия, второму - криодеструкция, третьему - краевая резекция; 6) 3 (4,3%) пациентам было выполнено эксцезионная биопсия; 7) 2 (3%) пациентов отказались от всех видов специального лечения; 8) 1 (1%) пациент с ОКПСЧПО в связи с прединфарктным состоянием был переведён в кардиологический центр для проведения специального лечения.

Из 70 пациентов ОКПСЧПО 3 (4,3%) пациентов отказались от всех видов специального лечения. Поэтому 67 больным было проведено *хирургическое, комбинированное, комплексное лечение*. Оценка эффективности терапии показала, что у 58 (86,5%) пациентов были получены отменные результаты лечения; у 3 (4,5%) - хорошие результаты лечения; 3 (4,5%) - удовлетворительные результаты лечения; 3 (4,5%) - *неудовлетворительные* результаты лечения. Результаты эффективности лечения ОКПСЧПО, представлены в (рис.3).

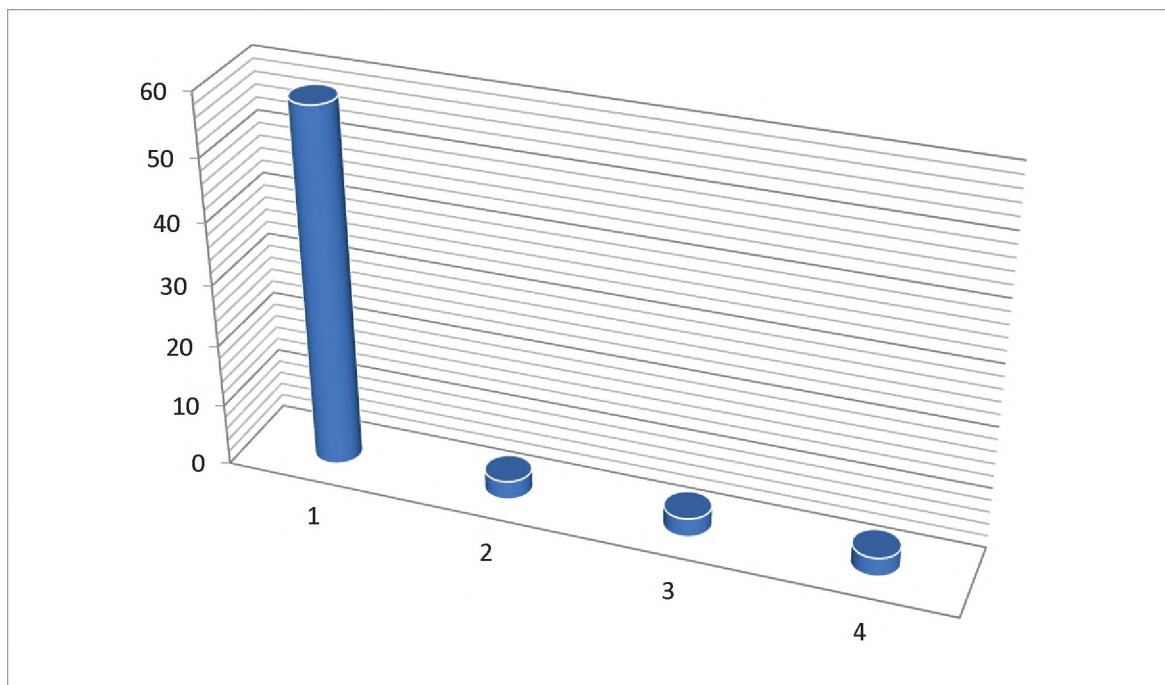


Рис.3. Результаты анализа эффективности лечения ОКПСЧПО по объективным показателям

Оценка качества жизни пациентов ОКПСЧПО по шкале Корновского проведена у 22 (33%) больных, которая от минимальных 60% улучшилась до 100%. Для иллюстрации отменных и удовлетворительных результатов лечения, которые составили 64 (96%), приводим клинические примеры.

Больной Ф. 53 лет, поступил в клинику кафедры онкологии с диагнозом рак кожи теменной области свода черепа слева Т3N0M0 11 - клиническая группа. Состояние после лучевой терапии 40 грей 2017 году. Больному 17.02.2017г. было выполнено широкое электро-иссечение опухоли

кожи теменной области свода черепа после предварительного наложения гемостатических швов Гейденгейну с замещением дефекта свободным кожным трансплантатом плеча слева. На операционном столе для профилактики тромбоэмболии, ишемии внутривенно вводился 5000 ЕД гепарина, затем ещё в течение 2 суток по 2500 ЕД гепарина вводился подкожно, но-шпа по 2.0 два раза в день

вводилась внутримышечно, никотиновая кислота 1% 5,0 мл три раза в день внутримышечно, раствор реополиглюкина 400,0 мл внутривенно 2 раза в сутки, а на третьи сутки после операции больной получал 0,75 мг кардиомагнила. Заживление послеоперационной раны у пациента происходило первичным натяжением.

Заклучение. С целью профилактики, своев-



Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

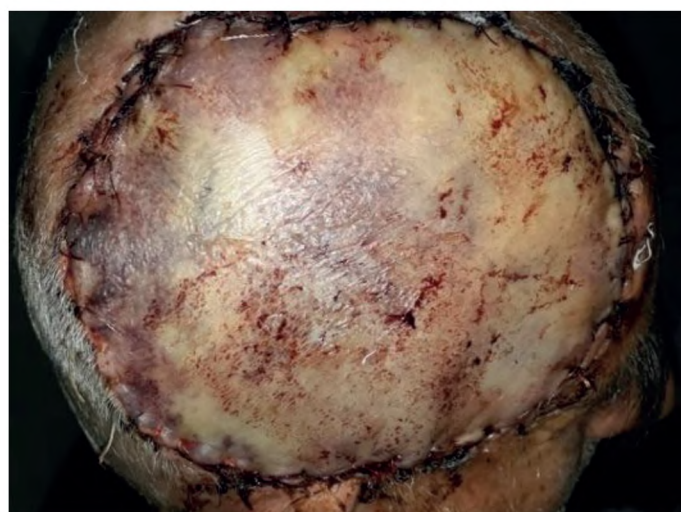


Рис. 7

временного выявления, лечения ОКПСЧПО необходимо: а) разъяснение широкому кругу населения необходимости ограничивать воздействие на кожу различных факторов внешней среды, а именно: солнечной радиации в ультрафиолетовой части спектра, ограничении работы на открытом воздухе людям со светлой кожей; б) проведение разъяснительной работы среди населения о ранних призна-

ках как предопухолевых, доброкачественных, так и злокачественных опухолей кожи свода черепа и периорбитальной области с целью своевременной адекватной диагностики и лечения в условиях специализированных онкологических учреждений; в) применение комбинированных, комплексных методов лечения и предложенный нами способ усовершенствования хирургического лечения ОК-

ПСППО позволили добиться удовлетворительных и отменных результатов у 96% больных, что ускорило медико-социальную реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

(п. 11 см. в REFERENCES)

1. Александров Н.М. Операции на покровах свода черепа. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. 2-е изд. / Н.М. Александров — Л.: Медицина, 1985. — С. 244-253.
2. Добровольский С.Р. Исследование качества жизни больных в хирургии / С.Р. Добровольский [и др.] // Хирургия. — 2008. — №12. — С.73-76.
3. Зикирходжаев Д.З. Сроки появления рака кожи на рубцах в зависимости от этиологических факторов рубцов / Д.З. Зикирходжаев, Б.М. Орифов, Ю.Ю. Норматова // Евразийский онкологический журнал. — 2014. — Том3. — №3. — С. 942-943
4. Куликов Е.П., Результаты и качество жизни больных после пилоросохранной резекции желудка при раке / Е.П. Куликов, С.А. Мерцапов — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 144 с.
5. Пшениснова К.П. Курс пластической хирургии: Руководство для врачей. Том 1: Общие вопросы. Кожа и ее поражения. Голова и шея / К.П. Пшениснова — Я.: Рыбинский дом печати, 2010. — 754 с.
6. Ломаткин И.А. Клиническая дерматоонкология: атлас. / И.А. Ломаткин — М.: Лаборатория знаний, 2011. — 499 с.
7. Ломаткин И.А. Лечение опухолей кожи. Онкодерматология. / И.А. Ломаткин — М.: 2017. — С. 40-63.
8. Пачес А.И. Рак кожи. Опухоли головы и шеи. Клиническое руководство 5-е изд. / А.И. Пачес — М.: Лаборатория знаний, 2013. — С. 47-79.
9. Решетов И.В. Клинические характеристики и возможности лекарственной терапии неоперабельного метастазированного базальноклеточного рака кожи / И.В. Решетов, О.В. Маторин, Н.В. Бабаскина // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. — 2014. — №2. — С. 44-48.
10. Чиссов В.И. Раннее выявление и профилактика меланомы кожи. / Чиссов В.И., [и др.] — М.: ФГБУ «МНИ-ОИ им. П.А.Герцена» Минздрава России, 2013. — 22 с.

REFERENCES

1. Aleksandrov N.M. Operatsii na pokrovakh svoda cherepa. Klinicheskaya operativnaya chelyustno-litsevaya khirurgiya. 2-e izd [Operations on the covers of the cranial vault. Clinical operative maxillofacial surgery. 2nd edition]. N.M. Aleksandrov. Leningrad, Meditsina Publ., 1985. 244-253 p.
2. Dobrovolskiy S.R. Issledovanie kachestva zhizni bolnykh v khirurgii [Study of the quality of life of patients in surgery]. Khirurgiya - Surgery, 2008, No. 12, pp. 73-76.
3. Zikiryakhodzhaev D.Z. Sroki poyavleniya raka kozhi na rubtsakh v zavisimosti ot etiologicheskikh faktorov rubtsov [The timing of skin cancer on scars, depending on the etiological factors of scars]. D.Z. Zikiryakhodzhaev, B.M.

Orifov, Yu.Yu. Normatova. Evraziyskiy onkologicheskii zhurnal - Eurasian journal of Oncology, 2014, Vol. 3, No. 3, pp. 942-943

4. Kulikov E.P. Rezultaty i kachestvo zhizni bolnykh posle pilorosokhrannoy rezektsii zheludka pri rake [Results and quality of life of patients after pylorus preservation of the stomach in cancer]. E.P. Kulikov, S.A. Mertsalov. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2018. 144 p.

5. Pshenishnova K.P. Kurs plasticheskoy khirurgii: Ru-kovodstvo dlya vrachey. Tom 1: Obshchie voprosy. Kozha i ee porazheniya. Golova i sheya [Plastic Surgery Course: A Guide for Doctors. Volume 1: Common Questions. The skin and its lesions. Head and neck]. K.P. Pshenishnova. Yaroslavl, Rybinskiy dom pechati Publ., 2010. 754 p.

6. Lomatkin I.A. Klinicheskaya dermatoonkologiya: atlas [Clinical dermatologic oncology: atlas]. I.A. Lomatkin. Moscow, Laboratoriya znaniy Publ., 2011. 499 p.

7. Lomatkin I.A. Lechenie opukholey kozhi. Onkoder-matologiya [Treatment of skin tumors. Oncodermatology]. I.A. Lomatkin. Moscow, 2017. 40-63 p.

8. Paches A.I. Rak kozhi. Opukholi golovy i shei. Klin-icheskoe rukovodstvo 5-e izd [Skin cancer. Tumors of the head and neck. Clinical Guide 5th ed]. A.I. Paches Moscow, Laboratoriya znaniy Publ., 2013. 47-79 p.

9. Reshetov I.V. Klinicheskie kharakteristiki i vozmozh-nosti lekarstvennoy terapii neoperabilnogo mestnorasprotrony-onnogo bazalno-kletochno go raka kozhi [Clinical character-istics and possibilities of medicament treatment of inoperable locally-spread basal cell carcinoma of the skin]. I.V. Reshetov, O.V. Matorin, N.V. Babaskina. Onkologiya. Zhurnal im. P.A. Gertsena - Oncology. Journal named after P. A. Gertsen, 2014, No. 2, pp. 44-48.

10. Chissov V.I. Rannee vyyavlenie i profilaktika mel-anomy kozhi [Early detection and prevention of skin mel-anoma]. V.I. Chissov [i dr.]. Moscow, FGBU «MNI-OI im. P.A.Gertsena» Minzdrava Rossii Publ., 2013. 22 p.

11. Aaronson N.K. Measuring quality of life in every oncological patient. Nederland's Tijdschrift voor Geneeskunde, 2011, Vol. 155, No 45, pp. 37-49.

ХУЛОСА

**Н.И. Бозоров¹, Ф.А. Имомов¹, Ф.И. Шукуров¹,
Абдулқоҳир Қодирӣ², Ф.С. Маҳмадов¹,
Ф.Х. Райҳонов¹, М.М. Қосимов²,
А.А. Абдумунинов¹, Й.М. Нуритдинов¹.**

**БАЪЗЕ ЧАНБАЪҲОИ КЛИНИКӢ, ТАШ-
ХИС ВА РОҲҲОИ МУВОФИҚГАРДОНИИ
МУОЛИҶАИ ОМОСИ ПУСТ ВА ЗОИДҲОИ
ОН ДАР ГУНБАЗИ КОСАХОНА ВА МАВ-
ЗЕИ АТРОФИ ОРБИТАЛӢ (ОПЗГКМО)**

¹ Кафедраи саратониносии ДДТТ ба номи
Абӯалӣ ибни Сино;

² Пажӯҳишгоҳи илмӣ-клиникӣ стоматология
ва ҷарроҳии ҷогу рӯй

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши баъзе хусиятҳои клиника, этиология, ташхис, сохтори морфологӣ, роҳҳои мувофиқгардонӣ ва самаранокии муолиҷаи ОПЗГКМО.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлили проспективии маълумотҳои этиологӣ, сохтори морфологӣ ва клиникаи таърихи бемории 70 бемори гирифтори омоси пӯст ва зоиҳои он дар мавзеи гунбази косахона ва атрофи арбиталӣ ба амал оварда шуда, самаранокии муолиҷа (дар мавриди 67 бемори гирифтори ОПЗГКМО) дар шароити Муассисаи давлатии «Маркази илмӣ саратоншиносии ҷумҳуриявӣ»-и ВТ ва ҲИА ҚТ дар давраи солҳои аз 2015 то 2018 арзёбӣ гардид.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Этиологияи инкишоф дар байни 63 бемори гирифтори ОПЗГКМО-и бадсифат: а) дар мавриди 53 (84%) беморони таъсири радиатсияи офтоб сабаб гардида буд; б) зимни 7 (11%) бемор бошад, мавҷудияти ранги равшани пӯст (равшаниҳисқунӣ ба таъсири радиатсияи офтоб); в) ҳангоми 3 (5%) пациент дар заминаи термикӣ ва фотосӯхтагӣ.

Таҳқиқоти патоморфологии 70 (100%) бемори гирифтори ОПЗГКМО муайян намуд, ки дар мавриди 63 (90%) бемор номияҳо бадсифатанд, зимни 7 (10%) ҳодиса бошад, омосҳо хушсифатанд. Арзёбии самаранокии муолиҷа дар баробари 67 бемори гирифтори ОПЗГКМО нишон дод, ки зимни 58 (86.5%) натиҷаи бениҳоят хуб ҳосил шуд; дар мавриди 3 (4.5%) бемор бошад, натиҷаҳо хубанд; дар 3 (4.5%) бемор қаноатбахш ва дар мавриди 3 (4.5%) бемор, муолиҷа ғайриқаноатбахш аст. Сифати умри беморон тибқи шкалаи Карновский аз ҳадди аққал - 60% то 100% ру ба бехбудӣ овард.

Хулоса. Усулҳои мувофиқи муолиҷа ҳангоми ОПЗГКМО ба даст овардани натиҷаҳои қаноатбахш ва бениҳоят хубро дар мавриди 96% беморон имконпазир гардонид, ки барои тезонидани реабилитатсия ва беҳтар гардонидани сифати умри беморон мусоидат намуд.

Калимаҳои калидӣ: клиника, ташхис ва мувофиққунонии муолиҷаи омоси пӯст ва зоиҳои он, гунбази косахона, мавзеи атрофи арбиталӣ.

УДК 616.235:613.95 (575.3)

А.В. Вохидов, Р.М. Нуров, Х.Б. Давлятов, Р.М. Абдурахимов

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

ГУ НИИ профилактической медицины г. Душанбе

Вохидов Абдусалом Вохидович – д.м.н., проф., ведущий научный сотрудник ГУ МК «Истиклол»; тел.: +992 907 707 996; e-mail: avokhidov@hotmail.com

Цель исследования. Дать характеристику особенностям течения патологии бронхолегочной системы ВИЧ-инфицированных детей.

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 28 ВИЧ-инфицированных детей, группу сравнения составили 12 детей по возрасту идентичные с детьми основной группы. Среди наблюдаемых детей основной группы мальчики составили 18 (64,28%), девочек было 10 (35,71%). Всем детям были проведены серологические исследования, на выявление антител к вирусу иммунодефицита человека, для этих целей был использован методом ИФА.

Результаты исследования и их обсуждение. Более половины обследованных ВИЧ-инфицированных детей 15 (53,5%), родились недоношенными с признаками задержки внутриутробного развития, патологией ЦНС. Наиболее характерным признаком для каждого 4-го ребенка, было слабая прибавка или полное отсутствие динамики изменения массы тела, каждый третий ребенок (9 - 32,14%) страдал пневмоцистной пневмонией.

Заключение. ВИЧ-инфицированные дети, страдающие бронхолегочной патологией, отстают в физическом и психомоторном развитии, регистрируются частые рецидивы инфекций, выявляется лимфаденопатия, гепатомегалия, спленомегалия.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные детей, бронхолегочная патология.