

**Н.И.Базаров, Ф.С Махмадов, З.Н. Икромов, М.М. Косымов, И.Н.Хусейнов.**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ, НЕЙРОПАТИЧЕСКИХ, ПСИХОГЕННЫХ БОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ**

**Базаров Негмат Исмаилович** – зав. кафедрой онкологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, д.м.н., профессор; Таджикистан г. Душанбе ул. Н-Карабаева 63/1, кв. 13; тел: + (992) 951786162; e-mail: negmatbazarov@mail.ru

*В статье проанализированы интенсивность болевого синдрома, физическая активность, результаты неинвазивного способа обезболивания при соматических, нейропатических, психогенных болях у 30 больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи (ЗОЧЛОШ), получающих паллиативную терапию или при выполнении лечебно-диагностических процедур (ЛДП). Анализ оценки интенсивности болевого синдрома у пациентов с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию, показал, что слабая и умеренная боль наблюдается в 80% клинических наблюдений, нестерпимая сильнейшая боль - у 20% больных с ЗОЧЛОШ, что диктует необходимость последовательного ступенчатого применения анальгетиков возрастающей силы действия, по мере увеличения интенсивности боли. Физическая активность в градациях нормы и умеренно сниженная была установлена в целом у 77% пациентов больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь. Последние данные показывают возможность проведения паллиативной помощи в амбулаторных условиях. Применение разработанного неинвазивного способа обезболивания на основе 20% раствора димексида с добавлением обезболивающих, антикоагулянта прямого действия, нестероидных противовоспалительных и седативных лекарственных средств у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, обеспечивает от полного до удовлетворительного уровень анальгезии у 87% пациентов.*

**Ключевые слова:** злокачественные опухоли челюстно-лицевой области и шеи, паллиативная помощь, интенсивность болевого синдрома, физическая активность, неинвазивное обезболивание, соматические нейропатические психогенные боли.

**N.I. Bazarov, F.S. Mahmadv, Z.N. Ikromov, M.M. Kosimov, I.N. Khuseynov**

**RESULTS OF TREATMENT OF SOMATIC, NEUROPATHIC, PSYCHOGENIC PAIN IN PATIENTS WITH MALIGNANT TUMORS OF THE MAXILLOFACIAL AREA AND NECK RECEIVING PALLIATIVE CARE**

Department of Oncology of Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sina  
Bazarov Negmat Ismailovich - Head of Department of Oncology of Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sina; Dushanbe, N-Karabayeva str. 63/1, Apt. 13; tel: + (992) 951786162; e-mail: negmatbazarov@mail.ru

*The article analyzes the intensity of the pain syndrome, physical activity, the results of the noninvasive method of pain relief in somatic, neuropathic and psychogenic pain in 30 patients with malignant tumors of the maxillofacial area and neck receiving palliative care or during diagnostic procedures. Analysis of the assessment of pain intensity shows that mild and moderate pain is observed in 80% of clinical observations, and a strong and unbearable pain in 20% of cases. That dictates the need for staged application of analgesics of increasing strength action for increasing intensity of pain. Normal and moderately reduced physical activity was observed in 77% of patients receiving palliative care. Recent data shows the possibility of outpatient palliative care for those patients. Application of the developed non-invasive method of pain relief by 20% Dimexidum solution with analgesics, direct action anticoagulants, NSAID and sedative drugs brings to the full or satisfactory level of analgesia in 87% of patients.*

**Keywords:** malignant tumors of maxillofacial area and neck, palliative care, pain intensity, physical activity, non-invasive analgesics, somatic pain, neuropathic pain, psychogenic pain.

**Актуальность.** Учитывая тенденцию к росту численности людей и глобальному старению населения, к 2025 году прогнозируется существенное увеличение числа новых случаев рака до 19,3 млн. [10, 11, 13, 15, 16]. Проблемы оказания и оптимизации паллиативной помощи онкологическим больным с локализацией челюстно-лицевой области и шеи в Республике Таджикистан на сегодняшний день остаются менее изученными, чем другие направления системы общественного здравоохранения и социальной защиты населения [1-6, 8, 9, 10, 12, 14]. Боль - интегративная функция многих систем организма для защиты от неблагоприятного воздействия внешней среды, направленная на предупреждение вероятного повреждающего воздействия.

Международная Ассоциация по изучению боли (IASP) выработала следующее определение: «Боль — неприятное ощущение или эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения». У онкологических больных этот феномен достаточно часто проявляется в форме хронического болевого синдрома. В этом случае боль уже не носит защитной функции, предопределённой ей природой в ходе эволюции, а сама становится болезнью, отягощающей жизнь онкологического больного, и представляет не только медицинскую, но и социальную проблему. Качество жизни и результаты любого вида лечения в онкологии невозможно оценить без учета динамики хронического болевого синдрома.

Обеспечение адекватного местного обезболивания больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи, получающих паллиативную помощь (МОБЗОЧЛОШППП) позволит реализовать не только онкологические принципы, но и улучшить качество жизни этих сложных пациентов [7-9]. Поэтому насущным вопросом паллиативной онкологии является внедрение неинвазивного адекватного местного обезболивания при соматических, нейропатических, психогенных болях у больных, получающих паллиативную помощь. МОБЗОЧЛОШППП должна быть доступной, простой в применении, с минимальным токсическим влиянием на эндокринную, нервную, гуморальную системы организма и местный иммунитет человека. Кроме того, МОБЗОЧЛОШППП способствует оптимальному заживлению послеоперационных ран после симптоматических и малых паллиативных операций, а также с минимальным влиянием на психическую систему пациентов.

**Цель исследования.** Оценить эффективность неинвазивного местного обезболивания у больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную

помощь, при соматических, нейропатических, психогенных болях

**Материал и методы исследований.** У больных злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи, получающих паллиативную помощь, с соматическими, нейропатическими, психогенными болями для выбора адекватного обезболивания оценку интенсивности болевого синдрома (ОИБС) мы проводили с помощью 5-балльной вербальной шкалы (5БВШ): а) 0 баллов, когда боли не было, б) 1 балл - имела слабая боль, в) 2 балла - умеренная боль, г) 3 балла - сильная боль, д) 4 балла - нестерпимая сильнейшая боль. Для оценки степени физической активности больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или при выполнении лечебно-диагностических процедур, была применена шкала оценки физической активности (ШОФА): 1) нормальная физическая активность - 0; 2) легкое снижение (может самостоятельно ходить, посещать поликлинику и стационар) - 1 балл; 3) умеренное снижение (постельный режим менее 50% дневного времени) - 2 балла; 4) сильное снижение (постельный режим более 50% дневного времени) - 3 балла; 5) крайнее снижение (полный постельный режим) - 4 балла. Степень аналгезии, в процентах, у пациентов со ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, при условии, что первоначальная боль, до компрессов, оценивалось как 100%: а) боли нет, отмечалось как полная аналгезия; б) боль от 1% до 20% - хорошая аналгезия; в) боль от 20% до 30% - удовлетворительная аналгезия; г) боль от 30% до 60% - слабая аналгезия; д) боль от 60% до 90% - плохая аналгезия; е) боль от 90% до 100% - отсутствие аналгезии. При соматических, нейропатических, психогенных болях у больных ЗОЧЛОШ нами предложен способ неинвазивного обезболивания, который апробирован и внедрён в Республиканском онкологическом научном центре (РОНЦ), Национальном медицинском центре РТ, университетской клинике ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Научно-клиническом институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии РТ, в больнице медико-санитарной части Алюминиевого завода «Талко» г. Турсунзаде в период с 2000 по 2016 годы. В клинической практике предложенный способ обезболивания применён у 30 пациентов (из них: 16 (53%) - мужчин, 14 (47%) - женщин) имеющих T2, T3, T4 стадии распространения по международной системе TNM, которые получали паллиативную помощь, возраст пациентов колебался от 50 до 70 лет. Пациентам со ЗОЧЛОШ, получающим паллиативную помощь, проводилась коррекция сопутствующих заболеваний (ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарного диабета и других). В 22 часа вечера и 8 часов

утра больным со ЗОЧЛОШ, получающим паллиативную помощь, накладывались на свод черепа, лицо и шею компрессы на основе 20% раствора димексида с добавлением обезболивающих и седативных лекарственных средств (димексид 99% - 10,0; фурацилин 1:5000 -10,0; диклофенак-натрия 2,5% - 3,0; димедрол 1% - 1,0; гепарин 10000 ЕД). На следующий день проводилось специальное лечение (паллиативная лучевая или химиотерапия) либо выполнялись лечебно-диагностические процедуры (ЛДП)

**Результаты исследований и их обсуждение.** Оценка интенсивности болевого синдрома у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, с соматическими, нейропатическими, психогенными болями показала следующее: а) 0 баллов - не отмечено, б) I балл - у 4 (13,3%) пациентов, в) 2 балла – у 20 (66,7%) больных, г) 3 балла - у 4 (13,3%) пациентов, д) 4 балла – у 2 (6,7%) больных со ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или при выполнении лечебно-диагностических процедур.

Оценка интенсивности болевого синдрома у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию, с соматическими, нейропатическими, психогенными болями или при выполнении ЛДП проиллюстрировала, что слабая и умеренная боль наблюдалась в 80% клинических наблюдений, сильная и нестерпимая сильнейшая боль - у 20% больных. Поэтому таким пациентам при слабой и умеренной интенсивности болевого синдрома можно проводить 1 степень обезболивания ненаркотическими, антигистаминными, нестероидными противовоспалительными препаратами. При сильной и нестерпимой, сильнейшей интенсивности болевого синдрома переходят к назначению слабых опиатов (кодеин и кодеин содержащие препараты) в сочетании с ненаркотическими анальгетиками (трамал) и вспомогательной терапией, то есть как вторая степень обезболивания.

Одним из важных показателей у больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или при выполнении лечебно-диагностических процедур, является их физическая активность, которая позволяет предупреждать развитие у этих больных легочно-сердечных нарушений, а также проводить паллиативную помощь амбулаторно. У наблюдаемых нами больных степень физической активности выглядела следующим образом: 1) нормальная физическая активность отмечена у 3 (10%) больных, 2) легкое снижение - у 14 (47%) пациентов, 3) умеренное снижение - у 6 (20%) человек, 4) сильное снижение – у 5 (17%) больных, 5) крайнее снижение отмечено у 2 (6%) пациентов. Следует отметить, что физическая активность в грациях от нормы до умеренно сниженной

составила в целом 77% у больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, что указывает на возможность проведения паллиативной помощи в амбулаторных условиях. Кроме того, можно предупреждать различные местные и общие осложнения паллиативной помощи и специального лечения у больных ЗОЧЛОШ. Среди 30 (100%) больных со ЗОЧЛОШ, получивших паллиативную помощь, у 7 (23%) пациентов при анализе шкалы физической активности были получены её параметры от сильной до крайнее сниженной. В связи с этим пациентов клиницисты ориентировали на проведение паллиативной помощи в стенах специализированной клиники.

Одним из важных объективных критериев любого вида обезболивания является определение процента эффективности. Данные о проценте обезболивания у больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию или при выполнении ЛДП, представлены в диаграмме (рис.). При анализе процента анальгезии у пациентов со ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь или при выполнении ЛДП, при условии, что первоначальная боль, до компрессов, оценивалась как 100%: а) полная анальгезия наблюдалась у 2 (7%) больных; б) хорошая анальгезия - 14 (47%) пациентов; в) удовлетворительная анальгезия – у 10 (33%) больных; г) слабая анальгезия – у 1 (3%) пациента; д) плохая анальгезия - у 1 (3%) больного; е) отсутствие анальгезии – у 2 (7%) пациентов. Следовательно, достижение от удовлетворительного до полного уровня анальгезии у пациентов со ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную химиотерапию или при выполнении ЛДП, составило 87%, что свидетельствует о значительном преимуществе данного способа местного обезболивания на основе 20% раствора димексида с добавлением обезболивающих, антикоагулянта прямого действия и седативных лекарственных средств.

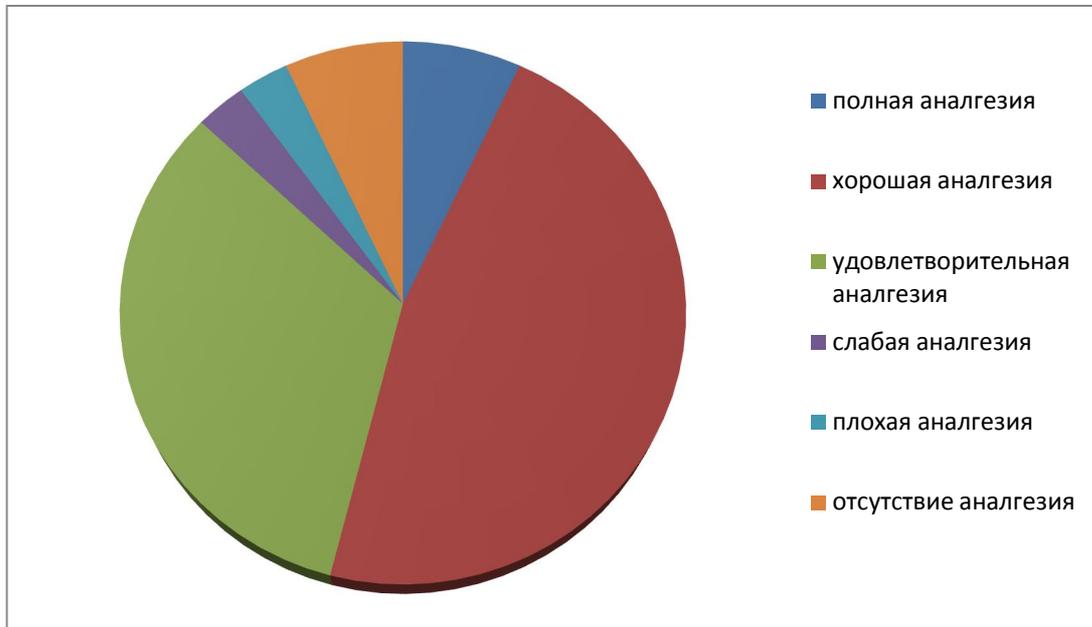
Слабое обезболивание и отсутствие её у пациентов со ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь, с соматическими, нейропатическими, психогенными болями, и при выполнении ЛДП варьировало от 3% до 7%.

Таким образом, больным ЗОЧЛОШ для выполнения паллиативного лечения с соматическими, нейропатическими, психогенными болями или при ЛДП целесообразно использование предложенного нами способа обезболивания.

**Заключение.** Таким образом, больным с ЗОЧЛОШ, получающим паллиативную терапию, с соматическими, нейропатическими, психогенными болями, когда интенсивность болевого синдрома слабая или умеренная, как 1 степень обезболивания можно проводить ненаркотическими, антигистаминными, нестероидными

противовоспалительными препаратами. Когда интенсивность болевого синдрома становится сильной и нестерпимой, сильнейшей, то можно переходить к назначению слабых опиатов (кодеин и кодеин содержащие препараты) в сочетании с ненаркотическими анальгетиками (трамал) и вспомогательной терапией, то есть как

вторая ступень обезболивания. Когда у больных с ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию, с соматическими, нейропатическими, психогенными болями физическая активность находится в градации от нормы до умеренно сниженной, то им можно проводить паллиативную терапию амбулаторно.



Процент обезболивания у больных ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную терапию

Разработанный нами неинвазивный способ обезболивания позволяет достигнуть полного и удовлетворительного уровня аналгезии у 87% пациентов со ЗОЧЛОШ, получающих паллиативную помощь или при выполнении ЛДП. В связи с этим данный способ обезболивания можно рекомендовать к внедрению в клиническую практику первичного медицинского звена, центров здоровья, поликлиник, челюстно-лицевых и онкологических отделений, занимающихся злокачественными опухолями челюстно-лицевой области и шеи у больных, которым необходима паллиативная помощь.

#### ЛИТЕРАТУРА (пп. 15-16 см. в REFERENCES)

1. Абузарова Г.Р., Прохоров Б.М. Дифференцированная фармакотерапия болевого синдрома в онкологии // Российский онкологический журнал. – 2009.- №1. - С. 50-57.
2. Аве Р.К. Исследование состава отделений паллиативной помощи и хосписов в Японии // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. -№ 4. - С.49-50.
3. Власов Я.В., Синеок Е.В., Власов Я.В., Дронов Н.П. Анализ основных проблем доступности оказания паллиативной медицинской помощи онкобольным // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 4. - С. 24-32.
4. Воронов М.И. О состоянии паллиативной помощи в Республике Казахстан // Медицина и качество жизни. - 2012. - № 3.- С. 43-45.

5. Введенская Е.С., Варенова. Л.Е. В поисках методологии определения потребности взрослого населения в паллиативной медицинской помощи // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. - № 4.- С.31-35.

6. Егорова А.Г., Ищеряков С.Н., Осетрова О.В. и др. Курация и организационно-методическая поддержка системы паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в учреждениях здравоохранения Самарской области // Онкология. - 2015. - № 6. - С.48-56.

7. Захарочкина Е.Р. Обзор нормативных правовых актов по общим вопросам оказания паллиативной медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора.- 2015. - № 4.- С.16-23.

8. Злокачественные новообразования в России в 2013 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна., В.В. Старинского, Г.В. Петровой.- М., 2015. - 249 с.

9. Икорский А.А Особенности эмоционального выгорания у специалистов, работающих с умирающими больными // Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. - 2015. - № 1. - С. 102–121.

10. Индейкин Е.Н. Паллиативная помощь в Великобритании (обзор литературы) // Главный врач. - 2004. - № 5. - С. 43-53.

11. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Организационно-методические подходы к совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Российской Федерации // Паллиативная медицина и реабилитация.- 2015. -N 4. -С.5-8.

12. Пономарёва И.П. Современная стратегия паллиативной помощи в гериатрии // Медицинская сестра. - 2015.- № 4. - С.4-7.

13. Стельмах Л.В. Галкин А.А. Паллиативная помощь в онкологии: краткий обзор // Вестник Росздравнадзора.- 2015. - № 4. - С.39-42.

14. Эккерт Н.В. Игнатенко Е.А., Рудакова С.А., Баскакова Н.А. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи // Экономика здравоохранения.– 2009. - №7. – С. 15-20.

#### REFERENCES

1. Abuzarova G. R., Prokhorov B. M. Differentirovannaya farmakoterapiya bolevoogo sindroma v onkologii [Differential pharmacotherapy of pain syndrome in oncology]. *Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal - Russian journal of Oncology*, 2009, No. 1, pp. 50-57.

2. Ave R. K. Issledovanie sostava otdeleniy palliativnoy pomoshchi i khospisov v Yaponii [Study of the composition of palliative care and hospice departments in Japan]. *Problemy upravleniya zdravookhraneniem - Problems of health care management*, 2011, No. 4, pp. 49-50.

3. Vlasov Ya. V., Sineok E. V., Vlasov Ya. V., Dronov N. P. Analiz osnovnykh problem dostupnosti okazaniya palliativnoy meditsinskoй pomoshchi onkologicheskim bolnym [Analysis of the main problems of accessibility of palliative care to oncological patients]. *Vestnik Roszdravnadzora – Herald of Roszdravnadzor*, 2015, No. 4, pp. 24-32.

4. Voronov M. I. O sostoyanii palliativnoy pomoshchi v Respublike Kazakhstan [On the state of palliative care in the Republic of Kazakhstan]. *Meditsina i kachestvo zhizni - Medicine and quality of life*, 2012, No. 3, pp. 43-45.

5. Vvedenskaya E. S., Varenova L. E. V poiskakh metodologii opredeleniya potrebnosti vzroslogo naseleniya v palliativnoy meditsinskoй pomoshchi [In search of a methodology for determining the needs of the adult population for palliative care]. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya - Palliative care and rehabilitation*, 2014, No. 4, pp. 31-35.

6. Egorova A. G., Ishcheryakov S. N., Osetrova O. V. Kuratsiya i organizatsionno-metodicheskaya podderzhka sistemy palliativnoy meditsinskoй pomoshchi onkologicheskim bolnym v uchrezhdeniyakh zdravookhraneniya Samarskoй oblasti [Curation and organizational and methodological support of the system of palliative medical care for cancer patients in health care institutions of the Samara Region]. *Onkologiya - Oncology*, 2015, No. 6, pp. 48-56.

7. Zakharochkina E. R. Obzor normativnykh pravovykh aktov po obshchim voprosam okazaniya palliativnoy meditsinskoй pomoshchi [Review of normative legal acts on general issues of palliative care]. *Vestnik Roszdravnadzora – Herald of Roszdravnadzor*, 2015, No. 4, pp. 16-23.

8. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2013 g. (zabolevaemost i smertnost)*. Pod red. A.D. Kaprina., V.V. Starinskogo, G.V. Petrovoy [Malignant neoplasms in Russia in 2013 (morbidity and mortality)]. A.D. Caprina., V.V. Starinskogo, G.V. Petrova]. Moscow, 2015. 249 p.

9. Ikorskiy A. A. Osobennosti emotsionalnogo vygoraniya u spetsialistov, rabotayushchikh s umirayushchimi bolnymi [Features of emotional burnout in specialists working with dying patients]. *Vestnik PSTGU IV: Pedagogika. Psikhologiya* - , 2015, No. 1, pp. 102–121.

10. Indeykin E. N. Palliativnaya pomoshch v Velikobritanii (obzor literatury) [Palliative care in the UK (literature review)]. *Glavnyy vrach - Head physician*, 2004, No. 5, pp. 43-53.

11. Novikov G. A., Rudoy S. V., Vaysman M. A. Organizatsionno-metodologicheskie podkhody k sovershenstvovaniyu okazaniya palliativnoy meditsinskoй pomoshchi vzrosloму naseleniyu v Rossiyskoй Federatsii [Organizational-methodological approaches to improving the provision of palliative care for the adult population in the Russian Federation]. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya - Palliative care and rehabilitation*, 2015, No. 4, pp. 5-8.

12. Ponomaryova I. P. Sovremennaya strategiya palliativnoy pomoshchi v geriatrii [Modern strategy of palliative care in geriatrics]. *Meditsinskaya sestra - Medical nurse*, 2015, No. 4, pp. 4-7.

13. Stelmakh L. V. Galkin A. A. Palliativnaya pomoshch v onkologii: kratkiy obzor [Palliative care in oncology: an overview]. *Vestnik Roszdravnadzora – Herald of Roszdravnadzor*, 2015, No. 4, pp. 39-42.

14. Ekkert N. V. Ignatenko E. A., Rudakova S. A., Baskakova N. A. Khospis na domu – optimalnaya forma organizatsii vnebolnichnoy palliativnoy pomoshchi [Hospice at home - the best form of organization of community-based palliative care]. *Ekonomika zdravookhraneniya - Health economics*, 2009, No. 7, pp. 15-20.

15. Blagbrough J. Importance of sexual needs assessment in palliative care. *Nurs Stand*, 2010, Vol. 24, No 52. pp. 35-39.

16. Payne S., Radbruch L. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Association for Palliative Care*, 2009, Vol. 16, No. 6, pp. 278-289.

**Н.И.Бозоров, Ф.С Махмадов,**

**З.Н. Икромов, М.М. Қосимов, И.Н.Хусейнов.**

#### **НАТИҶАҶОИ ТАБОБАТИ ДАРДҶОИ ҶИСМОНӢ, НЕЙРОПАТӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ОМОСҶОИ БАДСИФАТИ ҶОҶУ РӢӢ ВА ГАРДАН, КИ ТАБОБАТИ ПАЛЛИАТИВӢ ҚАБУЛ МЕКУНАНД.**

**Кафедраи саратоншиносии Донишгоҳи давлатии  
тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино**

Дар ин мақола шиддати алоими дард, фаъолияти ҷисмонӣ, натиҷаҳои усули ғайриинвазивии таскини №2 дардҳои ҷисмонӣ, нейропатӣ, психогенӣ дар 30 бемори дорои омосҳои бадсифати мавқеи ҷоғу рӯй ва гардан (ОБМҶРГ) дошта, ки дар рафти табобати паллиативӣ ва ё хангоми иҷроиши амалиётҳои ташхисию табобатӣ (АТТ) қарор доранд, таҳлилан оварда шудаанд. Таҳлили баҳодихии шиддати алоими дард дар беморони бо ОБМҶРГ, ки табобати паллиативӣ қабул менамуданд, нишон дод, ки дарди суст дар 80% мушоҳидаҳои клиникӣ, дарди саҳт ва шадиди тоқатфарсо дар 18%

беморони бо ОБМЧРГ чой дорад, ки ин ба истифодаи аналгетикҳо вобаста ба афзоиши шиддати дард тадричан зина ба зина водор мекунад. Фаъолияти ҷисмонии беморони дорои ОБМЧРГ, ки таъобати паллиативӣ қабул мекунад, дар дараҷабандӣ аз меъёр то муътадил пасткардашуда 77%-ро ташкил намуд. Маълумотҳои охирин будани имконияти расонидани таъобати паллиативиро дар шароити амбулаторӣ ба беморони мазкур нишон медиҳанд. Истифодаи усули коркардшудаи бедардкунӣ №2 бо истифодаи маҳлули 20% димексид бо иловаи маводҳои таскиндиҳандаи

дард, антикоагулянтҳои таъсиршон мустақим, маводҳои ғайристероидии зиддиилтиҳобӣ ва седативӣ ба беморони дорои ОБМЧРГ, ки ёри паллиативӣ қабул мекарданд, натиҷаҳои аз дараҷаи пурра то қаноатбахши аналгезияи 87% беморон оварда расонид.

**Калимҳои калидӣ:** омосҳои бадсифати мавқеи чоғу рӯй ва гардан, ёри паллиативӣ, шиддати алоими дард, фаъолияти ҷисмонӣ, натиҷаҳои усули ғайриинвазивии таскини дардҳои ҷисмонӣ, нейропатӣ ва психогенӣ.

УДК 616.831-001-089.15

Р.Н. Бердиев, А. Вахидов, М.Т. Бахроми, И.М. Хабибов

## ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ В ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ СДАВЛЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Бердиев Рустам Намозович – д.м.н., зав. кафедрой нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибн Син; 734003 пр-т. Рудаки 139; e-mail: namozovr75@gmail.com; тел: +992 918 81 32 82

*Цель исследования.* Оптимизация выбора хирургической тактики при травматическом сдавлении головного мозга с учетом критериев сердечно-сосудистой системы.

*Материал и методы исследования.* Обследовано 130 пострадавших с травматическим сдавлением головного мозга (ТСГМ): 1-я группа - 41 пострадавший с оценкой состояния по шкале ком Глазго (ШКГ)  $6,8 \pm 0,93$  балла; 2-я группа - 53 пострадавших с оценкой состояния по ШКГ  $10,3 \pm 0,86$  балла; 3-я группа - 36 пострадавших с оценкой состояния по ШКГ  $13,4 \pm 0,78$  балла. 20 человек составили контрольную группу. Систему гемодинамики исследовали импедансометрически доплерокардиографическим методом.

*Результаты.* У пострадавших 1-й группы выявлен гипокINETический тип кровообращения с проявлением декомпенсированной сердечной недостаточности (СН). Во 2-й группе - гиперкинетический тип кровообращения с проявлением СН по гипертрофическому типу. В 3-й группе - эукинетический тип кровообращения и субкомпенсированная СН.

*Заключение.* С учетом выявленных показателей гемодинамики пострадавшим 1-й группы показано экстренное оперативное вмешательство, во второй группе - отсроченное оперативное вмешательство, в 3-й группе - консервативная терапия.

*Ключевые слова:* гемодинамика, травматическое сдавление головного мозга, сердечно-сосудистая система

R.N. Berdiyev, A. Vakhidov, M.T. Bahromi, I.M. Habibov

## HEMODYNAMIC PREDICTORS IN CONSIDERING SURGERY APPROACH FOR PATIENTS WITH TRAUMATIC CONSTRICTION OF THE BRAIN

Department of Neurosurgery of Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino., Dushanbe, Tajikistan

Berdiyev Rustam Namozovich – doctor of medical science, Head of Department of Neurosurgery of Tajik State Medical University named after Abuali Ibni Sino., 734003 Rudaki av. 139; e-mail: namozovr75@gmail.com; phone: +992 918 81 32 82

*Aim.* To optimize the choice of surgical approach for patients with traumatic constriction of the brain taking into account criteria of the cardiovascular system.

*Materials and methods.* 130 patients with traumatic compression of the brain were studied: the first group consisted of 41 patients with a Glasgow Coma Scale score of  $6,8 \pm 0,93$ ; the second group had 53 pa-