

рефторкардашуда шаҳодат аз он медиҳанд, ки НМТ бештар дар байни навзодони норасид баъди валолати худсарона ҷой дорад, ки дар сохтори он зиёдтар нуқсонҳои системаи асаб дида мешавад. Дар навзодони дар муҳлат таваллудшуда нуқсонҳои системаи дилу-рағҳо бартарӣ дорад, ки эҳтимол бо дер таххис мондани патологияи мазкур алоқаманд

бошад. Гузаронидани скрининги перинаталӣ дар сари вақт ошкор кардани нуқсонҳои модарзодии тифл, паст намудани беморӣ ва фавтӣ перинаталӣ мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: нуқсонҳои модарзодии тифл, синдроми Даун, системаи марказии асаб, аномалияҳои инкишоф, басомад.

УДК 616.72-002:616.71-007.234

doi: 10.52888/0514-2515-2022-354-3-47-55

Н.З. Мухамади

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТЕЛА МАТКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

*ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»,
Кафедра онкологии и лучевой диагностики*

Мухамади Нилуфар Зокир - аспирант кафедры онкологии и лучевой диагностики ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить выживаемость больных раком тела матки в зависимости от паритета и метаболического синдрома после лечения

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 218 больных с доказанным диагнозом рак тела матки, находившихся на обследовании и лечении в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за период с 2007 по 2019 гг. Все больные в зависимости от паритета были разделены на группы: многорожавшие ($n=101$), малорожавшие ($n=84$) и бесплодие ($n=33$). Выживаемость рассчитывалась по Каплан-Майеру со сравнением кривых по F-критерию Кокса, различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ общей кумулятивной выживаемости больных раком тела матки после лечения по методу Каплан-Майера показал, что через 60 месяцев после лечения живы 55% больных, по истечении 85 месяцев живы - 48%. Показатели выживаемости в группе многорожавших женщин лучше, по сравнению с группой малорожавших (70 месяцев прожили 55% многорожавших и 45% малорожавших), однако данные различия не имеют статистической значимости ($p>0,05$). Наиболее низкие показатели выживаемости отмечаются в группе малорожавших больных раком тела матки с метаболическим синдромом, наилучшие показатели в группе многорожавших без метаболического синдрома, хотя разница оказалась статистически не достоверной ($p>0,05$).

Заключение. Проведенный анализ выживаемости больных раком тела матки в регионе высокой рождаемости по методу Каплан-Майер показал, что выживаемость больных раком тела матки зависит не только от стадии заболевания и методов терапии, также на показатели выживаемости оказывают влияние паритет и сопутствующая экстрагенитальная патология, например метаболический синдром.

Ключевые слова: рак тела матки, метаболический синдром, выживаемость, многорожавшие, малорожавшие.

N.Z. Muhamadi

POST-TREATMENT SURVIVAL RATE OF UTERINE CORPUS CANCER PATIENTS

SEI «Tajik State Medical University named after Abuali ibn Sino», Department of Oncology and Radiation Diagnostics

Muhamadi Nilufar Zokir - postgraduate student of the Department of Oncology and Radiation Diagnostics of the State Educational Institution "Avicenna Tajik State Medical University"

Aim. To study the post-treatment survival of patients with uterine body cancer depending on a parity and the metabolic syndrome.

Material and methods. 218 patients with a proven diagnosis of uterine body cancer, who were examined and treated at the State Institution "Republican Oncological Research Center" of the MoHSP of RT, for the period from 2007 to

2019, participated in the study. All patients, depending on the parity, were divided into groups: multiparous (n=101), low-parous (n=84), and infertile (n=33). Survival rate was measured using the Kaplan-Meier curve comparison using the Cox F-test, and differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results. An analysis of the overall cumulative post-treatment survival of uterine body cancer patients by the Kaplan-Meier method showed that 55% of patients are alive 60 months after the treatment, and 48% of patients after 85 months. Survival rates in the group of women with multiple births are better than in the group of women with few births (55% of women with multiple births and 45% of women with few births lived for 70 months). But these differences are not statistically significant ($p > 0.05$). The lowest survival rates are observed in the group of low-birth-weight uterine body cancer patients with metabolic syndrome, and the best rates are in the group of multiparous patients without metabolic syndrome although the difference was not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusion. The analysis of the survival of patients with uterine body cancer in the region of high birth rate using the Kaplan-Meier method showed that the survival of patients with uterine body cancer depends not only on the stage of the disease and methods of therapy but also on the parity and concomitant extragenital pathology, such as metabolic syndrome.

Keywords: uterine body cancer, metabolic syndrome, survival, multiparous, low parous.

Актуальность. Рак тела матки (РТМ) – это широкий термин, который охватывает любой рак матки или связанный с ним [4]. Эндометриоидные карциномы составляют более 83% случаев РТМ. По данным ВОЗ в 2018 году, почти у 380 000 женщин во всем мире был диагностирован РТМ, что привело к примерно 90 000 смертей и, этому типу рака следует уделять больше внимания [3, 5, 7]. У женщин с метаболическим синдромом (МС) относительный риск развития РТМ составляет 1,89 [2, 8]. Ожирение является независимым фактором риска и может быть связан с 40–50% случаев РТМ, и эта связь больше выражена у женщин в постменопаузе, для которых жировая ткань является основным источником эстрогена по сравнению с женщинами репродуктивного возраста [2, 4, 8]. Сила этой связи увеличивается, увеличивая ИМТ, с относительным риском 1,32 для женщин с избыточным весом и 2,54 для женщин с ожирением [8].

Как и в случае с большинством видов рака, выживаемость при РТМ улучшается, особенно в странах Европы и США. В США в начале 90-х 5-летняя общая выживаемость больных РТМ I и II стадий составляла 82 и 65% соответственно, а прогрессирование возникало у 25% больных, лечившихся по поводу рака матки ранних стадий [5]. 5-летняя выживаемость больных за 2009-2015 года в США I-II стадии – 95%, III – 69%, IV стадия 17%, общая выживаемость по всем стадиям 81% [5, 8]. Согласно базе данных SEER, 5-летняя выживаемость при раке матки с 2008 по 2014 год составила 81,1%. 5-летняя выживаемость при РТМ обычно снижается с возрастом. Пятилетняя выживаемость колеблется от 87% и более в возрасте 15–39 лет, и до 57% в возрасте 80–99 лет в период за 2009–2013 гг. [5]. Выживаемость в течении 1 года после диагностирования РТМ в Великобрита-

нии за период 2013-2017 составила: при 1 стадии 99%, 2 стадии – 94,7%, 3 стадии – 83,3%, 4 стадии – 46,5%. 5-годичная выживаемость за аналогичный период составила: при 1 стадии 92,2%, 2 стадии – 74,1%, 3 стадии – 47,8%, 4 стадии – 15,1% [6]. В европейских странах, по которым имеются данные, пятилетняя относительная выживаемость женщин колеблется от 70% (Болгария) до 85% (Швеция) [5,6]. В России у 75% пациенток РТМ выявляется на ранних стадиях (при вовлечении в опухолевый процесс только матки), пятилетняя выживаемость при РТМ варьирует от 75% до 90% [1].

Цель исследования. Изучить выживаемость больных раком тела матки в зависимости от паритета и метаболического синдрома после лечения.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 218 больных с доказанным диагнозом РТМ, находившихся на обследовании и лечении в ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗ СЗН РТ за период с 2007 по 2019 гг. Все больные в зависимости от паритета были разделены на группы: многорожавшие (n=101), малорожавшие (n=84) и бесплодие (n=33). Оценка общего состояния больных проводилась по шкале Карновского и EGOG (ВОЗ). ИМТ определяли по формуле $ИМТ = m/h^2$, где m – масса тела в кг, h – рост в метрах. Выживаемость рассчитывалась по Каплан-Майеру со сравнением кривых по F-критерию Кокса, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$, со сравнением групп мало- и многорожавших, при котором парные сравнения между независимыми количественными группами проводились по U-критерию Манна-Уитни, множественные – по H-критерию Крускала-Уоллиса, а также их подгрупп с/без экстрагенитальной патологией. В случае заболеваемости РТМ, говоря об экстраге-

нитальной патологии, основной акцент делается на «триаду Бохмана»: гипертоническая болезнь, МС, сахарный диабет 2 типа.

Статистическая обработка клинического материала проведена методом общей и корреляционной статистики с помощью программного пакета SPSS 16.0. Применялась описательная статистика с вычислением средних величин M , стандартной ошибки средней $\pm m$, вычислены относительные величины p , была определена средняя ошибка относительной величины $\pm mp$. Парные сравнения проводились по t -критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$. Корреляционный анализ проводили по Спирману.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ общей кумулятивной выживаемости больных РТМ после лечения по методу Каплан-Майер показал, что более 18 месяцев после лечения живы 82% больных и более 36 месяцев живы 72%. Через 60 месяцев после лечения живы 55%, по истечении 85 месяцев живы 48% больных. Через 70 месяцев после лечения умерло 48% и по ис-

течении 90 месяцев умерло 36% больных РТМ. Общая выживаемость больных РТМ в регионе высокой рождаемости по методу Каплан-Майер представлен в рис 1.

Анализируя показатели выживаемости женщин, страдающих РТМ, по методу Каплан-Майер первоначально мы обратили внимание на зависимость от степени распространенности злокачественного процесса, распределив больных на 4 группы согласно классификации TNM с оценкой показателя первичной опухоли T : T_{is} – 30 человек, T_1 – 50, T_2 – 116, T_3 – 22 пациентки (рисунок 2). Пациентки со степенью распространенности первичной опухоли T_4 не были включены в исследование, так как не получали радикальное лечение.

Согласно данным, представленным на диаграмме, лучшая общая кумулятивная выживаемость у больных с начальной стадией заболевания, так 97% пациенток с первичной опухолью T_{is} живы 20 месяцев, 40 месяцев живы 92% и более 90 месяцев после лечения живы 80% больных РТМ. При степени распространенности опухоли

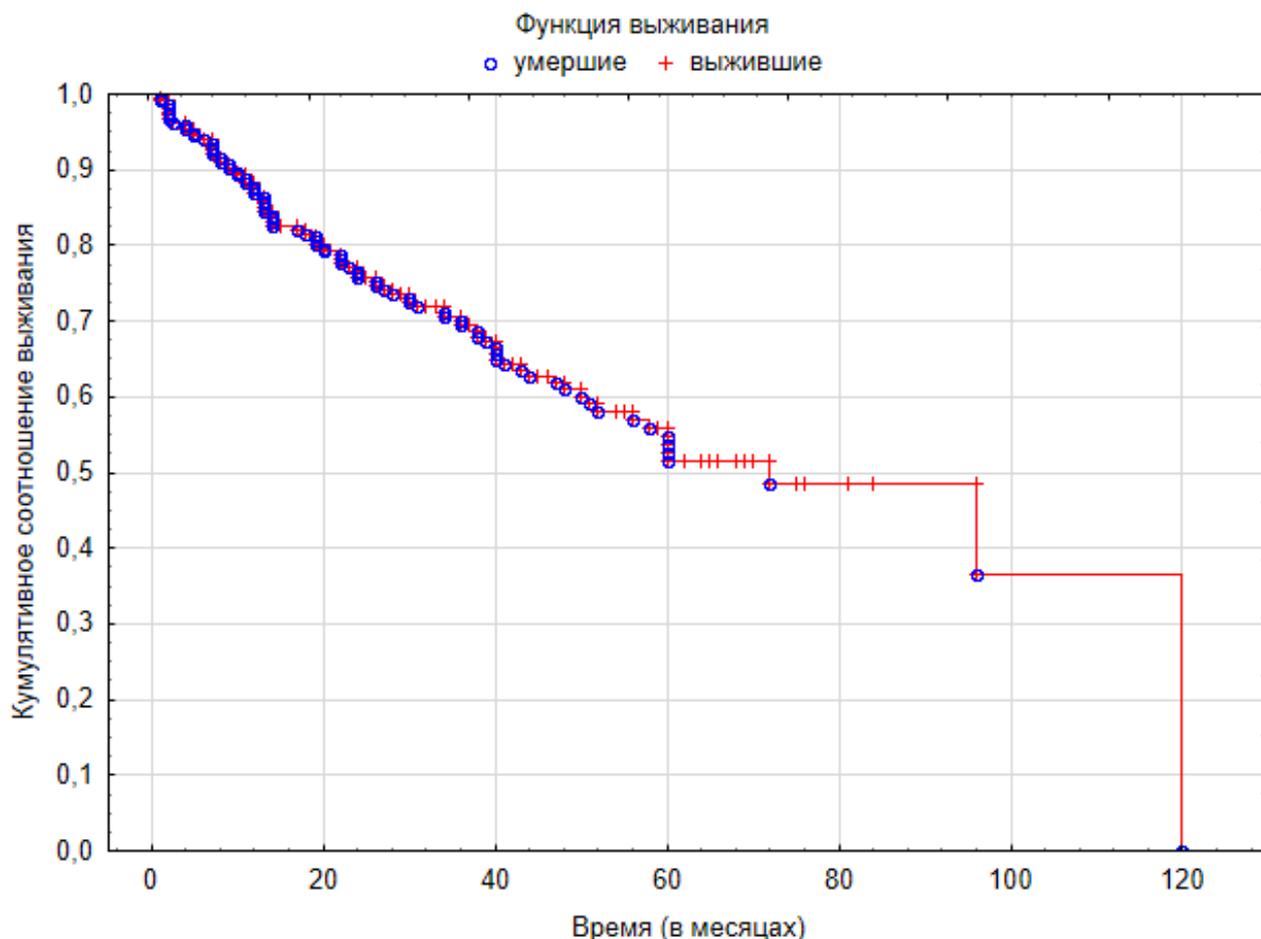


Рисунок 1. Общая выживаемость больных РТМ в регионе высокой рождаемости по методу Каплан-Майер

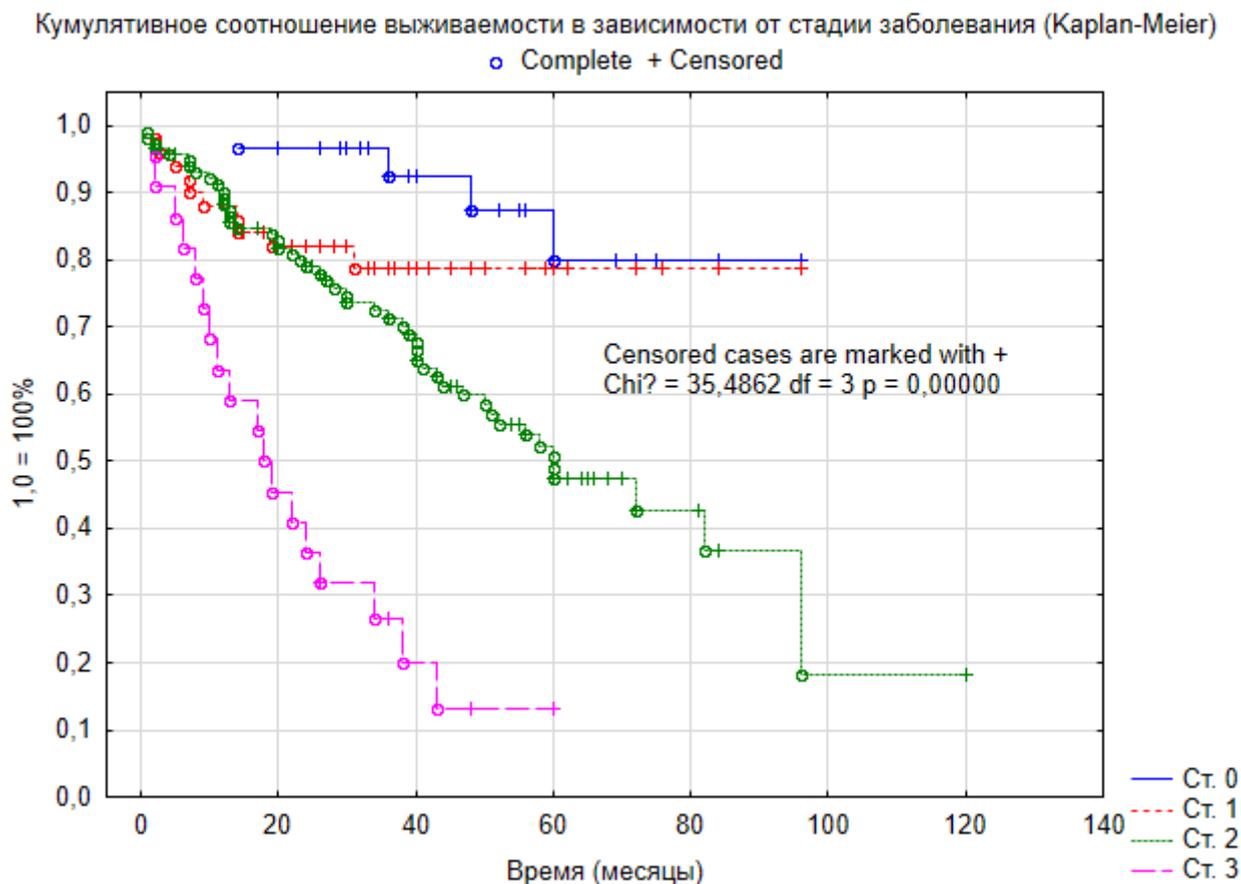


Рисунок 2. Кумулятивная выживаемость больных РТМ в зависимости от распространенности первичной опухоли «Т» (первичной опухоли)

T_1 установлено, что через 36 месяцев после лечения живы 82% больных, 78% больных прожили более 90 месяцев. Остальные больные умерли в сроки до 36 месяцев.

При распространенности опухоли T_2 первые 12 месяцев живы 95%, 18 месяцев живы - 82%, 48 месяцев после лечения живы 61% больных РТМ и более 80 месяцев прожили 42% больных. Следует отметить, что 48% пациенток РТМ умерло по истечении 60 месяцев после лечения, и 18% больных умерли прожив 95 месяцев. Больше 3 лет прожили 26% больных РТМ с первичной опухолью T_3 , 12% больных живы через 48 месяцев после лечения и рубеж в 60 месяцев преодолели 12% больных. В сроки до 18 месяцев скончались 50% больных, остальные умерли в сроки до 40 месяцев.

Также нами была изучена кумулятивная выживаемость больных РТМ в зависимости методов лечения (рисунок 3).

Анализ кумулятивной выживаемости больных, получивших только оперативное лечение по Каплан – Майеру показал, что 82% больных про-

жили 18 месяцев после лечения, 40 месяцев живы 75%, более 60 месяцев прожили 68% пациенток и они же живы по истечении 90 месяцев. Следует отметить, что наибольшее число больных умерли в течение 18 месяцев после лечения. После комбинированного лечения 92% больных живы в течение 18 месяцев, 75% прожили 40 месяцев, 60 месячного рубежа достигли 55% пациенток. В сроки до 70 месяцев умерли 50% больных. 42% больных живы через 84 месяца после лечения. По прогнозу, согласно диаграмме, 42% больных могут дожить до 120 месяцев и более. 60% больных, получивших комплексный метод лечения, умерли в течение первого года после лечения, через 24 месяца после лечения умерли 20% и всего 20% больных дожили 36 месяцев после лечения. Из 2 больных, получивших только гормонотерапию - 1 скончалась в первый месяц после лечения, другая пациентка умерла через 42 месяца.

Нами также проанализирована выживаемость больных в зависимости от паритета. Учитывая, что исследование касается региона высокой рож-

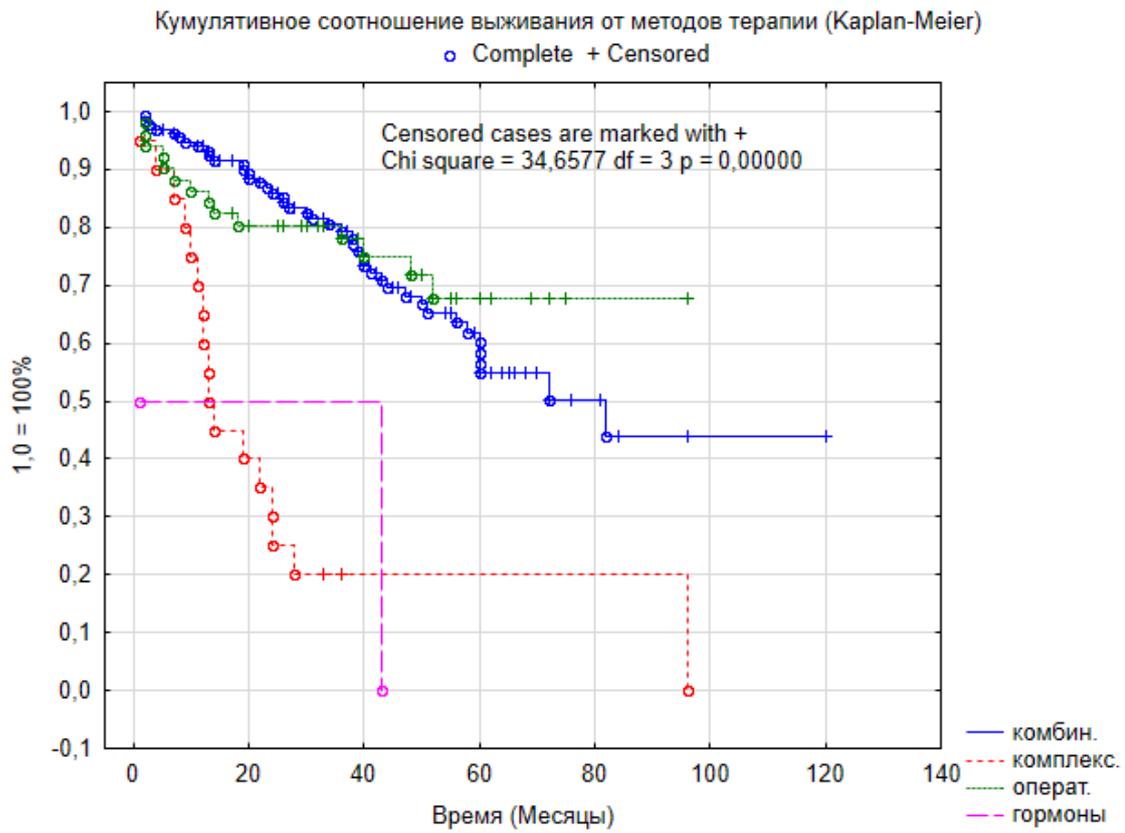


Рисунок 3. Кумулятивная выживаемость больных РТМ в зависимости от методов лечения

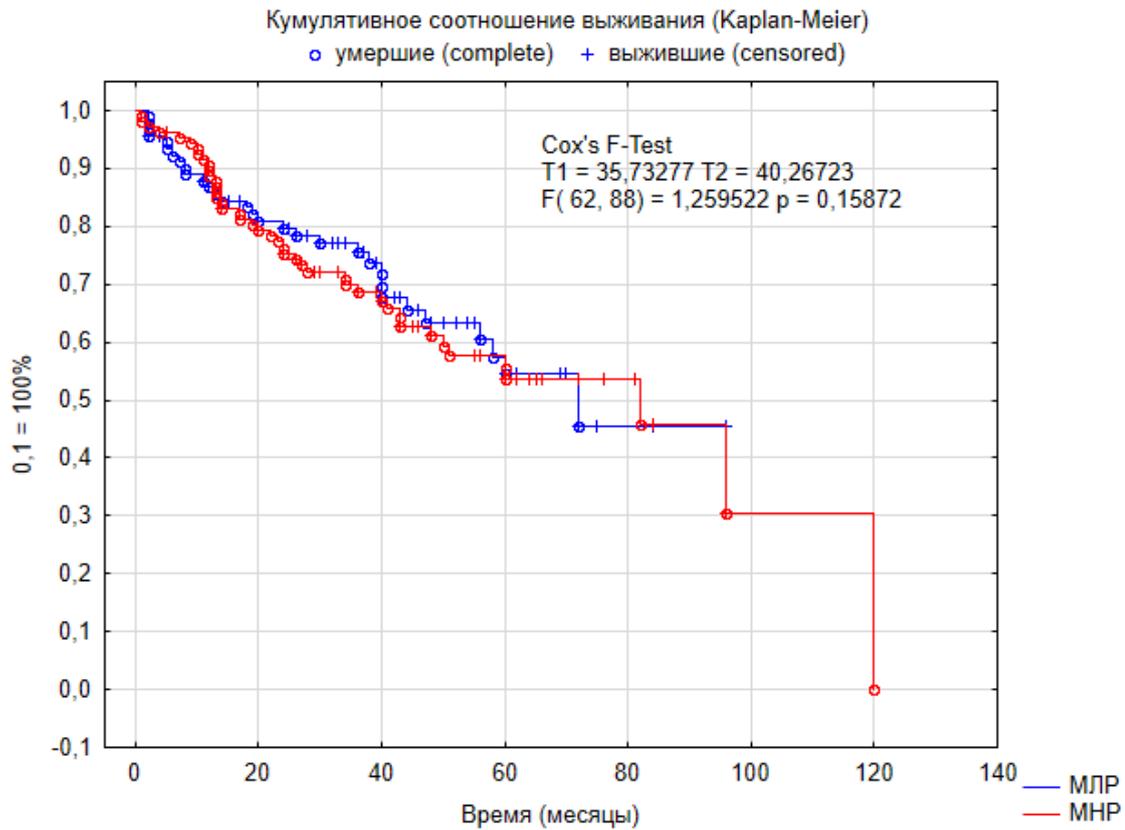


Рисунок 4. Кумулятивная выживаемость РТМ в зависимости от паритета у многорожавших (n=101) и малорожавших (n=84)

даемости, мы изучили выживаемость в 2 группах: многорожавшие пациентки с РТМ – 101, малорожавшие – 84 (рисунок 4).

Данная диаграмма показывает, что в группе многорожавших пациенток РТМ 72% больных живы в сроки 38 месяцев, 54% живы 84 месяцев и умерли 46%, через 90 месяцев после лечения умерли 30%, и 1 пациентка прожила 96 месяцев.

В группе малорожавших женщин первые 18 месяцев живы 85% и умерло 15%, 36 месяцев прожили 78%, через 58 месяцев умерли 60%, 45% больных умерли через 70 месяцев, 96 месяцев прожила 1 пациентка. И хотя по данным диаграммы показатели выживаемости в группе многорожавших женщин лучше, по сравнению с группой малорожавших (70 месяцев прожили 55% многорожавших и 45% малорожавших), данные различия не имеют статистической значимости ($p > 0,05$).

Немаловажным фактором, влияющим на выживаемость больных РТМ после проведенного специального лечения, является общий соматический статус, а именно наличие или отсутствие МС, где речь идет о «триаде Бохмана»: гипертоническая болезнь, МС, сахарный диабет 2 типа. В специальной литературе отмечается, что при

раке эндометрия метаболический синдром повышает частоту рецидивирования и снижает общую выживаемость.

В связи с этим, мы проанализировали выживаемость наших больных в зависимости от наличия или отсутствия у них МС (экстрагенитальной патологии (ЭГП)). Группу больных с МС составили - 144 пациентки, а без МС - 74. Сроки наблюдения в группе многорожавших больных варьировали от 1 до 96 месяцев, в среднем составляя 15,3 месяца. У малорожавших сроки наблюдения варьировали от 2 до 60 месяцев, в среднем составили 13,5 месяцев.

Согласно представленной диаграмме кумулятивной выживаемости в группе больных без МС через 24 месяца после лечения умерли 69% больных и живы до 30 месяцев 70%, 58% больных умерли через 52 месяца после лечения (рисунок 5).

Прожили в течение 90 месяцев 49% больных. Через 120 месяцев скончались 0,5% пациенток. В группе больных с МС через 24 месяца умерло 78% больных. Прожили 58 месяцев 62% пациенток и 40% умерли в сроки 82 месяца. Через 90 месяцев умерло 0,5% больных. По прогнозу пациентки без МС могут прожить до 120 месяцев, а с МС не

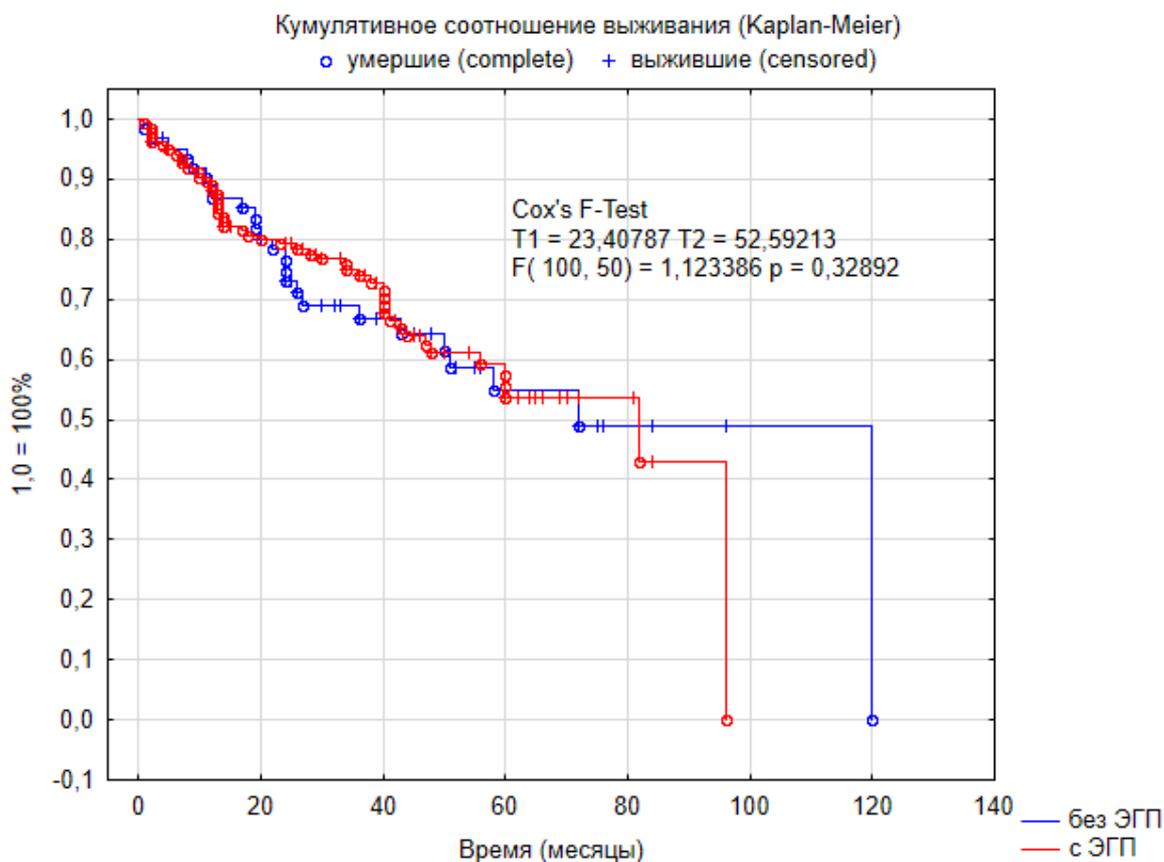


Рисунок 5. Кумулятивная выживаемость больных РТМ в зависимости от наличия МС (n=144, 74)

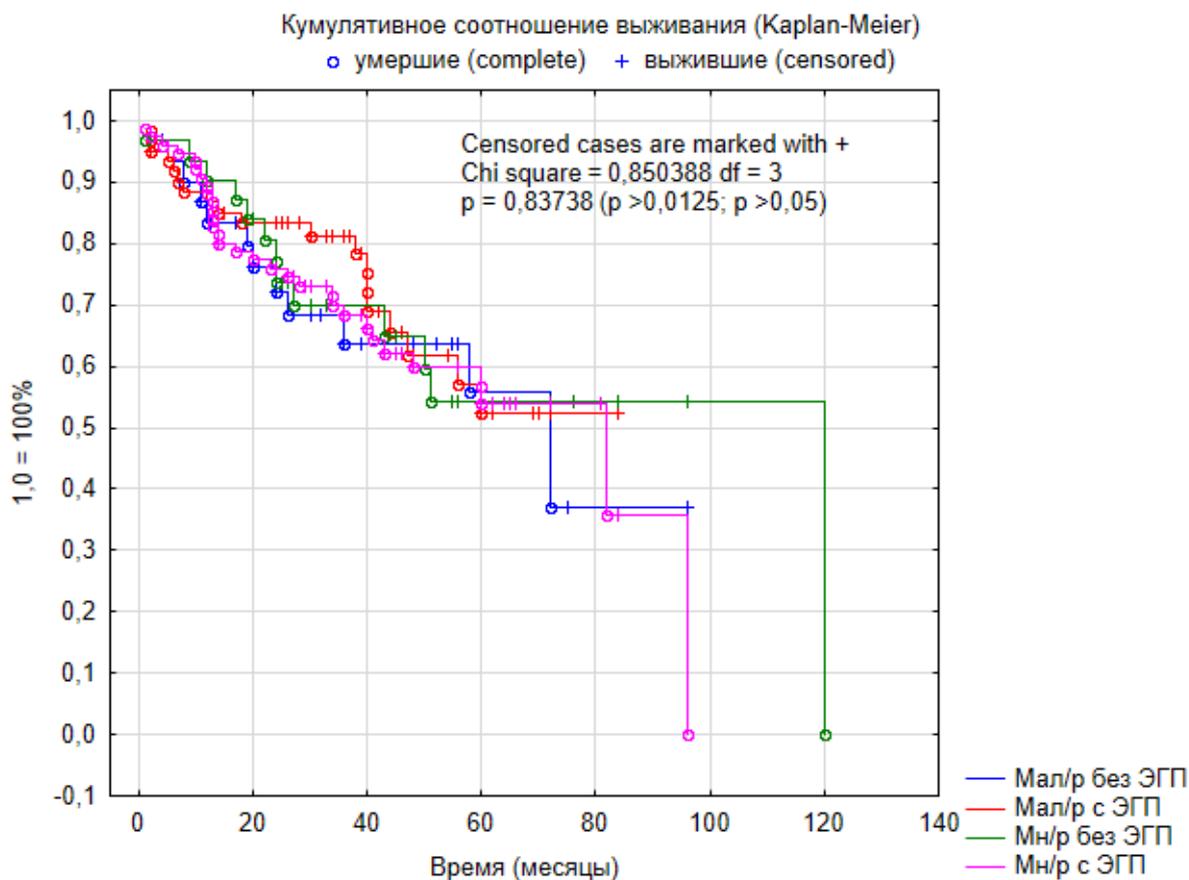


Рисунок 6. Кумулятивная выживаемость больных РТМ в зависимости от паритета и наличия МС

более 94 месяца. Хотя выживаемость больных с наличием метаболического синдрома гораздо ниже, чем у больных без нее, разница статистически оказалась не значимой ($p=0,32892$).

С целью выявления различий в показателях выживаемости с учетом паритета и МС, все пациентки были распределены на подгруппы в зависимости от паритета и наличия или отсутствия МС: малорожавшие с МС составили 56 женщин, малорожавшие без МС – 28, многоорожавшие с МС – 71, и многоорожавшие без МС – 30 пациенток. Наилучшие сопоставимые показатели выживаемости отмечены у многоорожавших женщин, как с МС (48 месяцев живы 82%, и 18% погибли в течение 12 месяцев), так и без МС (48 месяцев живы 80%, и 20% погибли в первый год после лечения). Согласно прогнозу многоорожавшие пациентки РТМ без МС могут прожить до 120 месяцев, а с МС прогноз дожития составляет 90 месяцев (рисунок 6).

Кумулятивная выживаемость малорожавших женщин за аналогичные периоды в отличие от многоорожавших, была представлена более низки-

ми показателями: 48 месяцев живы 65% женщин с МС, в первый год скончались 35%; 48 месяцев живы 70% малорожавшие женщины без МС, скончались в сроки до 12 месяцев - 30%. По прогнозу, малорожавшие без МС, могут дожить до 96 месяцев после лечения, а малорожавшие пациентки с МС могут прожить 82 месяца. Несмотря на имеющиеся различия в показателях выживаемости среди 4-х групп женщин с РТМ, последние являются статистически не достоверными ($p>0,05$).

Заключение. Таким образом, проведенный анализ выживаемости больных РТМ в регионе высокой рождаемости по методу Каплан-Майер показал, что выживаемость больных РТМ зависит не только от стадии заболевания и методов терапии, но и на показатели выживаемости оказывают влияние паритет и сопутствующая экстрагенитальная патология, как МС. Наиболее низкие показатели выживаемости отмечаются в группе малорожавших больных РТМ с МС, наилучшие показатели в группе многоорожавших без МС, хотя разница оказалась статистически не достоверной.

ЛИТЕРАТУРА
(пп. 5-8 см. REFERENCES)

1. Вереникина Е.В. Анализ выживаемости пациенток со злокачественными эпителиальными опухолями тела матки с учетом морфологической структуры в ростовской области за последние 20 лет / Е.В. Вереникина [и др.] // Онкология. Гинекология. - 2021. - №5 (80). - С. 61-65.

2. Джурабекова К.М. Влияние возрастного аспекта и метаболического синдрома на клиническое течение рака эндометрия / К.М. Джурабекова, М.Б. Сайфутдинова // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2019. - Т. 9, №2. - С. 133-139.

3. Каримова Ф.Н. Неоадьювантная внутриартериальная полихимиотерапия местно-распространённого рака шейки матки / Ф.Н. Каримова [и др.] // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. - 2019. - № 1. - С. 27-32.

4. Мимун Н. Рак эндометрия (краткий обзор) / Н. Мимун [и др.] // Journal of Siberian Medical Sciences. - 2021. - № 3. - С. 116-136.

REFERENCES

1. Verenikina E.V. Analiz vyzhivaemosti patsientok so zlokachestvennymi epiteliальnymi opukholyami tela matki s uchetom morfologicheskoy struktury v rostovskoy oblasti za poslednie 20 let [Survival analysis of patients with malignant epithelial tumors of the uterine corpus with regard to morphological structure in the Rostov region over the past 20 years]. *Onkologiya. Ginekologiya - Oncology. Gynecology*, 2021, No. 5 (80), pp. 61-65.

2. Dzhurabekova K.M. Vliyaniye vozrastnogo aspekta i metabolicheskogo sindroma na klinicheskoe techeniye raka endometriya [Influence of age and metabolic syndrome on the clinical course of endometrial cancer]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana - Bulletin of the Academy of Medical Science of Tajikistan*, 2019, Vol. 9, No. 2, pp. 133-139.

3. Karimova F.N. Neoad'yuvantnaya vnutriarterial'naya polikhimioterapiya mestno-rasprostranennogo raka sheyki matki [Neoadjuvant intraarterial polychemotherapy in the treatment of the locally-spread cervix cancer]. *Vestnik posle diplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of postgraduate education in healthcare sphere*, 2019, No 1, pp. 27-32

4. Mimun N. Rak endometriya (kratkiy obzor) [Endometrial cancer (brief review)]. *Journal of Siberian medical sciences*, 2021, No. 3, pp. 116-136.

5. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2020*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2020. Summary Stage 2018: Codes and Coding Instructions, National Cancer Institute, Bethesda, MD, 2018. Available at: <https://seer.cancer.gov/faststats>. Accessed: June 29, 2018.

6. Bray F. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36

cancers in 185 countries. *American Cancer Journal for Clinical publishes*, 2018, No. 68, pp. 394-424.

7. Corzo C. Updates on Conservative Management of Endometrial Cancer. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2018, No. 25, pp. 308-813.

8. *Fast Stats: An interactive tool for access to SEER cancer statistics*. Surveillance Research Program, National Cancer Institute Publ.

ХУЛОСА

Н.З. Муҳмадӣ

**ЗИНДАМОНИИ БЕМОРОНИ
ГИРИФТОРИ САРАТОНИ БАЧАДОН
БАЪДИ ТАБОБАТ**

Мақсади омӯзиш. Омӯзиши зиндамони беморони гирифтори саратони бадани бачадон вобаста ба паритет ва синдроми метаболикӣ пас аз табобат.

Мавод ва усулҳо. Маводи тадқиқот 218 нафар беморони гирифтори ташхиси собитшудаи саратони бачадон буданд, ки дар Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии тадқиқоти саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурусти Ҷумҳурии Тоҷикистон муоина ва табобат карда шуданд, дар давраи аз соли 2007 то 2019. Ҳама беморон вобаста ба паритет ба гурӯҳҳо тақсим карда шуданд: бисёрпарозӣ (n=101), пастпарозӣ (n=84) ва безуретӣ (n=33). Зиндамони бо истифода аз усули Каплан-Майер бо муқоисаи қачи F- критерияи Кокс ҳисоб карда шуд.

Натиҷаҳо. Таҳлили зиндамони умумии беморони саратони бадани бачадон пас аз табобат бо усули Каплан-Майер нишон дод, ки 55% беморон пас аз 60 моҳи табобат ва 48% беморон пас аз 85 моҳ зиндаанд. Сатҳи зиндамони дар гурӯҳи занони зиёдтаваллуд нисбат ба гурӯҳи занони камтаваллуд беҳтар аст (55% занони чандтаваллуд ва 45% занони камтаваллуд 70 моҳ умр ба сар бурдаанд), аммо ин фарқиятҳо аз ҷиҳати омори аҳамиятнок нестанд. (p>0,05). Сатҳи пасттарини зиндамони дар гурӯҳи беморони камтаваллуди гирифтори саратони бадани бачадон бо синдроми метаболикӣ мушоҳида мешавад, беҳтарин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи беморони зиёдтаваллуд бе синдроми метаболикӣ мушоҳида мешаванд, гарчанде ки фарқият аз ҷиҳати омори аҳамиятнок набуд (p>0,05).

Хулоса: Таҳлили зиндамони беморони гирифтори саратони бадани бачадон дар минтақаи

таваллуди баланд бо истифода аз усули Каплан-Майер нишон дод, ки зиндамонии беморони гирифтори саратони бачадон на танҳо аз марҳилаи беморӣ ва усулҳои таобат, балки ба паритет ва ҳамзамон ба патологияи экстрагениталӣ, ба

монанди синдроми метаболикӣ, низ вобаста аст, ки ба сатҳи зиндамонӣ таъсир мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: саратони бадани бачадон, синдроми метаболикӣ, зиндамонӣ, зиёдтаваллуд, камтаваллуд.

УДК 616.831-005.1-08

doi: 10.52888/0514-2515-2022-354-3-55-60

Ш.А. Турдибоев, Р.Н. Бердиев, Б.А. Рахмонов

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы

Турдибоев Шерали Абдуллоевич – ассистент кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992918676562; E-mail: sher_med_81@mail.ru

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с геморрагическим инсультом.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 156 больных с геморрагическим инсультом. Были 85 (55,5%) мужчин и 71 женщин (44,5%). Возраст больных варьировался от 18 до 78 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. По локализации нетравматические внутримозговые гематомы распределялись следующим образом: в лобной доле – 11 (7,1%), в затылочной доле – 8 (5,1%), в гемисферах мозжечка – 15 (9,6%), в желудочках головного мозга 26 (16,7%), а в теменно-височных долях – 96 (61,5%). Из обследованных в 25 (16,1%) случаях больные доставлены в ясном сознании (ШКГ - 15 баллов), как умеренное оглушение оценивалось у 28 (17,9%) пострадавших (ШКГ - 13 баллов), глубокое оглушение - 36 (23,1%) наблюдений (ШКГ- 12 баллов), soporозное сознание – 31 (19,8%) больных (ШКГ - 9 баллов), умеренная кома - в 27 (17,3%) случаях (ШКГ- 7 баллов), а у 9 (5,8%) больных оно оценивалось как глубокая кома (ШКГ - 6 баллов).

Заключение. Нейровизуализационные лучевые методы исследования дают возможность адекватно оценить тактику лечения больных с внутримозговыми гематомами. Дифференцированный подход в лечении больных с геморрагическим инсультом положительно влияет на исход данной категории больных.

Ключевые слова: внутримозговая гематома, геморрагический инсульт, компьютерная томография.

Sh.A. Turdiboev, R.N. Berdiev, B.A. Rahmonov

DIFFERENTIATED APPROACH IN THE TREATMENT OF HEMORRHAGIC STROKE

Department of neurosurgery and concomitant injury of SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Turdiboev Sherali Abdulloevich – assistant of Department of neurosurgery and concomitant injury of SEI Avicenna Tajik State Medical University; Tel.: +992918676562; E-mail: sher_med_81@mail.ru

Aim. To improve the results of patients' treatments with hemorrhagic stroke.

Materials and methods. The results of the treatments of the 156 patients with hemorrhagic strokes were analyzed, among them 85 (55,5%) men and 71 (44,5%) women. The ages of the patients varied from 18 to 78.

Results and discussions. According to the location of the non-traumatic intracerebral hematoma, they were distributed in the following way: in the frontal lobe -11 (7.1%), in the occipital lobe - 8 (5,1%), in the hemispheres of the cerebellum -15 (9/6%), in the ventricles of the brain -26 (16.7%) and the parietotemporal lobes - 96 (61,5%). In 25 cases patients were delivered in a conscious state (GCS-15 points) 28 injured patients were moderately stunned (GCS-13 points), deep stun was observed in 36 (23.1%) patients (GCS-12 points), soporific consciousness was observed in 31 (19.8%) patients (GCS-9 points), moderate coma in 27 (17.3%) cases (GCS-7points) and in 9 (5.8%) patients it was rated as a deep coma (GCS-6 point).