

80,5 5 – ро ташкил мекунад. Дар рӯзи 5-уми таҳқиқот бошад, пастшавии микдори нейтрофилҳо давом дар беморони санҷишӣ давом дорад ва ин микдор аз 56,0 то 66,0% - ро, дар беморони асосӣ бошад ин нишондод аз 40,0 то 53,0% - ро дар бар мегирад. Дар ҳамин давра, дар беморони асосӣ нисбат ба беморони санҷишӣ, микдори ҳуҷайраҳои эпителиалӣ дар препаратҳо 3 маротиба зиёд гаштаанд, ки ин микдор дар сатҳи аз 25,0 то 33,5% мебошад.

Хулоса. Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда, ба чунин хулоса омадан мумкин аст, ки истифодаи маводи антисептикии сорбтсионӣ дар асоси қолиби

полимерии майданах бо зарраҳои шикастабандшудаи наноструктуравии оксигидроксиди алюминий ва коллоиди нукра (ОГА (Ag) – “Вита Валлис”, нисбат ба усули маъмулии табобат, бештар ва бошиддат захмҳои фассодиро аз микробҳо ва ҳуҷайраҳои мавтшуда бо роҳи фаъолияти фаготситарӣ тоза мекунад ва дар инфилтратҳои илтиҳобӣ барои баландшавии сурати муҳочирати ҳуҷайраҳо, дар оянда бошад барои таҷдиди бофтаҳои вайроншуда мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: таҳқиқоти ситологӣ, маводи сорбтсионӣ, захкашқунони захм, нейтрофилҳо, ҳуҷайраҳои ҳамвори эпителиалӣ, таҷдид.

УДК 616-006.6

doi: 10.52888/0514-2515-2022-355-4-58-64

С.Р. Расулов^{1,2}, Дж.С. Обидов^{1,2}, К.С. Расулов³

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННОЙ МОДИФИЦИРОВАННОЙ МАСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Таджикистан

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр», Душанбе, Таджикистан

³Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевой клинический центр онкологии», Хабаровск, Россия

Расулов Самеъ Рахмонбердиевич – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой онкологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; E-mail: same_rasulov@mail.ru; Тел.: +992918682186

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки собственными тканями у больных диффузными формами рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. У 24 больных с диффузными формами рака молочной железы произведена расширенная модифицированная мастэктомия с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки торакодорзальным и нижнеабдоминальным горизонтальным лоскутом на прямой мышце живота.

Результаты исследования и их обсуждение. Первичное заживление ран отмечено у 21 (87,5%) больного. Краевой некроз перемещенного лоскута отмечен в 2 случаях и некроз 2/3 перемещенного лоскута отмечен в 1 случае, что составило 12,5%.

Выводы. Использование ТД- и ТРАМ- лоскутов для закрытия дефекта мягких тканей грудной стенки после расширенной модифицированной мастэктомии не сопровождается интраоперационными осложнениями. Местные осложнения в виде краевого некроза встречаются в 12,5% случаев.

Ключевые слова: диффузный рак молочной железы, хирургическое лечение

S.R. Rasulov^{1,2}, J.S. Obidov^{1,2}, K.S. Rasulov³

IMMEDIATE RESULTS OF THE EXTENDED MODIFIED MASTECTOMY IN PATIENTS WITH DIFFUSE FORMS OF BREAST CANCER

¹Institute of Postgraduate Education in Health Care of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan

²Republican Oncologic Scientific Center, Dushanbe, Tajikistan

³Provincial State Budget Health Institution «Provincial Clinical Oncology Center», Khabarovsk, Russia

Rasulov Sameh Rakhmonberdievich - D.M.S., Associate Professor, Head of the Department of Oncology, Institute of Postgraduate Education in Public Health, Republic of Tajikistan; E-mail: same_rasulov@mail.ru; Tel: +992918682186

Aim. To study the immediate results of extended modified mastectomy with the closure of the soft tissue defect in the chest wall using the patient's tissues in diffuse forms of breast cancer.

Materials and methods. Advanced modified mastectomy with soft tissue defect closure of the chest wall by the thoracodorsal and lower abdominal horizontal flap on the rectus abdominis was performed in 24 patients with diffuse forms of breast cancer.

Results and discussion. Primary healing of the wounds was observed in 21 (87,5%) patients. Marginal necrosis of the displaced flap was found in 2 cases, and necrosis of 2/3 of the displaced flap was found in 1 case, which was 12,5%.

Conclusions. The use of TD- and TRAM-flaps to close the defect of soft tissues of the chest wall after intraoperative complications did not accompany extended modified mastectomy. Local complications in the form of marginal necrosis occurred in 12.5% of cases.

Keywords: diffuse breast cancer, surgical treatment

Актуальность. Диффузный рак молочной железы (РМЖ) входит в клиническую группу местно-распространенного рака молочной железы, к которой относятся опухоли III стадии (T3N1M0, T03N2-3M0 и T4N0-3M0) и опухоли IV стадий, при которых наблюдается метастатическое поражение только ипсилатеральных надключичных лимфоузлов [1, 3].

В Республике Таджикистан доля больных с диффузными формами РМЖ составляет 24,7% [6].

Изначально все пациенты с диффузным РМЖ считаются неоперабельными, лечение в таком случае начинается с проведения лекарственной терапии, направленной, прежде всего, на подготовку к оперативному вмешательству и радиотерапии, по окончании которых применяется адъювантная системная терапия.

При диффузном РМЖ зачастую процесс выходит за границы молочной железы - на кожу и мягкие ткани грудной стенки в виде инфильтрации и сателлитов. В таких случаях объем выполняемых операций значительно превышает объемы традиционных мастэктомий. Авторы, проводившие такие операции, называют их «сверхрадикальными мастэктомиями» или «расширенными модифицированными мастэктомиями» [7, 8].

Выполнение таких операций стало возможным благодаря совершенствованию методик реконструктивно-пластической хирургии в последние десятилетия. В результате сверхрадикальных операций формируются обширные дефекты мягких тканей, которые приходится закрывать кожно-мышечными лоскутами, перемещенными на сосудистых ножках.

В настоящее время представленные методы реконструкции стали широко использоваться при паллиативных операциях по поводу местно-распространенного рака молочной железы для максимального продления жизни и повышения ее качества [4, 7, 9].

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТД- и ТРАМ-лоскутами у больных диффузными формами рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. В исследование нами включены 24 женщины больных диф-

фузным РМЖ, которым произведена расширенная модифицированная мастэктомия (РММ) с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки торакодорзальным лоскутом (ТД-лоскут) и нижеабдоминальным горизонтальным лоскутом на прямой мышце живота (ТРАМ-лоскут). Больные находились в возрасте от 31 до 70 лет, среди них преобладала возрастная группа 31-40 лет. Средний возраст больных составил 47,6 лет. По степени распространенности процесса большая часть пациенток имели T4N1M0 и T4N2M0 – 79,2% (19), 5 больных имели стадию T4N1-3M1, что составило 20,8%. Диагноз установлен на основании клинического осмотра, цитологического исследования материала, полученного при аспирационной биопсии, морфологического исследования материала, полученного при трепанбиопсии опухоли, а также данных УЗ-исследования молочной железы и внутренних органов. По показаниям произведена КТ органов грудной клетки. Неоадъювантную системную терапию получали 18 (75%) больных. Стандартные схемы полихимиотерапии включали режимы САР и АС (4) + Т 12-недельная инъекция.

Необходимость проведения неоадъювантной системной терапии обосновано тем, что диффузный РМЖ является системной болезнью, успех его лечения связан с современными достижениями системной терапии. Неоадъювантная системная терапия значительно снижает риск возникновения отдаленных метастазов, способствует уменьшению размеров первичной опухоли, в результате чего повышается частота выполнения радикальных операций.

Хотя оперативное вмешательство при диффузном РМЖ носит паллиативный характер, тем не менее, мастэктомия должна проводиться с максимальными принципами радикализма, чтобы минимизировать местный рецидив опухоли. Радикальная мастэктомия в классическом варианте при диффузном РМЖ не может обеспечить радикализм операции в связи с инфильтрацией кожи и мягких тканей, а также наличия сателлитов на коже грудной стенки вокруг молочной железы. Поэтому нами произведена радикальная мастэктомия в модифицированном виде, которая включает широкое иссечение кожи и мягких тканей вокруг молочной железы, нередко с резекцией

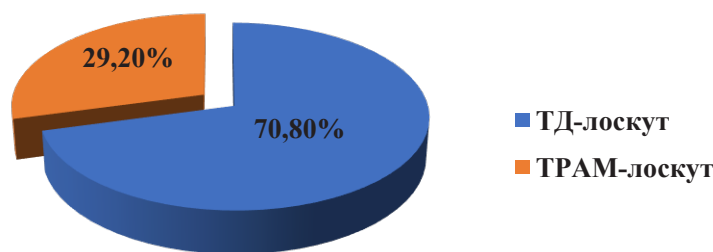


Рисунок 1. Распределение больных по видам пластики дефекта

грудных мышц и грудной стенки. Дополнительно произведена одномоментная реконструкция с целью закрытия дефекта мягких тканей грудной стенки, что также улучшает психологическое состояние пациентов.

Расширенная модифицированная мастэктомия (РММ) с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТД-лоскутом произведена у 17 (70,8%) больных и РММ с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТРАМ-лоскутом у 7 (29,2%) пациентов (рис. 1).

Предпочтение применения ТД-лоскута (70,8%) обосновывается тем, что нашей целью явилось закрытие образовавшегося дефекта кожи и мягких тканей грудной стенки, а не формирование объема груди. С другой стороны, формирование ТД-лоскута - технически менее травматичный процесс и проще, чем ТРАМ-лоскут.

С учетом особенностей послеоперационного дефекта у всех больных был использован горизонтальный ТД-лоскут. Разметку линии разреза вокруг молочной железы производили до операции в горизонтальном положении пациенток, а предварительную разметку зоны ТД-лоскута - в вертикальном положении. После мастэктомии размеры кожного лоскута корригировали в зависимости от образовавшегося дефекта мягких тканей грудной стенки.

Мобилизованный ТД-лоскут кроме широчайшей мышцы спины включал кожу и подкожную клетчатку. При формировании ТД-лоскута кожа рассекается двумя эллипсовидными разрезами вокруг лоскута, производится широкое выделение подкожной жировой клетчатки до верхнего угла лопатки и середины поясничной области. Далее производили мобилизацию широчайшей мышцы спины на всем протяжении по внутренней её поверхности. Затем мышцу отсекали от мест её прикрепления к остистым отросткам позвоночника и заднебоковой поверхности грудной стенки. Поднимая лоскут, выделяли его сосудистую ножку до полной мобилизации. Торакодорсальный нерв сохраняли, поскольку денервация лоскута может привести к атрофии мышцы.

Реконструкция молочной железы эллипсовидным нижним поперечным лоскутом передней брюшной

стенки (transverse rectus abdominis myocutaneous flap), так называемый ТРАМ-лоскут, впервые был использован в 1979 г. Т. Robbins. В последующем модификацию операции в 1982 году предложили С.Р. Hartrampf с соавторами, которая применяется до настоящего времени [2, 5]. Суть операции заключается в формировании лоскута из кожи, подкожной жировой клетчатки и прямой мышцы живота в виде горизонтального эллипса.

ТРАМ-лоскут на сегодняшний день считается «золотым стандартом» для реконструкции молочной железы. При помощи ТРАМ-лоскута можно закрыть обширные зоны дефекта. Однако к недостаткам данного лоскута относятся образование большого дефекта передней брюшной стенки после забора прямой мышцы живота и формирование грыж в последующем. Выполнение этой операции при диффузном РМЖ является операцией выбора, которая проводится не с косметической целью, а для закрытия обширных дефектов мягких тканей грудной клетки.

В нашем исследовании ТРАМ-лоскут был использован у 7 (29,2%) пациенток с диффузным РМЖ. При выборе лоскута чаще всего мы использовали лоскут на контрлатеральной ножке (5 больных - 71,4%), реже - на гомолатеральной (1 случай - 14,3%) и на двух прямых мышцах (1 случай - 14,3%).

Статистическая обработка данных проведена с использованием показателей наглядности и экстенсивности относительной величины.

Результаты исследования и их обсуждение. Интраоперационных осложнений и летальных исходов во время операции и в послеоперационном периоде нами не отмечалось.

Первичное заживление ран у 21 больной после мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТД- и ТРАМ-лоскутами оценили как удовлетворительное, что составило 87,5% (рис. 2, 3).

Технические особенности радикальной мастэктомии заключается в том, что она проводится с одномоментной лимфодиссекцией, которая приводит к длительной лимфореи. Лимфорея после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки



Рисунок 2. Первичное заживление ТД-лоскута



Рисунок 3. Первичное заживление ТРАМ-лоскута

ТД-и ТРАМ-лоскутами наблюдалась у 19 больных, что составила 79,2%.

У 1 (4,2%) пациентки после РММ с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТД-лоскутом наблюдался краевой некроз перемещенного лоскута и раны донорской кожи. У 1 (4,2%) больной после РММ с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТРАМ-лоскутом отмечен краевой некроз перемещенного лоскута. У 1 (4,2%) больной после РММ с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТРАМ-лоскутом отмечали некроз 2/3 перемещенного лоскута. Данные о послеоперационных местных осложнениях после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТД- и ТРАМ-лоскутами приведены в ниже представленной таблицы (табл. 1).

Таблица 1

Послеоперационные осложнения с применением ТД- и ТРАМ-лоскутами (n=24)

Послеоперационные осложнения	Количество больных	
	абс.	%
Лимфорей	19	79,2
Краевой некроз перемещенного лоскута и раны донорской кожи	1	4,2
Краевой некроз перемещенного лоскута	1	4,2
Некроз 2/3 перемещенного лоскута	1	4,2

Примечание: % - от общего количества больных

В качестве примера в ниже представленных фотографиях отражены картины местных осложнений после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей передней груд-

ной стенки ТД-лоскутом (рис. 4), и после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей передней грудной стенки ТРАМ-лоскутом (рис. 5, 6).



Рисунок 4. Больная И. 65 лет. ДЗ: Рак правой молочной железы T4N1M0, состояние после 8 курсов ПХТ и расширенной модифицированной мастэктомии справа с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТД-лоскутом.

В 2-х случаях краевого некроза применение дополнительных хирургических вмешательств для устранения осложнений не понадобилось, раны зажили вторичным натяжением. В случае некроза 2/3 перемещенного лоскута возникла необходимость на некрэктомию после чего рана зажила вторичным натяжением.

Установлено, что осложнения чаще встречаются после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТРАМ-лоскутом, чем после применения ТД-лоскута (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная оценка осложнений после
пластики ТД- и ТРАМ-лоскутами

Послеоперацион- ные осложнения	ТД-лоскут		ТРАМ- лоскут		p
	n=17	%	n=7	%	
Лимфорея	14	82,4	5	71,4	>0,05
Краевой некроз перемещенного лоскута и раны донорской кожи	1	5,9	0	0	>0,05
Краевой некроз перемещенного лоскута	0	0	1	14,3	>0,05
Некроз 2/3 перемещенного лоскута	0	0	1	14,3	>0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)



Рисунок 5. Больная Г. 34 г. ДЗ: Рак правой молочной железы T4N2M0, состояние после 10 курсов ПХТ и расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТРАМ-лоскутом.

Как видно из данной таблицы, наиболее частым осложнением при выполнении пластики ТД- и ТРАМ-лоскутами являлась лимфорея – 82,4% и 71,4% случаев, соответственно ($p>0,05$). Также при выполнении пластики ТД-лоскутом в 1 (5,9%) случае наблюдался краевой некроз перемещенного лоскута и раны донорской кожи, а после выполнения пластики ТРАМ-лоскутом в 1 (14,3%) случае наблюдался краевой некроз перемещенного лоскута и еще в 1 (14,3%) случае отмечался некроз 2/3 перемещенного лоскута ($p>0,05$).

Таким образом, местные осложнения после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки

ТД-лоскутом составили 5,9%, а после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТРАМ-лоскутом - 28,6%. Лимфорея одинаково часто встречается в обоих случаях и составила 79,2%.

Случаи некроза прежде всего, связаны со сложными условиями перемещения при использовании ТРАМ-лоскута, которые сопряжены с гипоксией перемещаемых тканей, а также последствиями 8-10 курсов цитостатической терапии в предоперационном периоде. В общем, местные осложнения отмечены у 3 больных основной группы, что составило 12,5%.

По данным литературы, наиболее частыми осложнениями после применения перемещенного



Рисунок 6. Больная И. 35 лет. ДЗ: Рак правой молочной железы T4N2M1 (her.), состояние после 5 курсов ПХТ и расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТРАМ-лоскутом.

TRAM-лоскута считают его краевые некрозы, которые составляют от 9,1% до 17,6–44,0% [2].

Заключение. Использование ТД- и TRAM- лоскутов для закрытия дефекта мягких тканей грудной стенки после расширенной модифицированной мастэктомии в наших наблюдениях сопровождалось интраоперационными осложнениями. Первичное заживление раны, как удовлетворительный исход, при этом составляет 87,5%. Продолжительная лимфорея встречается в 79,2% случаев. Местные осложнения в виде краевого некроза и расхождения краев раны после расширенной модифицированной мастэктомии с закрытием дефекта мягких тканей грудной стенки ТД- и TRAM- лоскутами составляет 12,6%.

ЛИТЕРАТУРА

(п. 9 см. в REFERENCES)

1. Добровольская Н.Ю. Лекарственная и лучевая терапия в лечении местнораспространенного и диссеминированного рака молочной железы. http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v7/papers/dobro_v7.htm.

2. Зикиряходжаев А.Д. Рассказова TRAM-лоскут в реконструктивных операциях у больных раком молочной железы / А.Д. Зикиряходжаев, Е.А. Рассказова // Опухоли женской репродуктивной системы 2.2015. – С. 25-30.

3. Кубанцев К.Б. «Хирургическое лечение больных с местнораспространенными опухолями молочной железы с одномоментной пластикой грудной стенки TRAM-лоскутом» Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Волгоград – 2010. 156 с.

4. Мазаева Б.А. Реконструктивно-пластическое закрытие обширного дефекта грудной клетки после радикальной мастэктомии справа по поводу рака правой молочной железы T4N2M1 / Б.А. Мазаева, Л.Б. Кукушкина, Ю.М. Стойко // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2017, т. 12, №1 С. 111-112.

5. Пак Д.Д. Результаты первичных реконструктивных операций при раке молочной железы (опыт 1143 операций). / Д.Д. Пак, Е.А. Рассказова // Вопросы онкологии 2011;57(5): 658–63.

6. Расулов С.Р. Динамика заболеваемости и смертности от рака молочной железы в Республике Таджикистан за 2003-2013 гг. / С.Р. Расулов // Сборник тезисов 1-го Российского онкологического научно-образовательного форума с международным участием «Белые ночи – 2015». – 2015. – С. 393-394.

7. Рыбачков В.В. Сверхрадикальные мастэктомии / В.В. Рыбачков [и др.]. // Сибирский онкологический журнал. 2012. №4 (52). С. 60-62 (53)

8. Чиссов В.И. Пластическое закрытие операционной раны после расширенной модифицированной мастэктомии / federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom13/III/Chissov.pdf.

REFERENCES

1. Dobrovolskaya N.Yu. *Lekarstvennaya i lucheovaya terapiya v lechenii mestnorasprostranennogo i disseminirovannogo raka molochnoy zhelezy* [Drug and Radiation Therapy in the Treatment of Locally Disseminated and Disseminated Breast Cancer]. URL: http://vestnik.rncrr.ru/vestnik/v7/papers/dobro_v7.htm.

2. Zikiryakhodzhaev A.D. Rasskazova TRAM-loskut v rekonstruktivnykh operatsiyakh u bolnykh rakom molochnoy zhelezy [TRAM-flap in reconstructive surgeries in breast cancer patients]. *Opukholi zhenskoy reproduktivnoy sistemy - Tumors of the female reproductive system*, 2015, No. 2, pp. 25-30.

3. Kubantsev K.B. *Khirurgicheskoe lechenie bolnykh s mestnorasprostranennymi opukholyami molochnoy zhelezy s odnomomentnoy plastikoy grudnoy stenki TRAM-loskutom*. Diss. kand. med. nauk [Surgical treatment of patients with locally disseminated tumors of the breast with one-stage TRAM-flap chest wall plasty. D. thesis for the degree of Candidate of Medical Sciences]. Volgograd, 2010. 156 p.

4. Mazaeva B.A. Rekonstruktivno-plasticheskoe zakrytie obshirnogo defekta grudnoy kletki posle radikalnoy mastektomii sprava po povodu raka pravoy molochnoy zhelezy T4N2M1 [Reconstructive and plastic closure of extensive chest defect after right radical mastectomy for right breast cancer T4N2M1]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov*, 2017, Vol. 12, No. 1, pp. 111-112.

5. Pak D.D. Rezultaty pervichnykh rekonstruktivnykh operatsiy pri rake molochnoy zhelezy (opyt 1143 operatsiy) [Results of primary reconstructive operations for breast cancer (experience of 1143 operations)]. *Voprosy onkologii - Issues of Oncology*, 2011, No. 57 (5), pp. 658–63.

6. Rasulov S.R. [The dynamics of breast cancer morbidity and mortality in the Republic of Tajikistan for 2003-2013.]. *Sbornik tezisev 1-go Rossiyskogo onkologicheskogo nauchno-obrazovatel'nogo foruma s mezhdunarodnym uchastiem «Belye nochi – 2015»* [Proceedings of the 1st Russian Cancer Research and Education Forum with International Participation “White Nights 2015”]. 2015. pp. 393-394. (In Russ.)

7. Rybachkov V.V. Sverkhradikalnye mastektomii [Ultraradical mastectomies]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal - Siberian Journal of Oncology*, 2012, No. 4 (52), pp. 60-62 (53)

8. Chissov V.I. *Plasticheskoe zakrytie operatsionnoy rany posle rasshirennoy modifitsirovannoy mastektomii* [Plastic closure of surgical wound after extended modified mastectomy]. URL: federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom13/III/Chissov.pdf.

9. Ruiterkamp J. Surgical resection of the primary tumour is associated with improved survival in patients with distant metastatic breast cancer at diagnosis. *European Journal of Surgery and Oncology*, 2009, No. 35 (11), pp. 1146-51.

ХУЛОСА

С.Р. Расулов, Ч.С. Обидов, К.С. Расулов

НАТИЧАҲОИ БЕВОСИТАИ МАСТЭКТОМИЯИ ВАСЕИ ТАҒИЙРДОДАШУДА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ САРАТОНИ ФАРОГИРИ ҒАДУДИ ШИРӢ

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши натиҷаҳои бевоситаи мастэктомияи васеи тағйирдодашуда бо пӯшонидани норасогии бофтаҳои мулоими девори қафаси сина аз ҳисоби малофаҳои бофтаҳои шахсӣ дар беморони гирифтори саратони фарогири ғадуди ширӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар 24 бемори гирифтори саратони фарогири ғадуди ширӣ мастэк-

томияи васеи тағйирдодашуда бо пӯшонидани норасогии бофтаҳои мулоими девори қафаси сина аз ҳисоби малофаи тани бемор гузаронида шудааст.

Натиҷаҳо. Часпиши авалиндарачаи захмҳо пас аз ҷарроҳӣ дар 21 бемор мушоҳида шуд, ки 87,5%-ро ташкил намуд. Дар 2 бемор некрози канории малофаи гузаронидашуда ва пӯсти ноҳияи донорӣ ва 1 бемор некрози 2/3 ҳиссаи малофаи гузаронидашуда дида шуд, ки 12,5%-ро ташкил дод.

Хулоса. Аворизи истифодаи малофаҳои торакодорзалӣ ва уфукии дар асоси мушаки ростии шикам барои пӯшонидани норасогии бофтаҳои мулоими девори қафаси сина пас аз мастэктомияи васеи тағйирдодашуда дар 12,5% ҳолат мушоҳида мешавад.

Калимаҳои калидӣ: саратони фарогири ғадуди ширӣ, табобати ҷарроҳӣ.

УДК 616-007-056.7-053.2

doi: 10.52888/0514-2515-2022-355-4-64-70

Р.А. Рахматова, З.Н. Набиев, Б.А. Шамсов, С.Р. Зоиров

ФАКТОРЫ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Рахматова Рухшона Акрамовна – д.м.н., ведущий научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; 734026, Республика Таджикистан, город Душанбе, проспект И. Сомони 59. E-mail: zoir_1962@mail.ru

Цель исследования. Установить предрасполагающие факторы врожденных пороков развития и их распространенность в Республике Таджикистан.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено на основе статистических данных ГУ «Республиканский центр медицинской статистики и информации», ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» и другие отраслевые отчетности Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ 600 карт показал, что в структуре факторов риска, вызывающих врожденные пороки развития, первое место занимают острые и хронические негениальные инфекционные заболевания (38%), затем анемии (29,8%), а третье место - плохой акушерский анамнез (множественные добровольные аборты), задержка внутриутробного развития ребенка, мертворождение, рождение ребенка с пороками, преэклампсия (20,8%), с недостаточностью кровообращения в системе мать-ребенок (16,3%). Из проанализированных карт рожденных детей с врожденными пороками, от браков близких родственников составляет 5%.

Выводы. Таким образом основными причинами роста врожденных пороков развития у новорожденных являются: отягощенный акушерский анамнез и наследственность, вредные привычки и профессиональные вредности, перенесенные вирусные и бактериальные инфекции, поздняя пренатальная диагностика.

Ключевые слова: дети, ВПР, ВПС, пороки развития, РТ, аномалии, ребенок

R.A. Rakhmatova, Z.N. Nabiev, B.A. Shamsov, S.R. Zoirov

FACTORS AND PREVALENCE OF CONGENITAL MALFORMATIONS IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

State Institution National Scientific Clinical Center of Pediatrics and Children's Surgery

Rakhmatova Rukhshona Akramovna - Doctor of Medical Sciences, Leading Scientific Associate of the State Institution