

tion. *Gastroenterology Research Practice*, 2018, pp. 7164648.

12. Schwenter F., Poletti P.A., PlatonPerneger T. Clinicoradiological score for predicting the risk of strangulated small bowel obstruction. *British Journal of Surgery*, 2010, No. 37 (7), pp. 1119–1125.

13. Sheedy S.P., Earnest F. 4th, Fletcher J.G. CT of small-bowel ischemia associated with obstruction in emergency department patients: diagnostic performance evaluation. *Radiology*, 2006, No. 241 (3), pp. 729–73.

14. Ten Broek R.P.G., Krielen P., Di Saverio S. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. *World Journal of Emergency Surgery*, 2018, No. 13, pp. 24.

15. Zalcmann M., Sy M., Donckier V. Helical CT signs in the diagnosis of intestinal ischemia in small-bowel obstruction. *American Journal of Roentgenology*, 2000, No. 175, pp. 1601–1607.

ХУЛОСА

М.Қ. Гулов, Ҷ.С. Салимов, Ҷ.К. Мухаббатова, С.Ғ. Али-Заде, К.Н. Носири

ПЕШГҶИИ ИШЕМИЯИ РҶДАҶО ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ НОГУЗАРОИШИ ИЛТИЁМИИ РҶДАИ БОРИК

Мақсади таҳқиқот. Сари вақт ошкор кардани ишемияи рӯда дар беморони гирифтори ногузарои илтиёмии шадидаи рӯдаи борики мебошад.

Усулҳо. Мо 124 бемори гирифтори ногузарои илтиёмии шадидаи рӯдаи борикиро мавриди омӯзиш қарор додем. Барои муайян кардани омилҳои муҳимтарини пешгӯии ишемияи рӯдаҳо таҳлили регрессионии логистикӣ гузаронида шуда, нишондиҳандаҳои коэффисиенти регрессионӣ дар шакли арзёбии ҳолӣ (баллӣ) истифода шуданд.

Натиҷаҳо. Шаш омили мустақили пешгӯии ишемияи рӯда муайян карда шуданд: синну сол, давомнокии дард, ҳарорати бадан, шумораи лейкоцитҳо, паст шудани контрасти девораи рӯда ва омози маҳаллии масориқа дар ТК. Мувофиқи регрессия, ба ҳар як тағйирёбандаи бо ишемияи рӯда алоқаманд ҳолҳои коэффисентӣ дода шуданд. Басомади тахминии ишемияи рӯда ҳамчун ҷамъи ҳолҳо дар диапазони аз 0 то 24 ҳисоббарорӣ карда шуд. Барои гурӯҳи эҳтимолияти паст нуқтаи остонавии баробар ба 6 ҳол истифода гардид (хатари ишемияи рӯда 1,13% буд). Баҳои аз 7 то 15 гурӯҳи эҳтимолияти миёнаро муайян мекард (хатари ишемияи рӯда 44% буд). Баҳои ≥ 16 гурӯҳи эҳтимолияти баландро муайян мекард (ҳамаи беморони ин гурӯҳ ишемияи рӯда доштанд).

Хулоса. Мо арзёбии пешгӯии хатари инкишофёбии ишемияи рӯдаро бо дақиқии хуб (зиёда аз 90%) анҷом додем. Ин арзёбӣ боэътимод ва тақриршаванда аст, аз ин рӯ он метавонад ба ҷарроҳ барои фарқ кардани беморони ишемияи рӯда барои иҷрои ҷарроҳӣ кӯмак кунад, зеро ихтилолҳои ишемиявӣ метавонанд хусусияти бозгаштӣ дошта бошанд, ки ин имкон медиҳад инкишофи некрози рӯдаи пешгирӣ карда шавад.

Калимаҳои калидӣ: ногузарои рӯда, рӯдаи борики, ҷарроҳӣ, илтиёмҳо.

УДК 616.316-006-076

doi: 10.52888/0514-2515-2023-357-2-44-50

Икромии Зиёратшо

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПУНКЦИОННОЙ И ТРЕПАНОБИОПСИИ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ЕГО ДОСТОВЕРНОСТЬ В СОМНИТЕЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Кафедра онкологии и лучевой диагностики

Икромии Зиёратшо – кандидат медицинских наук, онколог ПМСП г. Рогуна; Тел.: +992937418787; E-mail: i.zieratsho@mail.ru

Цель исследования. Выявить диагностическую достоверность пункционной и трепанобиопсии опухолей слюнных желёз под контролем ультразвукового исследования.

Материал и методы исследования. Материалом послужили 26 больных с доброкачественными опухолями слюнных желёз и 16 со злокачественными опухолями слюнных желёз. Для подтверждения окончательного диагноза были использованы цитологическое исследование, при котором окрашивание материалов проводилось по методу Романовского-Гимза, и гистологическое исследование, где окраска проводилась методом гематоксилин-эозина.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные с опухолями слюнных желёз, которые составили 42 (100%) случаи, для сравнения в зависимости от морфологической особенности опухолей были подразделены на две группы: I группа - больные ретроспективного исследования которые составили 20 (47,6%) случаев (с 2013 по 2016 гг.); II группа - больные проспективного исследования – 22 (52,4%) случая (с 2017 по 2020гг.). Разработанный нами метод пункционной и трепанобиопсии под контролем ультразвукового исследования, в сравнении с инцизионной и эксцизионной биопсиями, показали более достоверные соответствующие результаты.

Выводы

1) Данный метод пункционной и трепанобиопсии под контролем ультразвукового исследования имеет большую диагностическую достоверность в подтверждении клеток доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желёз, что позволяет в дальнейшем не проводить инцизионную и эксцизионную биопсию этих опухолей.

2) В нашем исследовании, в I-ой группе, разница в несоответственности между методами исследований составила 35%, а во II-ой группе разница в несоответственности не наблюдалась.

Ключевые слова: доброкачественные и злокачественные опухоли слюнных желёз, пункционная и трепанобиопсия под контролем ультразвукового исследования.

Ikromi Ziyoratsho

DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF PUNCTURE AND TREPAN BIOPSY OF SALIVARY GLAND TUMORS UNDER ULTRASOUND CONTROL AND ITS RELIABILITY IN DOUBTFUL SITUATIONS

Department of oncology and radiation diagnostics TSMU named of Abuali ibn Sino

Ikromi Ziyoratsho - candidate of medical sciences, oncologist PHMC of Rogun; Tel.: +992937418787; E-mail: i.zieratsho@mail.ru

Aim. To ascertain the diagnostic reliability of puncture and trepan biopsy of salivary gland tumors under ultrasound control

Materials and Methods. The study included 26 patients diagnosed with benign tumors and 16 patients with malignant tumors of the salivary glands. To determine the final diagnosis, a cytology test was conducted using the Romanov Giemsa staining method on the materials. Histological examinations were stained using the hematoxylin-eosin technique.

Results and Discussion. All 42 patients (100% of cases) with salivary gland tumors were divided into two groups based on the morphological features of their tumors: Group I comprised 20 patients (47.6% of cases) from a retrospective study conducted from 2013 to 2016, and Group II encompassed 22 patients (52.4% of cases) from a prospective study conducted from 2017 to 2020. Our uniquely developed method of puncture and trepan biopsy under ultrasound control demonstrated that the results derived from this approach closely aligned with those obtained from incisional and excisional biopsies. This correspondence underlines the successful diagnosis and treatment of patients with benign and malignant tumors of the salivary glands.

Conclusion.

1) The method of puncture and trepan-biopsy under ultrasound control exhibits high diagnostic reliability in confirming cells of benign and malignant tumors of the salivary glands, thereby eliminating the need for incisional and excisional biopsy of these tumors in subsequent treatment strategies.

2) In Group I, the discrepancy between the investigative methods was 35%, while in Group II, which employed our method of puncture and trepan biopsy under ultrasound control, no inconsistency was observed.

Keywords: benign and malignant tumors of the salivary glands, puncture and trepan biopsy under ultrasound control.

Актуальность. Опухоли слюнных желёз (ОСЖ) составляют от 1% до 25% от всех опухолей тела человека и 3-6% от числа опухолей области головы и шеи, причем, в подавляющем большинстве случаев они встречаются в околоушных слюнных железах [2, 3]. В постановке диагноза опухолей слюнных желёз, безусловно, лежат кли-

нические, анамнестические и объективные данные [2, 3, 5, 6]. Если обычные методы исследования слюнных желёз и регионарных метастазов оставляют сомнения, то должны быть использованы синалография, сонография, компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография области слюнных желёз и регионарных лимфатических

узлов [1-3, 5]. Лечение злокачественных опухолей слюнных желёз очень сложно и требует в первую очередь тщательного обследования больных для точного подтверждения злокачественных типов клеток, что несёт за собой большую ответственность при применении различных видов лечения злокачественных опухолей слюнных желёз [3, 4, 6, 7].

Следовательно, были большие расхождения результатов цитологического и гистологического исследований, а также пункционной и трепанобиопсии опухолей слюнных желёз, что вызвали большие сомнения при постановке диагноза доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желёз и нарушали тактику дальнейшего ведения больных с целью диагностики и лечения опухолей слюнных желёз, и эта проблема не освещается в современных научных трудах [1, 3, 4-6].

Таким образом, в настоящее время не имеются данные о действующих методах достоверного получения опухолевых тканей при пункционной биопсии и трепанобиопсии. Поэтому данная научно-исследовательская практическая работа даёт возможность получить достоверный способ получения опухолевых тканей и клеток при пункционной биопсии и трепанобиопсии из образований слюнных желёз.

Цель исследования. Выявить диагностическую достоверность пункционной и трепанобиопсии опухолей слюнных желёз под контролем ультразвукового исследования.

Материал и методы исследования. Материалом послужили 26 больных с доброкачественными опухолями слюнных желёз и 16 со злокачественными опухолями слюнных желёз.

Для подтверждения окончательного диагноза были использованы цитологическое исследование, при котором окрашивание материалов проводилось по методу Романовского-Гимза, под светоптическим микроскопом (OLYMPUS CX 21), с увеличением 10-40 крат., в патоморфологической лаборатории ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ. Также проводилось гистологическое исследование под светоптическим микроскопом (Carl Zeiss Primo Star), окраска проводилась методом гематоксилин-эозина с увеличением 10-40 крат., в морфологическом отделении ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ.

Статистическая обработка материала проводилась на компьютере с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) и проводилась методом вариационной статистики. Все данные приведены в виде долей (%). Дисперсионные анализы независимых собственных величин проводились по U-критерию Манна -Уитни $p > 0,05$. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Под нашим наблюдением находились 42 (100%) больных с опухолями слюнных желёз (ОСЖ), которые были обследованы в Государственном учреждении «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ), морфологические исследования (цитологическое и гистологическое) были проведены в патоморфологической лаборатории ГУ «РОНЦ» МЗ и СЗН РТ.

Все больные с ОСЖ в зависимости от морфологической особенности опухолей были подразделены на две группы:



Рисунок 1. Подразделения больных ретроспективной и проспективной группы в зависимости их сравнения

I группа - больные ретроспективного исследования, которые составили 20 (47,6%) случаев (с 2013 по 2016 гг.);

II группа - больные проспективного исследования – 22 (52,4%) случая (с 2017 по 2020 гг.) (рис. 1).

Из общего числа больных с ОСЖ доброкачественные опухоли слюнных желёз (ДОСЖ) составили 26 (61,9%) случаев, а злокачественные опухоли слюнных желёз 16 (28,1%) случаев. А при их раздельном изучении в I группе ДОСЖ составили 12 (60%) случаев, ЗОСЖ – 8 (40%) случаев, а во II группе ДОСЖ – 14 (63,6%) случаев, а ЗОСЖ - 8 (36,4%) случаев.

Одной из проблем инвалидизации больных при данных патологиях является их половозрастная пирамида от которого зависят психосоциальное состояние и формирования профессиональных качеств личности. Поэтому изучение половозрастных особенностей больных с ОСЖ также имеет огромное значения для раннего подтверждения

диагноза и устранения данной патологии.

Итак, среди наших больных в I-ой группе мужчин было - 11 (55%), женщин – 9 (45%), а во II группе мужчин было 12 (54,5%) человек, женщины - 10 (55,5%) (табл. 1).

Одной из важных задач решения данной проблематики является изучение результатов пункционной и трепанобиопсии материалов первой и второй группы.

Результаты пункционной биопсии и трепанобиопсии у больных с ДОСЖ и ЗОСЖ без контроля УЗИ или других лучевых диагностических пособий показали большую разницу в сравнении с инцизионной и эксцизионной биопсиями (табл. 2).

Исходя из этого следует подчеркнуть, что данные результаты ретроспективного исследования материала при ДОСЖ имеет разницу в 41,6% случаев, а при ЗОСЖ - на 25% случаев, что ухудшают процессы течения подтверждения диагноза и имеют огромные значения при ведении дальнейших тактик диагностики и выбора методов

Таблица 1

Половозрастная характеристика в сравниваемых группах больных с ОСЖ (n=42)

Параметры	I группа (n=20)		II группа (n=22)	
	М, n=11	Ж, n=9	М, n=12	Ж, n=10
Возраст, Me (Min-Max)	40,4 (5,0-75,0)	33,4 (11,0-68,0)	39 (13,0-66,0)	35 (8,0-66,0)
p	>0,05		>0,05	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей в группах по полу: при сравнении между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Таблица 2

Сравнительная характеристика морфологического исследования ОСЖ ретроспективной группы

Ретроспективная группа = 20 (100%)					
Методы биопсии	Пункционная и трепанобиопсии не под контролем УЗИ или других методов лучевой диагностики		Инцизионная и эксцизионная биопсии		Разница в %*
Виды ОСЖ	Морфологические варианты	Количество и уд. вес	Морфологические варианты	Количество и уд. вес	
ДОСЖ=12 (100%)	Полиморфная аденома	6 (50,0%)	Полиморфная аденома	8 (66,6%)	25%
	Мономорфная аденома	5 (41,6%)	Мономорфная аденома	3 (25,0%)	40%
	Аденокарцинома	1 (8,4%)	Аденолимфома	1 (8,4%)	100%
ЗОСЖ=8 (100%)	Цилиндрома	3 (37,5%)	Цилиндрома	4 (50,0%)	25%
	Аденокарцинома	2 (25,0%)	Аденокарцинома	2 (25,0%)	0%
	Плоскоклеточный рак	2 (25,0%)	Плоскоклеточный рак	1 (12,5%)	50%
	Умеренно-дифференцированный рак	1 (12,5%)	Умеренно-дифференцированный рак	1 (12,5%)	0%

Примечание: *% - от общего числа наблюдений.

Таблица 3

Сравнительная характеристика морфологического исследования ОСЖ проспективной группы

Проспективная группа = 22 (100%)					
Методы биопсии	Пункционная и трепанобиопсии под контролем УЗИ		Инцизионная и эксцизионная биопсии		Разница в %*
Виды ОСЖ	Морфологические варианты	Количество и уд. вес	Морфологические варианты	Количество и уд. вес	
ДОСЖ=14(100%)	Полиморфная аденома	5 (35,7%)	Полиморфная аденома	5 (35,7%)	0%
	Мономорфная аденома	5 (35,7%)	Мономорфная аденома	5 (35,7%)	0%
	Аденолимфома	3 (21,4%)	Аденолимфома	3 (21,4%)	0%
	Миоэпителиома	1 (7,1%)	Миоэпителиома	1 (7,1%)	0%
ЗОСЖ=8 (100%)	Цилиндрома	3 (37,5%)	Цилиндрома	3 (37,5%)	0%
	Аденокарцинома	3 (37,5%)	Аденокарцинома	3 (37,5%)	0%
	Карцинома	1 (12,5%)	Карцинома	1 (12,5%)	0%
	Плоскоклеточная карцинома	1 (12,5%)	Плоскоклеточная карцинома	1 (12,5%)	0%

Примечание: *% - от общего числа наблюдений.

лечения ОСЖ.

При разработанном нами методе пункционной биопсии и трепанобиопсии под контролем УЗИ было выявлено, что результаты полученные при пункционной и трепанобиопсии под контролем УЗИ во II-группе, показали достоверные соответственные сходства в сравнении с инцизионной и эксцизионной биопсиями (табл. 3).

Результаты использования нашего метода исследования, пункционной и трепанобиопсии под

контролем УЗИ, показали, что препараты, подвергшиеся изучению, не имели никаких несоответственности и сомнений в сравнении с инцизионной и эксцизионной биопсиями, и отсюда следует вывод, что разница в несоответственности составила 0% случаев.

Из чего явствует, нужно принять данный метод достоверным пособием в необходимых ситуациях при исследовании ДОСЖ и ЗОСЖ [1, 4-6]. Также наше исследование показывает, что всё это несёт за собой очень успешный процесс ведения диагностики и лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями слюнных желёз.

Техника проведения метода пункционной и трепанобиопсии под контролем УЗИ.

Больного усаживают ровно, немножко нагибают голову в противоположную сторону от опухоли. Например, если опухоль локализуется в правой околоушной слюнной железе, то голову нужно нагибать в левую сторону, а если опухоль локализуется в правой поднижнечелюстной слюнной железе, то голову нагибать в заднюю-левую сторону. Данная процедура производится для того, чтобы опухоль виднелась всеми своими границами. Также, в таком случае глубокорасположенные



Рисунок 2.

части слюнных желёз с опухолями будут заметны во время осмотра и проведения пункционной и трепанобиопсии (рис. 2).

Выводы.

1) Данный метод пункционной и трепанобиопсии под контролем ультразвукового исследования имеет большую диагностическую достоверность в подтверждении клеток доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желёз, что позволяет в дальнейшем не проводить инцизионную и эксцизионную биопсию этих опухолей.

2) В нашем исследовании, в I-ой группе, разница в несоответственности между методами исследований составила 35%, а во II-ой группе разница в несоответственности не наблюдалась.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арстанбеков С.Р. Клинико-морфологические особенности опухолей слюнных желез / С.Р. Арстанбеков, А.Р. Жумабаева // Евразийский онкологический журнал. - 2016. - Т.4, №2. - С. 105-111.

2. Базаров Н.И. Профилактика, диагностика и лечение первично-множественных и солитарных опухолей различных локализаций / Н.И. Базарова // Руководство по клинической онкологии. Душанбе.: «Шарки озод», 2016. - С. 500-505.

3. Грибова О.В. Нейтронная и нейтронно-фотонная терапия злокачественных новообразований головы и шеи / О.В. Грибова [и др.] // Евразийский онкологический журнал. - 2016. - Т.4, №2. - С. 163-168

4. Киселев П.Г. Комплексный метод дифференциальной диагностики новообразований слюнных желез на основе молекулярно-биологического профиля опухолей / П.Г. Киселев [и др.] // Евразийский онкологический журнал. - 2016. - Т.4, №2. - С. 147-151

5. Семикоз Н.Г. Лучевая терапия в сочетании с регионарной химиотерапией при не резектабельных опухолях головы и шеи / Н.Г. Семикоз [и др.] // Евразийский онкологический журнал. - 2016. - Т.4, №2. - С. 85.

6. Хасанов А.И. Реконструкция послеоперационного дефекта после паротидэктомии / А.И. Хасанов [и др.] // Евразийский онкологический журнал. - 2016. - Т.4, №2. - С. 166-170

REFERENCES

1. Arstanbekov S.R. Kliniko-morfologicheskie osobennosti opukholey slyunnykh zhelez [Clinical and morphological features of salivary gland tumors]. *Evrasiyskiy onkologicheskiy zhurnal - Eurasian journal of oncology*, 2016, Vol. 4, No. 2, pp. 105-111.

2. Bazarov N.I. *Profilaktika, diagnostika i lechenie pervichno-mnozhestvennykh i solitarnykh opukholey razlichnykh lokalizatsiy* [Prevention, Diagnosis and Treatment of Primary Multiple and Solitary Tumors of Various Locations]. Dushanbe, Sharki ozod Publ., 2016. pp. 500-505.

3. Gribova O.V. Neytronnaya i neytronno-fotonnaya terapiya zlokachestvennykh novoobrazovaniy golovy i shei [Neutron and neutron-photon therapy for malignant neoplasms of the head and neck]. *Evrasiyskiy onkologicheskiy zhurnal - Eurasian journal of oncology*, 2016, Vol. 4, No. 2, pp. 163-168

4. Kiselev P.G. Kompleksnyy metod differentsialnoy diagnostiki novoobrazovaniy slyunnykh zhelez na osnove molekulyarno-biologicheskogo profilya opukholey [Complex method of differential diagnosis of salivary gland neoplasms based on molecular and biological profile of tumors]. *Evrasiyskiy onkologicheskiy zhurnal - Eurasian journal of oncology*, 2016, Vol. 4, No. 2, pp. 147-151

5. Semikoz N.G. Luchevaya terapiya v sochetanii s regionarnoy khimioterapiyey pri ne rezektabelnykh opukholey golovy i shei [Radiation therapy combined with regional chemotherapy for nonresectable head and neck tumors]. *Evrasiyskiy onkologicheskiy zhurnal - Eurasian journal of oncology*, 2016, Vol. 4, No. 2, pp. 85.

6. Khasanov A.I. Rekonstruktsiya posleoperatsionnogo defekta posle parotidektomii [Reconstruction of postoperative defect after parotidectomy]. *Evrasiyskiy onkologicheskiy zhurnal - Eurasian journal of oncology*, 2016, Vol. 4, No. 2, pp. 166-170.

ХУЛОСА

Иқромӣ Зиёратшо

АҲАМИЯТИ ТАШХИСИ БИОПСИЯИ ПУНКЦИОНӢ ВА ТРЕПАНИИ ОМОСҲОИ ҒАДУДҲОИ ЛУОБӢ ЗЕРИ НАЗОРАТИ ТАШХИСИ УЛТРАСАДО ВА САҲЕҲИИ ОН ДАР ВАЗЪИЯТҲОИ ШУБҲАНОКӢ

Мақсади таҳқиқот. Ошкоркардани саҳеҳии ташҳиси биопсияи пункционӣ ва трепании омосҳои ғадудҳои луобӣ зери назорати ташҳиси ултрасадо.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Мавод аз 26 беморони гирифтори омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобӣ иборат мебошад. Барои тасдиқунии ташҳиси охири истифода шуданд ташҳиси ситологӣ бо ранкунии маводҳо бо усули Романовского-Гимза ва ташҳиси ситологӣ бо рангкунии маводҳо бо усули гематоксилин-эозин.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ҳамаи беморони гирифтори омосҳои ғадудҳои луобӣ 42 (100%) барои муқоисаи хусусиятҳои морфологӣ ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: I гурӯҳ – беморони таҳқиқоти ретроспективӣ, ки 20 (47,6%) ҳодисаро ташкил доданд (аз 2013 то 2016 солҳо); II гурӯҳи беморони таҳқиқоти проспективӣ – 22 (52,4%) ташкил доданд (аз 2017 то 2020 солҳо). Бо усули биопсияи пункционӣ ва

трепани зери назорати ташхиси ултрасадо-и инкишофшудаи натиҷаҳои биопсия ошкор карда шуданд. Ҳангоми омӯзиши натиҷаҳо, ки ба воқеаи биопсияи пунксионӣ ва трепани зери назорати ташхиси ултрасадо ошкор карда шуданд, бо натиҷаҳои биопсия инсизионӣ ва экссизионӣ муқоиса карда шуда натиҷаҳои муносиби саҳеҳи нишон доданд, ки раванди хеле бомуваффақияти ташхис ва табобати беморони гирифтори омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобиро сари вақт гузаронида мешавад.

Хулосаҳо

1) Ин усули биопсияи пунксионӣ ва трепани зери назорати ташхиси ултрасадо дорони ташхиси

бузурги саҳеҳи ҳангоми тастиккунии ҳучайраҳои омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобӣ мебошад, ки барои дар усули табобатҳои минбаъда зарурияти гузаронидани биопсияи инсизионӣ ва экссизионӣ ин омосҳоро руҳсат намедихад.

2) Ҳангоми таҳқиқоти мо дар I- гурӯҳ, фарқият дар номувофиқатии усулҳои таҳқиқот 35% -ро ташкил дод ва дар II-гурӯҳ бо истифодаи усули биопсияи пунксионӣ ва трепани зери назорати ташхиси ултрасадо фарқият дар номувофиқати ба амал наомад.

Калимаҳои калидӣ: омосҳои нексифат ва бадсифати ғадудҳои луобӣ, биопсияи пунксионӣ ва трепани зери назорати ташхиси ултрасадо.

УДК 616.216-089;616.714.3-006.31-053.7-073.756

doi: 10.52888/0514-2515-2023-357-2-50-58

М.К. Икромов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

ГОО «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Икромов Махмадуло Курбонович – к.м.н., ассистент кафедры оториноларингологии ГОО «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; Тел.: +992918530898; E-mail: ikromov.mk-71@mail.ru

Цель исследования. Изучить возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в определении критериев объёма оперативного вмешательства при юношеской ангиофиброме основания черепа.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты проведенного анализа больных с диагнозом юношеская ангиофиброма основания черепа госпитализированных в I-ое ЛОР отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахи» за период 2015-2022 гг. За этот период под нашим наблюдением находилось 68 пациентов мужского пола.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии больных показал, что у 51,5% больных была обнаружена сфеноэктоидальная форма роста опухоли, реже встречалась базиллярная форма (25%), птеригомаксиллярная форма роста опухолей имела место в 22% случаев, тубарная форма роста опухоли была выявлена в 1 случае. У значительного числа больных (61,8%) была установлена II стадия ангиофибромы, I стадия была у 10,3% пациентов, IIIA стадия имела место у 19,1% больных, IIIB и IV стадии составляли по 4,4% соответственно от общего количество больных.

Выводы. Компьютерную и магнитно резонансную томография можно считать золотым стандартом при исследовании больных с подозрениями на юношескую ангиофибромю основания черепа. Они дают возможность клиницисту определить форму опухолевого процесса в зависимости от исходного места и стадию заболевания - которые являются критериями выбора объёма хирургического вмешательства.

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма, основание черепа, компьютерная томография.