

тағйирёбии тавачҷӯх ба фаъолияти рафтори инсондӯстӣ бозухуроти асимметрияи тарафи чап тавоноии фосилаи алфа дар шӯъбаи фронталии нимкураи сар, ки дар ишштироккунандагони ботағйирёбии тавачҷӯх ба омиле, ки фаъолияти рафтори бадхашмона доранд мушоҳида карда на мешаванд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокима: Муносибати додашудаи SW/FW ба воситаи майл ба ҳискардани шароити эҳсосоти негативӣ ва изтироб нишон медиҳад. Натиҷаҳо бо тадқиқотҳои гузаштаи дигар муаллифон мувофиқат мекунам ва метавонанд воситаи ғоиданок ба омӯзиши

имкониятҳои пешгӯӣ кардани майли рафтори бадхашмона бошад.

Хулоса: Таҳқиқоти гузаронида ба баъзе пешгӯии оиди хусусиятҳои фаъоли биоэлектрикии нимкураи пеши мағзи сар ба ҳис накардани омехташавии бодикқат бо информатсияи биноиш, ки характери эҳсосоти дорад аз ҷумла рафтори характерноки таҷовузмонанд, имконият медиҳад, ки барои муҳити иҷтимоӣ аҳмиятнок буда ва он ба духтурҳои оянда пешниҳод карда мешавад.

Калимаҳои калидӣ: тағйирёбии тавачҷӯх, вақти аксуламал, ЭЭГ, асимметрияи фронталии алфа назм.

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

Н.И. Базаров¹, Ф.И. Шукуров¹, Абдулқохир Кодирӣ², Ф.А. Имомов¹, М.М. Косымов²,
Ф.Х. Райхонов¹, А.А. Абдумунинов¹.

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ СОСУДИСТЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ И ЕЁ ПРИДАТКОВ СВОДА ЧЕРЕПА, ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ (СОКПСЧЛОШ)

¹ Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

² Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

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

Цель исследования. Изучение особенностей клиники, диагностики и оценить эффективность комбинированного метода лечения при кавернозных сосудистых опухолях кожи и её придатков, свода черепа, челюстно-лицевой области и шеи.

Материал и методы исследования. Произведено проспективный анализ клинических данных историй болезни 65 больных с кавернозными сосудистыми опухолями кожи и её придатков, свода черепа, челюстно-лицевой области и шеи получивших комбинированное лечение в условиях Государственного учреждения «Республиканский онкологический научный центр» МЗ и СЗН РТ с 2009 по 2017 годы.

Результаты и их обсуждение. Оценка эффективности комбинированного лечения у 65 больных с СОКПСЧЛОШ показали, у 45 (69%) - отменный результат, у 17 (26%) - хороший результат и у 3 (5%) пациентов получено удовлетворительный результат.

Заключение. Способ комбинированного лечения кавернозных сосудистых опухолей кожи и её придатков, свода черепа, челюстно-лицевой области и шеи позволил добиться полной регрессии опухоли у 69% больных, а у 31% пациентов - добиться излечения после второго и третьего этапов лечения. Это ускорило медико-социальную реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных.

Ключевые слова: сосудистые опухоли кожи, челюстно-лицевая область, онкология.

N.I. Bazarov¹, F.I. Shukurov¹, Abdulkokhir Kodiri², FA Imomov¹, MM Kosymov², F.Kh. Rayhonov¹, A.A. Abdumuminov¹

ON AN ISSUE OF DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF THE COMBINED TREATMENT OF CAVERNOUS VASCULAR SKIN AND SKIN DERIVATIVES TUMORS OF THE BASE OF THE SKULL, MAXILLOFACIAL AREA, AND NECK

¹ Department of Oncology of Avicenna Tajik State Medical University

² The scientific institution of Stomatology and maxillofacial surgery

Negmat Ismailovich Bazarov - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Oncology Department of Avicenna Tajik State Medical University; negmatbazarov@mail.ru

Aim. To study features of clinical picture and diagnosis and to evaluate the efficiency of the combined methods of cavernous vascular skin and skin derivatives tumors of the base of the skull, maxillofacial area, and neck treatment.

Material and methods. A prospective analysis of clinical data of 65 patients with cavernous vascular skin and skin derivatives tumors of the base of the skull, maxillofacial area neck who received combined treatment in the conditions of the State Institution "Republican Cancer Research Center" of the Ministry of Health and from 2009 to 2017 was conducted.

Results. Evaluation of the efficiency of combined treatment of 65 patients with cavernous vascular skin and skin derivatives tumors of the base of the skull, maxillofacial area and neck showed perfect results in 45 (69%) cases, good results in 17 cases (26%) and satisfactory results in 3 cases (5%).

Conclusion. The combined treatment method of cavernous vascular skin and skin derivatives tumors of the base of the skull, maxillofacial area, and neck allows reaching total regression of the tumor in 69% of patients and in 31% of patients reaching recovery after second and third stages of treatment. This has speeded up medical and social rehabilitation and improved life quality of patients.

Keywords: skin tumors, maxillofacial area, oncology.

Актуальность. Среди сосудистых опухолей кожи и её придатков, свода черепа, челюстно-лицевой области и шеи, чаще встречаются опухоли, развивающиеся из кровеносных и лимфатических сосудов: доброкачественные опухоли - гемангиомы и лимфангиомы; злокачественные опухоли - ангиосаркомы [1, 4, 5]. Гемангиомы могут быть врожденными, приобретенными и подавляющее большинство сосудистых образований имеют врожденное происхождение [4]. Гемангиомы мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи могут сочетаться с поражением костей лицевого скелета [2, 11]. Сосудистая опухоль может приобретать инфильтративный рост с разрушением окружающих тканей [2]. Очень редко эти сосудистые опухоли озлокачествляются [6]. В зависимости от глубины залегания, гемангиомы разделяются на поверхностные (располагаются в толще кожи или слизистой оболочки и подлежащей клетчатки) и глубокие (прорастают в толщу мышц и костную ткань), а по распространенности - ограниченные и диффузные [4, 6].

Одной из важных проблем хирургии сосудистых образований, является своевременная адекватная диагностика и оценка эффективности лечения их, которая возникает на почве врожденного порока развития кровеносных сосудов и поэтому, в основном, она чаще проявляется в детском возрасте [2, 11]. Диагностика КСОКПСЧЧЛОШ, наряду с осмотром, пальпацией и аускультацией, базируется на проведении специальных методов обследования:

– рентгенография костей лицевого скелета (дает возможность выявить флеболиты, а также связь сосудистых образований с костью или их наличием в челюсти);

– ангиография с помощью контрастных веществ (позволяет обнаружить структуру гемангиомы, ее размеры, локализацию и наличие отдельно расположенных крупных сосудов, связанных с новообразованием);

– термография позволяет с высокой степенью достоверности уточнить диагноз, обнаружить различия в местной температуре при различных видах гемангиом (более высокая при кавернозных), правильно спланировать лечение и провести контроль за его эффективностью. С целью полной оценки свертывающей и противосвертывающей системы крови, в предоперационном периоде у пациентов с КСОКПСЧЧЛОШ, можно рекомендовать тромбоэластографию, определение содержания фибриногена, общую фибринолитическую активность плазмы крови;

– исследование картины крови для выявления тромбоцитопении, анемии и других возможных изменений.

Диагностика поверхностных форм гемангиом обычно не представляет сложности [8]. КСОКПСЧЧЛОШ необходимо дифференцировать с кистами мягких тканей и слюнных желез, липомами, некоторыми формами опухолей [1, 7]. Значительную помощь, в проведении дифференциальной диагностики КСОКПСЧЧЛОШ, оказывают ранее перечисленные методы обследования больного, а

также применение ультразвукового исследования (о применении её в доступной литературе нами не обнаружено) для определения объёма, распространенности, оценки эффективности ранее проведенных различных методов лечения КСОКПСЧЧЛОШ [9, б11]. В некоторых случаях и когда общее состояние больного не позволяет предпринять обширное хирургическое вмешательство, полезно прибегнуть к методу, разработанному Д.В. Дудко (1987): полимер и мономер клеевой композиции КЛЗ соединяют в обычном медицинском шприце (10 или 20 мл) и в момент полимеризации вводят в опухоль посредством соответствующей иглы [10]. Пенистая масса клея КЛЗ в момент полимеризации расширяется в объеме, заполняя все ее полости, оказывая изнутри давление на стенки. Метод позволяет остановить приток крови к опухоли, и тем самым, прекратить ее дальнейшее развитие. Клеевая композиция постепенно подвергается деструкции, прорастает и замещается соединительной тканью. Если, клея введено много, этот процесс длится до 3-х лет, что позволяет произвести операцию у подросшего ребёнка без риска и осложнений. Чтобы стимулировать разрастание соединительной ткани, в КЛЗ в терапевтических дозах добавляется преднизолон, а для профилактики нагноения антибиотики, которые поступают в ткань опухоли по мере рассасывания клея. Через 8-9 месяцев можно удалить остатки клея. При проблемной, сложной локализации (заглоточной, периорбитальной и других объёмных) гемангиом, показано применение пропранолола. До настоящего времени не установлен механизм действия пропранолола, но предполагается, что он влияет

на факторы роста сосудов и гемодинамические цитокины [3, 6, 7, 8, 9].

Для лечения обширных кавернозных сосудистых опухолей кожей и её придатков черепа, челюстно-лицевой области и шеи, метод хирургического удаления (иссечения) малоприменим, так как он связан с угрозой повреждения магистральных сосудов, лицевого нерва и возникновения паралича мимической мускулатуры [3, 6, 10, 11]. Поэтому необходима оптимизация, как диагностики, так и лечения КСОКПСЧЧЛОШ.

Цель исследования - изучить клинику, диагностику и оценить эффективность комбинированного метода лечения при КСОКПСЧЧЛОШ.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный клинико-статистический анализ амбулаторных карт, истории болезни 65 больных с КСОКПСЧЧЛОШ, который находились на обследовании и лечении в Государственном учреждении «Республиканском онкологическом научном центре» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (ГУ РОНЦ МЗ и СЗН РТ) с 2009 года по 2017 года. Комбинированное лечение получили 65 больных КСОКПСЧЧЛОШ в возрасте от 1 месяцев до 34 лет, из них мужчин 35 (64%), а женщин – 30 (46%). При анализе сроков обращения (в периодах) среди 65 (100%) больных КСОКПСЧЧЛОШ из анамнеза заболевания у 57 (88%) пациентов она была установлена с момента рождения до одного года; у 5 (8%)- от одного года до 2 лет; у 3 (4%) больных анамнез заболевания составила более двух лет. Подробный анализ анамнеза жизни 65 (100%) пациентов КСОКПСЧЧЛОШ (рис.1) показал, что:

Результаты анализа анамнеза жизни пациентов КСОКПСЧЧЛОШ, в зависимости от их природы

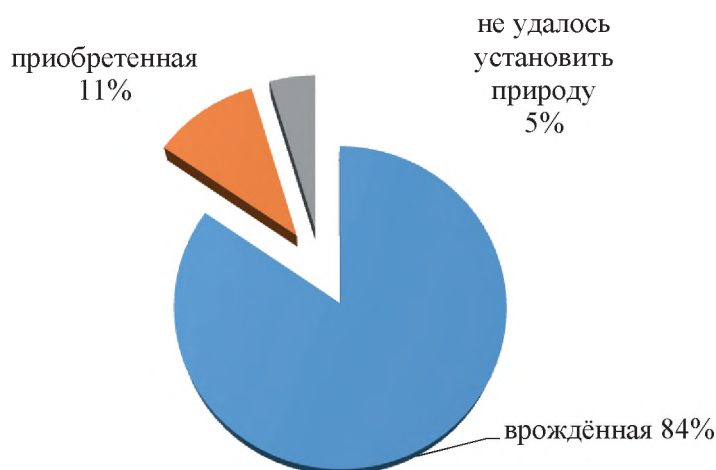


Рис. 1. Результаты анализа анамнеза жизни пациентов КСОКПСЧЧЛОШ, в зависимости от их природы

а) КСОКПСЧЧЛОШ у 55 (84%) больных имели врождённую природу (связанную с нарушением течения беременности, когда роженицы переносили острые респираторные, генитальные, эндокринные заболевания, родовые травмы, связанные с узким тазом рожениц и с наложением щипцов на плод при родах); б) у 7 (11%) пациентов КСОКПСЧЧЛОШ имели приобретенную природу (различные травматические повреждения или воспалительные процессы, ушибы, сдавления, интоксикации); в) у 3 (4,6%) больных КСОКПСЧЧЛОШ выявить причины возникновения их не представлялось возможным.

При анализе локализации КСОКПСЧЧЛОШ среди 65 (100%) в порядке убывания, была установлена (рис.2) следующая закономерность: А) у 27 (41,5%) больных обширная кавернозная смешанная гемангиома (ОКСГ), одиночно или множественно локализовалась в средней зоне лица и инфильтрировала подлежащие ткани, фасции, мышцы, околоушную ушную раковину, слизистоподслизистый слой полости рта и щеки, а также органы (язык, миндалины, надгортанник, гортань и др.);

Б) у 16 (24,6%) ОКСГ одиночно или множественно локализовались на верхней и средней части лица с инфильтрацией ткани орбиты, ре-

тробульбарного пространства и глазного яблока, корня носа, решетчатого лабиринта передней стенки лобной и гайморовой пазухи и другие соседние анатомические структуры;

В) у 15 (23,1%) ОКСГ одиночно или множественно локализовались на верхней, средней и нижней части лица с инфильтрацией тканей подбородочной, поднижнечелюстной областей и органов (альвеолярный отросток нижней челюсти, поднижнечелюстной слюнной железы) и другие соседние анатомические структуры,

Г) у 7 (10,8%) ОКСГ одиночно или множественно локализовалась на своде черепа (височных, лобно-теменных областях).

После тщательных клинических и дополнительных методов исследования, все пациенты с КСОКПСЧЧЛОШ, были подвергнуты ультразвуковому методу обследования (УМО), что позволило определить локализацию, распространённость, протяжённость и объём кавернозных полостей, а также УМО проведенное вторично поступившим больным с КСОКПСЧЧЛОШ, чтобы оценить эффективность лечения. Применении УМО для оценки эффективности лечения у 65 пациентов КСОКПСЧЧЛОШ при этом: а) у 45 (69,2%) больных было установлено отсутствие на экране дисплея ультразвуковых признаков сосудистых

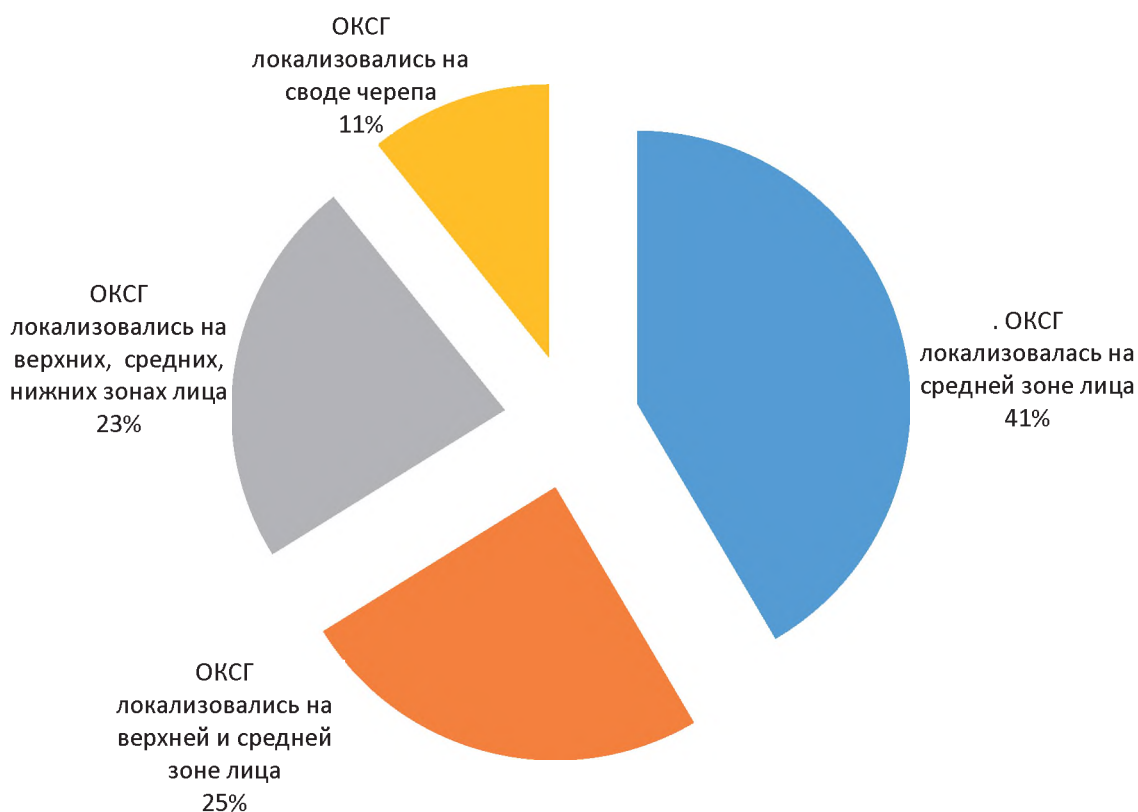


Рис.2. Результаты анализа локализации у пациентов КСОКПСЧЧЛОШ

опухолей, она была связана с полной регрессией кавернозных гемангиом, б) у 17 (26,2%) пациентов картина сосудистых опухолевых очагов, после лечения визуализировались на половину (то есть когда имела частичная регрессия сосудистой опухоли), в) у 3 (4,6%) больных ультразвуковая картина сосудистых опухолевых очагов, после лечения визуализировались без изменения, а в одном случае был обнаружен флеболит, который был обусловлен стабилизацией состояния кавернозных гемангиом.

Результаты эффективности лечения (реабилитации) больных КСОКПСЧЧЛОШ, которым было выполнено обшивание сосудистых новообразований (по методу Гейденгайна), и введения склерозирующей смеси (СС), которая состояла из 5% раствора аскорбиновой кислоты и 2,5% суспензии гидрокортизона, мы оценивали по субъективным и объективным показателям. Субъективный эффект (СЭ) выражался в количестве суток после комбинированного лечения, когда пациент начал ощущать прекращение боли, отека, припухлости в области послеоперационной раны, отмечал восстановление функции: а) мимических мышц, б) эстетическую, в) зрение, г) речи, е) жевания, ж) формирование пищевого комка, з) глотания, к) обоняния, л) слуха и другие. Субъективный эффект у пациентов КСОКПСЧЧЛОШ варьировался от 10 до 60 дней.

Объективный эффект (ОЭ) отмечался по следующим критериям:

1) отменный результат, когда одиночные или первично множественные сосудистые опухолевые очаги после одного курса комбинированного лечения исчезали полностью (то есть полная регрессия). Кроме того, удалось получить положительные результаты без нарушения восстановления функций органов головы и шеи, спустя шесть месяцев и один год, и когда отсутствовали признаки рецидива КСОКПСЧЧЛОШ в течение 3-5 лет;

2) хороший результат, когда одиночные или первично множественные сосудистые опухолевые очаги после лечения исчезали на половину (то есть частичная регрессия). Когда, больные были подвергнуты повторному лечению и удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи, спустя шесть месяцев и один год, и когда отсутствовали признаки рецидива КСОКПСЧЧЛОШ в течение 3-5 лет;

3) удовлетворительный результат, когда одиночные или первично множественные сосудистые опухолевые очаги после лечения оставались в

прежних размерах (то есть стабилизация процесса). Когда, больные были подвергнуты повторно, комбинированному и комплексному лечению, и удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи, спустя шесть месяцев и один год, и когда отсутствовали признаки рецидива КСОКПСЧЧЛОШ в течение 3-5 лет;

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

Результаты исследования и их обсуждение. Всем больным КСОКПСЧЧЛОШ, производили обшивание сосудистых новообразований (по методу Гейденгайна), начиная с периферии по направлению к центру, после максимально откачивали содержимое кавернозной полости, затем вводили склерозирующую смесь (СС), состоящую из 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2,5% суспензии гидрокортизона в полости ОКГ. На послеоперационную рану накладывали давящую асептическую повязку. Послеоперационные швы снимали по мере их прорезывания, на 12-70 сутки после выполнения операции, тем самым добивались

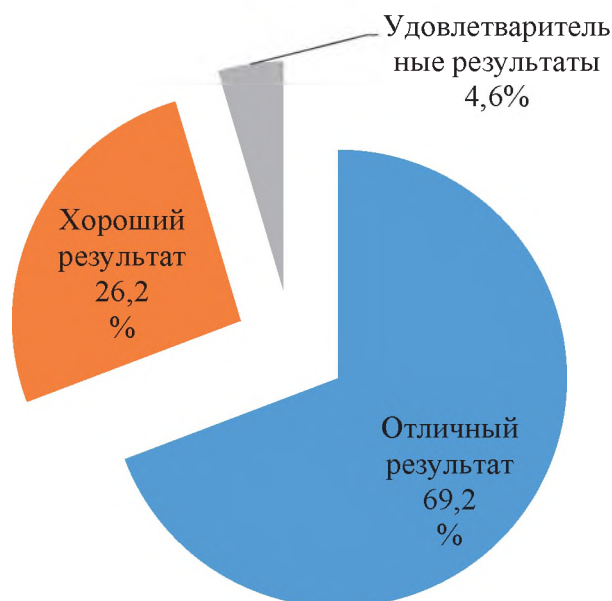


Рис. 3. Результаты анализа эффективности лечения КСОКПСЧЧЛОШ по объективным показателям

местного воздействия, то есть длительной компрессии, формирования и образования соединительной ткани. Результаты эффективности лечения КСОКПСЧЛОШ представлены в (рис.3).

При этом отменный результат, когда одиночные или первично множественные сосудистые опухолевые очаги, после одного курса комбинированного лечения исчезали полностью (то есть полная регрессия). Кроме того, удалось получить положительные результаты без нарушения восстановления функций органов головы и шеи, спустя шесть месяцев и один год, и когда отсутствовали признаки рецидива КСОКПСЧЛОШ в течение

3-5 лет; она отмечена у 45 (69,2%) больных.

Клиническим примером, комбинированного лечения с отменным результатом сосудистой опухоли свода черепа, может служить следующий пациент:

1. Больной, в возрасте 1 год поступил в детское отделение ГУ РОНЦ с диагнозом: врожденная кавернозная гемангиома свода черепа 1-б клиническая группа. Произведено прошивание (по методу Гейденгайна) и склерозирующая терапия кавернозной гемангиомы свода черепа, которые иллюстрированы в рисунках 4-7.

Среди 65 больных КСОКПСЧЛОШ, у 17

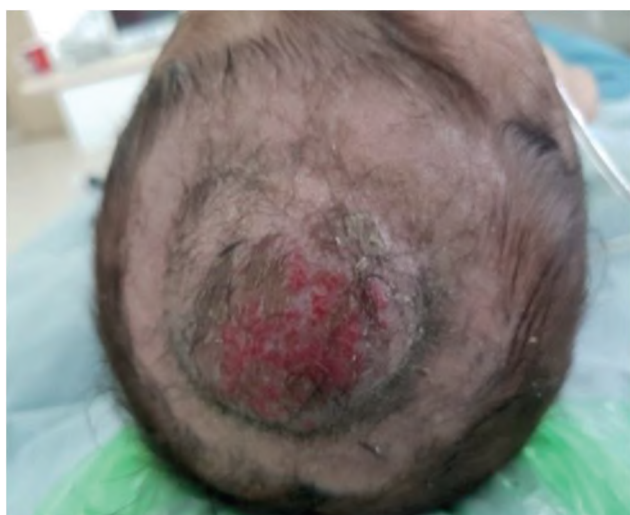


Рис 4. Кавернозная гемангиома свода черепа до операции



Рис 5. Состояние после прошивания с периферии и откачивания содержимого кавернозной полости



Рис 6. Состояние после прошивания и склерозирующей терапии (конец операции)



Рис 7. Состояние спустя 6 месяцев после операции. Наблюдается полная регрессия кавернозной гемангиомы свода черепа

(26,2%) пациентов наблюдался хороший результат, когда одиночные или первично множественные сосудистые опухолевые очаги, после лечения исчезали наполовину (то есть частичная регрессия). Когда, больные были подвергнуты повторному лечению и удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи, спустя шесть месяцев и один год, и когда отсутствовали признаки рецидива КСОКПСЧЛОШ в течение 3-5 лет. Частичная регрессия СОГШ

позволила повторно провести второй курс комбинированного лечения и добиться полной регрессии СОГШ. Наглядным клиническим примером, успеха двукратного комбинированного лечения, врожденной гигантской кавернозной формы гемангиомы лобно-теменной области свода черепа, может служить следующий пациент:

2. Больной 1995 г.р., поступил в детское отделение ГУ РОНЦ с диагнозом: врожденная гигантская кавернозная форма гемангиомы лобно-



Рис 8 Кавернозная форма гемангиомы лобно-теменной области свода черепа до второго этапа лечения



Рис 9. Состояние после прошивания с периферии и откачивания содержимого кавернозной полости



Рис 10. Четвертыфе сутки после операции



Рис 11. Состояние после комбинированного лечения спустя 6 лет. Наблюдается полная регрессия кавернозной гемангиомы свода черепа

теменной области свода черепа, 16 клиническая группа. Состояние после первого курса комбинированного лечения в 12.06.2009 году (обшивание сосудистых новообразований (по методу Гейденгайна), и введения склерозирующей смеси (СС), которая состояла из 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2.5% суспензии гидрокортизона). При внешнем осмотре отмечается частичная регрессия опухоли свода черепа. В 08.09.2011 году поступил на второй этап комбинированного лечения. Этапы комбинированного лечения: прошивание и склерозирующая терапия кавернозной формы гемангиомы лобно-теменной области свода черепа, иллюстрированы рисунках 8-11. Данных за рецидив врожденной гигантской кавернозной формы гемангиомы лобно-теменной области свода черепа нет. Отмечается появление волосяного покрова лобно-теменной области свода черепа.

Из 65 (100%) больных с КСОКПСЧЧЛОШ, у 3 (4,6%) пациентов были получены удовлетворительные результаты, отмечена остановка роста опухолевого процесса, когда одиночные или первично множественные сосудистые опухолевые очаги после лечения оставались в прежних размерах (то есть наступила стабилизация опухолевого процесса). Когда, больные были подвергнуты повторному комбинированному, комплексному лечению и удалось получить положительные результаты восстановления функций органов головы и шеи, спустя шесть месяцев и один год, и когда отсутствовали признаки рецидива КСОКПСЧЧЛОШ в течение 3-5 лет. Кроме того, стабилизация опухолевого процесса позволила при КСОКПСЧЧЛОШ произвести адекватное иссечение и замещение послеоперационных дефектов перемещенными, свободными или сложными трансплантатами.

Заключение. Таким образом, детальное изучения анамнеза заболевания показало, что у 96% пациентов КСКЛСОКПСЧЧЛОШ относительно короткий анамнез заболевания, и оно составляет с момента рождения до двух лет, что диктует проведение санитарно-просветительной работы среди населения и медицинских работников, для раннего установления сосудистых опухолей и своевременного лечения. Изучение природы развития КСОКПСЧЧЛОШ показало, что: а) у 55 (84,6%) больных они имели врожденную природу; б) у 7 (10,8%) пациентов - приобретенную природу; в) у 3 (4,6%) больных - выявить причины возникновения их не представлялось возможным, в связи с чем необходимо проводить первичную и вторичную профилактику причин, порождающих

развитие КСОКПСЧЧЛОШ. Ультразвуковой метод исследования у пациентов с КСОКПСЧЧЛОШ, позволил определить локализацию, распространённость, протяженность и объем кавернозных полостей, а также проведение вторично поступившим больным УМО, оценка эффективности ранее проведенных методов лечения. Предложенный нами способ комбинированного лечения КСКЛСОКПСЧЧЛОШ, позволил добиться полной регрессии опухоли у 69% больных, а у 31% пациентов добиться излечения после второго и третьего этапов лечения. Это ускорило медико-социальную реабилитацию, и улучшило качество жизни этих больных. Данный факт, демонстрирует очевидное преимущество предложенного нами способа комбинированного лечения КСКЛСОКПСЧЧЛОШ. В связи с этим, КСКЛСОКПСЧЧЛОШ позволяет рекомендовать к внедрению в клиническую практику первичное медицинское звено, центры здоровья, поликлиники, челюстно-лицевые отделения и онкологические отделения, занимающиеся сосудистыми опухолями кожи и её придатков, свода черепа, челюстно-лицевой области и шеи.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 7-11 см. в REFERENCES)

1. Акбаров А.А., Дусмухамедов М.З., Болтаходжаева Л.М., Файзиев Б.Р. Опыт лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2010. – Т. 9, №2. – С. 43-45.
2. Коротких Н.Г., Ольшанский М.С., Степанов И.В., Щербинин А.С., Лесникова И.Н. Мультидисциплинарные аспекты остановки аррозивных кровотечений из распадающихся опухолей головы и шеи // Онкохирургия. – 2013. – Т. 5, №2. – С. 18-22.
3. Кузык А.С., Могиляк О.И., Романишин Б.С., Лукавецкий И.В., Наконечный А.И., Сынюта А.В., Захарусь М.Б., Авраменко И.Ю., Стегницкая М.В. Применение пропранолола в консервативном лечении гемангиом у детей раннего возраста // Хирургия детского возраста. – 2017. – №4(57). – С. 35-40.
4. Попель Г.А., Воробей А.В., Давидовский И.А., Воевода М.Т. Врожденные сосудистые мальформации наружной локализации. Терминология. Классификация // Хирургия восточная Европа. – 2016. – №3(19). – С. 445-454.
5. Чернуха Л.М., Каширова Е.В., Тодосьев А.В. Классификационные стратегические подходы в лечении врожденных сосудистых мальформаций: взгляд сосудистого хирурга // Новости хирургии. – 2015. – Т. 23, №5. – С. 539-551.
6. Чулков О.Э., Щербаков Д.А., Мельников М.В., Коновалов А.В., Микава Н.В. Опыт применения бета-адреноблокаторов для лечения обширных доброкаче-

ственных сосудистых образований у детей // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – №6. – С. 129-131.

REFERENCES:

1. Akbarov A.A., Dusmukhamedov M.Z., Boltakhodzhaeva L.M., Faiziev B.R. Opyt lecheniya gemangioma chelyustno-litsevoi oblasti u detei [Experience in the treatment of hemangiomas of the maxillofacial region in children]. Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika - Pediatric dentistry and prevention, 2010, Vol. 9, No 2, pp. 43-45.

2. Korotkikh N.G., Ol'shanskii M.S., Stepanov I.V., Shcherbinin A.S., Lesnikova I.N. Mul'tidistsiplinarnye aspekty ostanovki arroviznykh krvotechenii iz raspadayushchikhsya opukholei golovy i shei [Multidisciplinary aspects of stopping arrovise bleeding from decaying head and neck tumors]. Onkokhirurgiya – Oncosurgery, 2013, Vol. 5, No 2, pp. 18-22.

3. Kuzyk A.S., Mogilyak O.I., Romanishin B.S., Lukavetskii I.V., Nakonechnyi A.I., Synyuta A.V., Zakharus' M.B., Avramenko I.Yu., Stegnitskaya M.V. Primenenie propranolola v konservativnom lechenii gemangioma u detei rannego vozrasta [The use of propranolol in the conservative treatment of hemangiomas in young children]. Khirurgiya detskogo vozrasta - Pediatric Surgery, 2017, No. 4(57), pp. 35-40.

4. Popel' G.A., Vorobei A.V., Davidovskii I.A., Voevoda M.T. Vrozhdennye sosudistye mal'formatsii naruzhnoi lokalizatsii. Terminologiya. Klassifikatsiya [Congenital vascular malformations of external localization. Terminology. Classification]. Khirurgiya vostochnaya Evropa - Surgery of Eastern Europe, 2016, No. 3(19), pp. 445-454.

5. Chernukha L.M., Kashirova E.V., Todos'ev A.V. Klassifikatsionnye strategicheskie podkhody v lechenii vrozhennykh sosudistyk mal'formatsii: vzglyad sosudistogo khirurga [Classification strategic approaches in the treatment of congenital vascular malformations: a viewpoint of a vascular surgeon]. Novosti khirurgii - Surgery News, 2015, Vol. 23, No 5, pp. 539-551.

6. Chulkov O.E., Shcherbakov D.A., Mel'nikov M.V., Kononov A.V., Mikava N.V. Opyt primeneniya beta-adrenoblokatorov dlya lecheniya obshirnykh dobrokachestvennykh sosudistyk obrazovaniy u detei [Experience of using beta-blockers for the treatment of extensive benign vascular lesions in children]. Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik - Kuban Scientific Medical Bulletin, 2012, No. 6, pp. 129-131.

7. Adams D.M., Ricci K.W. Infantile Hemangiomas in the Head and Neck Region. Otolaryngol. Clin North Am, 2018. Vol. 51(1). pp. 77-87.

8. Atas E., Koç O., Artik H.A. Clinical features and treatment results in children with hemangioma. Turk J Pediatr, 2017. Vol. 59(3). pp. 254-260.

9. Colletti G., Lerardi A.M. Understanding venous malformations of the head and neck: a comprehensive insight. Med Oncol, 2017. Vol. 34(3) p. 42

10. Sadick M., Wohlgemuth W.A., Huelse R., Lange B., Henzler T., Schoenberg S.O., Sadick H. Interdisciplinary Management of Head and Neck Vascular Anomalies: Clinical Presentation, Diagnostic Findings and Minimalinvasive Therapies. Eur J Radiol Open, 2017. Vol. 14(4). pp. 63-68.

11. Steinklein J.M., Shatzkes D.R. Imaging of Vascular Lesions of the Head and Neck. Otolaryngol Clin North Am, 2018. Vol. 51(1). pp. 55-76

Хулоса

Н.И. Базаров, Ф.И. Шукуров,
Абдулқохир Кодирӣ, Ф.А. Имомов,
М.М. Косымов, Ф.Х. Райхонов,
А.А. Абдумунинов

БА САВОЛИ ЗУХУРОТ, ТАШХИС ВА БАҲОДИҲИИ НАТИҶАҲОИ ТАБОБАТИ УСУЛҲОИ КОМБИНИКИИ ОМОСИ КАВЕРНОЗИИ РАҒҲОИ ХУНГАРДИ ПУСТ, ИЗОФАҲОИ ПУСТ ФАРҚИ САР ВА МАВҶЕИ ҚОҒУ РӢЙ ВА ГАРДАН

Мақсади тадқиқот. Омузишии хусусиятҳои клиники, ташҳиси ва баҳодиҳии натиҷаҳои усулҳои комбиникии табобатиомоси кавернозии рағҳои хунгарди пуст, изофаҳои пуст, пусти фарқи сар ва пусти мавҷеи қоғу рӢй ва гардан (ОКРХИПФСЧРГ).

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар асоси таҳлилҳои клиникии дақиқи нишондодҳои таърихи 65 нафар бемори гирифтори омоси кавернозии рағҳои хунгарди пуст, изофаҳои пуст, пусти фарқи сар ва пусти мавҷеи қоғу рӢй ва гардан (ОКРХИПФСЧРГ), ки дар шароити муассисаи давлатии «маркази ҷумҳуриявии илмии саратоншиносии» вазорати тандурусти ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҷумҳурии Тоҷикистон (МД МҚИС ВТ ҲИА ҚТ) табобат гирифта (65 бемор) аз соли 2009 то 2017 сол.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи он. Баҳодиҳии фоиданокии табобати 65 нафар бемори гирифтори омоси кавернозии рағҳои хунгарди пуст, изофаҳои пуст, пусти фарқи сар ва пусти мавҷеи қоғу рӢй ва гардан (ОКРХИПФСЧРГ), нишон дод, ки дар 45 бемор (69%), натиҷаи аъло; дар 17, (26%) натиҷаи ҳуб; дар 3, (5%) натиҷаи қаноатбахш; дошт. Сифати ҳаётии беморони табобатгирифта аз рӢй ҷадвалӣ Карновски аз нуқтаи минималӣ 60% то 100% беҳшавӣ мебошад.

Хулоса: Усули комбиникии табобати беморони гирифтори омоси кавернозии рағҳои хунгарди пуст, изофаҳои пуст, пусти фарқи сар ва пусти мавҷеи қоғу рӢй ва гардан (ОКРХИПФСЧРГ) то

69% натиҷаи аъло ва ҳуб дошт. Фақат дар 31% беморон натиҷаро баъд дуом ва сеюм зинаҳои та-бобат гирифта шуд. Ин усул реабилитатсияи тиббиро иҷтимоии бармаҳал ва сифати ҳаётии беморонро

ҳуб намуд.

Калимаҳои калиди: зухурот, пешгирӣ, изофаҳои пуст, пусти фарқи сар ва пусти мавқеи ҷоғу рӯй ва гардан.

УДК 616.441-008.63

Н.А. Иноятова¹, А.Д. Исаков¹, А.А. Мусоев²

К ВОПРОСУ О ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА И НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино

²Государственное учреждение «Медицинский комплекс Истиклол»

Мусоев Ашраф Ахматович – Заведующий отделения диabetологии ГУ «МК Истиклол»; г. Душанбе, ул. А. Навои 35, кв. 125; e-mail: musoev.ashraf@mail.ru; тел: +(992)939-959-959

Цель исследования. Анализ частоты выявления врождённого гипотиреоза и его распространённости в регионах Таджикистана.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен катamnестический анализ историй болезней по детскому эндокринологическому отделению в городском медицинском центре имени К. Ахмедова за последние 9 лет. Регистрировались такие параметры как ТТГ, свободная фракция тироксина, общий анализ крови, общий анализ мочи, и тд.

Результаты исследования и их обсуждение. На что хотелось бы обратить особое внимание, так это на позднюю диагностику заболевания, которая варьирует от 6 месяцев до 16 лет! Отмечается отставание антропометрических показателей у 74% больных, связанных с поздней диагностикой и неадекватной терапией заболевания. Статистически большая распространённость ВГ регистрировалась в РРП и Хатлонской области, что можно объяснить сниженной обращаемостью населения из других регионов.

Ключевые слова: врождённый гипотиреоз, детский возраст, неонатальный скрининг, Республика Таджикистан.

N.A. Inoyatov¹, A.D. Isakov¹, A.A. Musoev²

TO THE QUESTION ABOUT LATEST DIAGNOSTICS OF CONGENITAL HYPOTHYROIDISM AND THE NEED FOR IMPLEMENTATION OF NEONATAL SCREENING IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

²State Institution "Medical Complex Istiklol", Dushanbe, Tajikistan

Musoev Ashraf Akhmatovich - Head of the Department of Diabetology, State Institution "Medical Complex Istiklol"; Dushanbe, st. A. Navoi 35, sq. 125; e-mail: musoev.ashraf@mail.ru; tel: + (992) 939-959-959

Aim. To study diagnosis timeliness of congenital hypothyroidism and the frequency of its spread in regions of Tajikistan

Material and methods. The follow-up analysis of case histories of the past 9 years at the pediatric endocrinology department of Akhmedov City Medical Center was conducted. Such parameters as TSH, free thyroxine fraction, complete blood count, urinalysis, etc. were studied.

Results. It was found that the late diagnosis of the disease varies from 6 months to 16 years. There is a lag of anthropometric indices in 74% of patients associated with late diagnosis and inadequate treatment of the disease. Statistically high prevalence of congenital hypothyroidism was recorded in the RRS and Khatlon region, which can be attributed to reduced admission of patients from other regions.

Keywords: congenital hypothyroidism, childhood, neonatal screening, Republic of Tajikistan.
