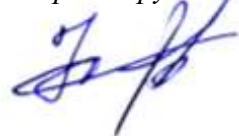


**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.13/.14-007:617.51-089

На правах рукописи



САЛИМОВ ФИРДАВС МИРЗОВАЛИЕВИЧ

**СОСУДИСТЫЕ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ:
ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора философии (PhD),
доктора по специальности
6D110126-Сердечно-сосудистая хирургия

Душанбе – 2026

Диссертация выполнена на кафедре хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Султанов Джавли Давронович** - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» по науке; профессор кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Рахматуллаев Рахимжон** - доктор медицинских наук, директор ООО «Лечебно-диагностический центр “Вароруд”» г. Турсунзаде Республики Таджикистан

Пулатов Орифджон Негматович - кандидат медицинских наук, заведующий отделением сосудистой хирургии ГУ «Согдийский областной центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии мени профессора Амоннулло Орипова» МЗиСЗН РТ

Ведущее учреждение: Ташкентский государственный медицинский университет Республики Узбекистан

Защита состоится « 17 » октября 2026 г. в «10:00» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-060 при ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33, www.mijdr.tj; +992915250055.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии».

Автореферат разослан « ____ » _____ 2026 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета**

кандидат медицинских наук



О. Негматзода

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Мальформация сосудов характеризуется врождёнными нарушениями формирования и развития артериальных, венозных или лимфатических кровеносных сосудов с атипичным строением их стенки [4, с. 7]. Частота ежегодной встречаемости различных их форм составляет от 1 до 5 случаев среди 1000 новорождённых [26, с. 573]. Распространённость врождённых мальформаций сосудов (ВМС) варьирует в широких пределах и в среднем составляет 0,09%-1,45% среди общей популяции [26, с. 573; 27, с. 476]. В большинстве случаев (до 85%) встречаются венозные их формы, имеющие в половине случаев кранио-цервикальную локализацию [7, с. 68; 25, с. 143-145]. Как подчёркивает Смирнов Я.В. (2018), «локализация ВМС в области головы и шеи значительно осложняет процесс социальной интеграции пациентов вследствие выраженных эстетических нарушений. Примерно 80% всех сосудистых мальформаций приходится на поражения мелких вен, венул и капилляров, которые имеют рассыпной тип и занимают широкую площадь лица и шеи» [17].

Данные литературы показывают, что ВМС имеют мультифакториальное происхождение [15, с. 142] и согласно мнению Буковецкой М.С. и соавт. (2026), «в последнее десятилетие в генезе ВМС широко распространена гипотеза о воздействии внешних факторов, таких как гипоксия, повышенный уровень эстрогена и воспаление. Среди них ведущую роль отводят гипоксии плода, возникающей вследствие: многоплодной беременности и беременности осложненной преэклампсией, гестационным сахарным диабетом, патологией или отслойкой плаценты, а также позднюю беременность, недоношенность и низкую массу тела ребёнка при рождении» [1, с. 146], которые также очень часто встречаются у беременных женщин нашего региона [20, с. 49].

Анализ современной литературы показывает, что на сегодняшний день имеется необходимость в создании единого алгоритма лучевой диагностики ВМС головы и шеи с учётом их строения, характера кровообращения, ранее проведённого лечения и возраста пациентов [23, с. 642]. Кроме того, очень часто пациенты обращаются к специалистам в поздние сроки заболевания, что свидетельствует о недостаточной úrovни оказания им медицинской помощи в регионарных лечебных учреждениях [3, с. 9]. Как отмечают Комелягин Д.Ю. и соавт. (2019), «тяжесть ВМС обусловлена тотальным поражением тканей от кожи и подкожной жировой клетчатки до костей с формированием грубых деформаций последних. Данные образования могут приводить к резкому ограничению функций дыхания, зрения, приёма пищи и речи. При локализации мальформации в области гортаноглотки, дна полости рта и языка существует высокий риск развития состояний, угрожающих жизни ребёнка. Обширные лимфатические и лимфовенозные мальформации явля-

ются причиной обезображивания внешнего вида пациента, что отрицательно влияет на его психоэмоциональный статус. По их мнению, имеются следующие нерешенные вопросы: в каком возрасте оперировать ребёнка с обширным пороком лимфатических и венозных сосудов в области головы и шеи, в каком объёме удалять патологические ткани, какие методы лечения применять? Современная медицинская литература не даёт ответов на поставленные вопросы в полном объёме» [10, с. 30].

Ряд специалистов считают, что особую опасность представляют артерио-венозные мальформации (АВМ), которые в короткий промежуток времени прогрессивно увеличиваются, становясь причиной необратимых изменений мягких тканей кранио-цервикальной области [6, с. 76; 23, с. 638]. Как отмечают Мосина М.О. и соавт. (2024), «АВМ - гемодинамически активная сосудистая патология с высокой скоростью кровотока, при которой артерии напрямую соединяются с венами, минуя капиллярную сеть. Это редкие, но потенциально опасные врожденные аномалии сосудов, которые чаще всего поражают сосуды головы и шеи, а из-за риска тяжелых осложнений требуют особого внимания» [8, с. 34]. Сложность лечения АВМ головы и шеи по мнению Смирнова Я.В. (2018), «обусловлено интенсивным кровоснабжением и вовлечённостью либо близостью патологического процесса к жизненно важным анатомическим структурам. Существующие терапевтические подходы могут быть ориентированы либо на полное устранение патологического образования, либо на его замещение рубцовой тканью» [17].

Принимая во внимание вышеуказанное, а также отсутствие признанных международных гайдлайнов и консенсусов по диагностике и выбору метода лечения ВМС, актуальными можно считать дальнейшие научные исследования в этом направлении [26, с. 575].

На сегодняшний день вопрос о наиболее радикальном, оптимальном и мини-инвазивном методе лечения пациентов с ВМС кранио-цервикальной локализации остаётся открытым [3, с. 6; 18, с. 144]. По мнению ряда специалистов внедрённые в практику высокотехнологические методы визуализации для точной диагностики ВМС с возможностью цифровой их обработки и трёхмерного моделирования, позволяют выбрать наиболее оптимальный метод их лечения [11, с. 102-103]. Однако, как отмечают Гавеля Е.Ю. и соавт. (2018), «ни один из существующих методов лечения сосудистых мальформаций не может считаться универсальным, в связи с большим разнообразием клинических проявлений сосудистых поражений, из-за чего проблема поиска и развития малоинвазивных методов является наиболее актуальной» [19, с. 67]. Кроме того, в связи с вариабельностью морфофункционального строения, особенностями кровообращения и вовлеченности в патологический процесс других органов и структур головы и шеи, не имеется единых тактических подходов и критериев выбора метода их лечения,

особенно в случаях развития осложнений [6, с. 76; 26, с. 576]. В связи с этим, очень часто в лечении ВМС используется комбинированный подход, сочетающийся в себя почти всех существующих терапевтических стратегий [22, с. 177-178]. Однако окончательно не определён выбор того или иного оптимального метода их лечения в зависимости от типа ВМС, анатомо-морфологических сложностей их строения и кровообращения, а также возраста пациентов и характера ранее перенесённой терапии [24, с. 1186-1189].

В Таджикистане по обсуждаемой проблеме проведено только одно диссертационное исследование, в котором не были изучены многие аспекты ВМС, в том числе показания к применению различных лучевых методов исследования, а также эффективность современных методов их лечения и предотвращения рецидивов заболевания [16, с.1-113]. В связи с этим оптимизация диагностики и лечения пациентов с ВМС путём разработки адаптированного алгоритма лучевой диагностики и внедрения самых современных методов терапии является актуальной и требует выполнения новых научных исследований.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Различные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения ВМС ранее были изучены некоторыми зарубежными специалистами, позволившие в свою очередь выработать основные принципы оказания специализированной медицинской помощи этой категории пациентов [4, с. 1-300; 21, с. 661-669]. Однако, как считает Смирнов Я.В. (2018), «в настоящее время в диагностике и лечении пациентов с ВМС существуют много нерешённых проблем, что делают исследования в этом направлении актуальными и современными, а локализованные мальформации кровеносных сосудов головы и шеи представляют медицинскую и социальную проблему, затрагивают десятки тысяч пациентов, из чего следует важность задачи выбора тактики лечения пациентов с данным заболеванием. При этом существующие терапевтические подходы могут быть ориентированы либо на полное устранение патологического образования, либо на его замещение рубцовой тканью» [17].

О недостаточной изученности ВМС в нашем регионе свидетельствует отсутствие опубликованных в последние десять лет оригинальных научных исследований, посвященных разным аспектам обсуждаемой проблемы с позиции современной ангиофлеболимфологии. В ранее проведённых исследованиях отечественных авторов не уделено особое внимание вопросам диагностики и лечения пациентов с кранио-цервикальными ВМС [16, с. 1-113; 18, с. 143-149]. Более того, до сих пор в лечении низкопоточных их форм некоторые педиатры, детские хирурги или онкологи широко используют устаревшие и более агрессивные методы лечения с частыми неудовлетворительными результатами и ранними рецидивами [24, с. 1186; 26, с. 572]. Кроме того, Возницын Л.В. и соавт. (2021) отмечают, что «клинические прояв-

ления мальформаций, локализующихся в области головы и шеи, крайне вариабельно: от ограниченного флешэктаза слизистой оболочки полости рта, до обширного диффузного ангиоматоза, распространяющегося на несколько анатомических областей. Располагаясь в области головы и шеи, помимо функциональных расстройств, они приводят к эстетическим дефектам, значительно затрудняя социальную адаптацию пациента» [2, с. 158-162].

Некоторые специалисты считают важным проведение научных исследований по обсуждаемой проблеме в связи с отсутствием принятого единого алгоритма лучевой диагностики врождённых мальформаций кровеносных и лимфатических сосудов кранио-цервикальной области у пациентов разных возрастных групп [23, с. 642], а также недостаточной изученностью отдаленных результатов комплексной терапии с применением новых неинвазивных облитерационных и лазерных методов лечения [5, с. 76; 14, с. 55-56].

Локализация ВМС в области головы и шеи требует особого лечебно-диагностического подхода, так как из-за множества коллатеральных сосудов очень часто они имеют сложное анатомо-морфологическое строение и кровообращение, из-за чего не всегда возможно радикальное их лечение [14, с. 357-359]. В связи с этим, Кочмашев И.В. (2024) считает, что «лечение экстракраниальных ВМС требует мультидисциплинарного подхода с привлечением множества врачей смежных специалистов. Эндоваскулярные вмешательства у данных пациентов требуют нетривиальных подходов в связи с измененной анатомией и сложностью русла» [9, с. 60].

Дробышев А.Ю. и соавт. (2022) отмечают, что «лечение ВМС головы и шеи остаётся актуальной проблемой в связи с отсутствием общепринятого алгоритма диагностики и лечения больных данной группы. Выбор малоинвазивного, органосохраняющего, но в то же время эффективного метода лечения остаётся актуальным, однако основным методом лечения этих пациентов считается хирургический. При этом авторы отмечают сложность радикального иссечения ангиоматозных тканей ввиду отсутствия чётких границ с неизменёнными тканями, высоким риском интраоперационного кровотечения, зачастую значительного объёма образования. В свою очередь, у пациентов с ВМС головы и шеи не всегда удаётся адекватно и равномерно заполнить склерозирующим веществом всю патологическую зону вследствие ограничения вводимого препарата в связи с возможностью развития некрозов, с последующим развитием обезображивающих рубцов и рубцовых деформаций (особенно в детском возрасте)» [13, с. 28]. В связи с этим проблема выбора метода лечения кранио-цервикальных ВМС продолжает оставаться актуальной как из-за их радикальности, так и высокой частоты ассоциированных с ними осложнений и неблагоприятных исходов [12, с. 94-99].

В последние десятилетия при лечении ВМС головы и шеи стали широко применять эндоваскулярные технологии, только ряд из которых внедрены в отечественную клиническую практику, из-за чего их эффективность в отдалённом периоде наблюдения остаётся недостаточно изученной [10, с. 29-41]. Отсутствие в условиях нашего региона ранее проведённых клинико-эпидемиологических исследований, единого протокола инструментальной диагностики и критериев выбора метода лечения разных форм ВМС свидетельствуют о недостаточной изученности проблемы и являются основными индикаторами для выполнения новых научных исследований.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнена в рамках практической реализации инициативного научно-исследовательского проекта кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» на тему: «Новые технологии в лечении патологий периферических сосудов» (сроки выполнения: 2019-2023 гг.), а также «Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан» (утверждённая Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 94 от 04.03.2002 г.), одной из основных задач которых является внедрение новых более эффективных подходов организации и повышения качества и доступности медико-санитарной помощи населению нашей республики. Кроме того, использованный в диссертации ряд новых технологий в диагностике и лечении сосудистых мальформаций имеет инновационный характер и применён впервые в отечественной практике, что соответствует некоторым подпунктам Стратегии охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года (утверждённая Постановлением Правительства Республики Таджикистан №414 от 30.09.2021 г.), а также подразделу 3.1 Приоритетных направлений научных и научно-технических исследований в Республике Таджикистан на 2021-2025 годы (утверждённые Постановлением Правительства Республики Таджикистан №503 от 26.09.2020 г.): «Предотвращение и лечение любых инфекционных и социально значимых для человека болезней; - охрана здоровья матери и ребёнка».

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель исследования. Улучшение результатов комплексной диагностики и лечения врождённых мальформаций сосудов головы и шеи.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинических проявлений и структуру врождённых сосудистых мальформаций головы и шеи по обращаемости пациентов.
2. Разработать алгоритм лучевой диагностики врождённых мальформаций сосудов кранио-цервикальной области.

3. Оптимизировать тактику лечения врождённых мальформаций сосудов головы и шеи путём разработки новых и внедрения современных методов миниинвазивного лечения.

4. Оценить непосредственные и отдалённые результаты комплексного комбинированного лечения врождённых мальформаций артериальных, венозных и лимфатических сосудов кранио-цервикальной области.

Объект исследования. Объектом проведенного исследования являлись 124 пациента (54 мужчины и 70 женщин) с врождёнными сосудистыми мальформациями кранио-цервикальной локализации, которые находились на стационарном лечении на клинической базе кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», а также 67 больных (24 мужчины и 43 женщины), получивших амбулаторное специализированное склерозирующее лечение под наблюдением специалистов.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение структуры и частоты встречаемости различных форм врождённых сосудистых мальформаций; особенности поражения кожи и подкожных структур кранио-цервикальной зоны при различных вариантах ВМС, а также степень вовлечённости в процесс соседних с мальформациями анатомических структур; разработка оптимизированного алгоритма лучевой диагностики ВМС в зависимости от их формы и характера кровообращения, а также возраста пациентов; определение тактики и выбор наиболее эффективного метода лечения; усовершенствование существующих и разработка новых способов миниинвазивного и хирургического лечения мальформаций артериальных, венозных и лимфатических сосудов; изучение частоты рецидивов, послеоперационных осложнений и степени эффективности применённых методов лечения; оценка непосредственных и среднесрочных результатов комплексного лечения.

Научная новизна исследования. С применением современных методов дополнительной диагностики и статистического анализа была изучена частота встречаемости и структура врождённых сосудистых мальформаций кранио-цервикальной локализации по обращаемости в специализированный республиканский стационар. Установлена высокая частота встречаемости венозных форм мальформаций с низкотоковым характером кровообращения, локализующихся чаще всего в области лица. Изучены особенности клинических проявлений, признаков и характера роста артериальных, венозных, артерио-венозных и лимфатических мальформаций.

Разработан диагностический алгоритм, позволяющий в зависимости от природы происхождения, анатомической локализации, характера строения и кровообращения сосудистых мальформаций, а также возраста пациентов выбрать наиболее оптимальный путь их высокоточной лучевой диагности-

ки.

На основании анализа клинико-лучевой картины и особенностей гемодинамики артериальных, артерио-венозных, венозно-кавернозных и лимфатических ангиодисплазий кранио-цервикальной области предложена оптимальная и эффективная тактика лечения, предусматривающая применение консервативных и склерозирующих методов при низкопоточных вариантах и использование комбинированных эндоваскулярно-хирургических вмешательств как основного подхода при высокопоточных формах мальформаций.

Разработан и успешно применён в практике способ диагностики и комбинированного хирургического лечения артерио-венозной ангиодисплазии нижней губы, позволяющий в один этап эндоваскулярным способом идентифицировать и устранить источник патологического артерио-венозного шунтирования, а в последующем хирургическим способом радикально удалить гемангиоматозный конгломерат.

Усовершенствованы существующие способы оперативных вмешательств при венозно-кавернозных, лимфатических и артерио-венозных врождённых мальформациях кранио-цервикальной локализации, позволившие значительно снизить объём интраоперационной кровопотери и частоту раннего их рецидива.

Путём изучения непосредственных и среднесрочных результатов комплексного лечения различных форм врождённых мальформаций кровеносных сосудов области головы и шеи доказана высокая эстетическая и функциональная эффективность сочетанного применения консервативных и склерозирующих методов лечения с эндоваскулярными и традиционными хирургическими оперативными вмешательствами.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. В ходе проведённого исследования изучена структура сосудистых мальформаций по обращаемости пациентов в специализированное учреждение, имеющее важное теоретическое значение, так как в нашей республике закономерности распределения и встречаемости различных типов сосудистых мальформаций остаются неизвестными.

Большую практическую значимость имеет предложенный автором алгоритм диагностики ВМС, центральное место в котором занимает ультразвуковое дуплексное сканирование, позволяющее на этапе первичного обследования пациентов определить характер кровотока и морфологическую природу ангиодисплазий, а также обосновать целесообразность проведения их контрастирования. В теоретическом плане важное значение имеет предложенный автором новый способ одномоментной диагностики и лечения артерио-венозной мальформации нижней губы, так как она дополняет имеющиеся знания по особенностям патологического артерио-венозного шунтирования у лиц детского возраста. Результаты проведённых исследований по

диагностике различных видов венозных, артерио-венозных и лимфатических мальформаций головы и шеи являются важными в практическом плане, так как позволили патогенетически обосновать выбор оптимальной тактики их лечения.

Полученные результаты исследования дополняют имеющиеся теоретические данные о диагностике и тактике лечения различных форм мальформаций кранио-цервикальной зоны у пациентов разных возрастных групп, в том числе лица детского и подросткового возрастов. Кроме того, усовершенствование существующих способов оперативного лечения разных форм ВМС головы и шеи улучшили результаты лечения пациентов по эстетическим параметрам и радикальности проведенной терапии, что также имеет важное практическое значение. Проведённое исследование может также служить в качестве теоретической базы для выполнения последующих научных исследований отечественными специалистами.

Положения, выносимые на защиту:

1. Установлена ведущая роль характера локального патологического кровообращения в формировании клинической симптоматики, темпах прогрессирования и частоте рецидивирования врождённых сосудистых мальформаций кранио-цервикальной области, высокоточная оценка ангиоархитектоники и дифференциация которых обеспечиваются разработанным алгоритмом лучевой диагностики.

2. Доказано, что оптимизированная тактика лечения врождённых сосудистых мальформаций головы и шеи, основанная на разработке новых и внедрении современных малоинвазивных склерозирующих, хирургических и комбинированных методов, обеспечивает патогенетически обоснованное исключение источников патологического шунтирующего кровообращения, радикальное удаление гемангиоматозных конгломератов и значительное уменьшение площади повреждения мягких тканей при высокопоточных формах ангиодисплазий.

3. Показано, что комплексное комбинированное лечение врождённых мальформаций кровеносных и лимфатических сосудов головы и шеи обеспечивает высокие клинические результаты, характеризующиеся стойким регрессом или полной инволюцией патологических сосудистых изменений, улучшением функционально-эстетических показателей и минимальной частотой рецидивирования в отдалённом периоде наблюдения.

Степень достоверности результатов. Достоверность результатов исследования подтверждается достаточным количеством клинического материала, применением при выполнении работы современных высокоинформативных методов дополнительной диагностики, широкой клинической апробацией использованных методов лечения, а также статистической обработкой цифровых показателей, полученных в ходе работы. Научные результаты

и выводы диссертации основаны на принципах доказательной медицины, а также статистического анализа, позволивших подтвердить их высокую достоверность.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Цель и задачи диссертации, концепция и методология исследования, содержание работы, а также использованный лечебно-диагностический подход и выполненные оперативные вмешательства пациентам относятся к области сосудистой хирургии и соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по шифру специальности 6D110126-Сердечно-сосудистая хирургия, пунктам 3.1 – «Разработка и усовершенствование диагностических методов в хирургии сердца и сосудов», 3.2 – «Теоретическая, экспериментальная и клиническая разработка и внедрение хирургических методов лечения патологии сердечно-сосудистой системы» и 3.4 – «Хирургическое и эндоваскулярное лечение врожденных и приобретенных пороков сердца и кровеносных сосудов».

Личный вклад соискателя учёной степени в исследование. Автором самостоятельно проведены сбор и анализ литературных источников по теме диссертации, на основании чего составлен литературный обзор по нерешённым вопросам темы диссертации. Также диссертант собрал весь архивный и проспективный клинический материал, провёл его группировку и систематизацию. Принимая во внимание поставленные задачи, автором лично были внедрены пенная склеротерапия и клеевая облитерация сосудистых мальформаций под ультразвуковым контролем. Диссертант также лично проводил четверти пациентам дуплексное сканирование мальформаций при первичном их обследовании, а также при диспансерном наблюдении.

На основании изучения результатов лечения пациентов диссертантом были написаны результаты собственных исследований, оформлены и опубликованы оригинальные научные статьи и тезисы докладов. Автором также были оформлены и представлены научные доклады и видеопрезентации на республиканских и зарубежных научно-практических конференциях.

Диссертант принимал активное участие в диагностике, лечении и ведении всех амбулаторных и стационарных пациентов, являлся первым ассистентом хирурга при проведении оперативных вмешательств части больным со сложными мальформациями сосудов головы и шеи. Непосредственные, ближайшие и средне-срочные результаты проведённых методов лечения были изучены автором лично. Также автором оформлена соответствующая документация и фотографии при динамическом наблюдении за всеми амбулаторными пациентами.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные научные результаты, полученные в диссертации, доложены и обсуждены на: XVII, XIX и XX годовых научно-практических конференциях молодых

учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (Душанбе, 2022, 2024 и 2025 гг.); ежегодной XXX научно-практической конференции ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» с международным участием «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям» (Душанбе, 11.10.2024 г.); 70, 72 и 73 годичных научно-практических конференциях ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием (Душанбе, 2022, 2024 и 2025 гг.); третьем венозном Форуме Ассоциации флебологов Узбекистана “Ташкентская золотая осень” (Ташкент, 12-13.10.2023 г.) и V-м съезде сосудистых хирургов Казахстана “Избранные вопросы ангиологии и сосудистой хирургии. Взгляд в будущее” (Туркестан, 23-24.05.2025 г.). Диссертационная работа была обсуждена и одобрена на заседании межкафедральной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (Душанбе, протокол №6 от 28.02.2025г.).

Публикация по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 4 статьи - в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получен патент Республики Таджикистан на изобретение № TJ 1500 от 11.06.2023 г. на разработку способа диагностики и лечения артериовенозной мальформации нижней губы.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 190 страницах компьютерного текста (шрифт 14, интервал 1,5), состоит из введения, общей характеристики исследования, обзора литературы, описания клинического материала и методов исследования, двух глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, рекомендаций по практическому применению результатов исследования и списка литературы. Для составления литературного обзора и обсуждения полученных результатов автором были использованы 167 источники, 61 из которых на русском и 106 на иностранных языках. Текст иллюстрирован 9 таблицами и 103 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Диссертационная работа имела проспективный клинический характер и основана на комплексном научно-клиническом анализе результатов обследования, лечения и диспансеризации 191 пациента с ВМС головы и шеи. Работа была выполнена в период 2020-2024 годы на клинической базе кафедры хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино».

Включённые в настоящее исследование пациенты в зависимости от проведённого лечения были разделены на две клинические группы – группа амбулаторных пациентов, получивших только консервативное и склерози-

рующее лечение, - 67 человек и группа стационарных пациентов – 124 человека, которые были госпитализированы и перенесли эндоваскулярное и/или открытое хирургическое лечение в условиях специализированного стационара. Среди них лиц мужского пола было 78 (40,8%) человек, женского – 113 (59,2%). Возраст пациентов варьировал от 2 месяцев до 76 лет, составив в среднем $16,5 \pm 5,4$ лет (рисунок 1).

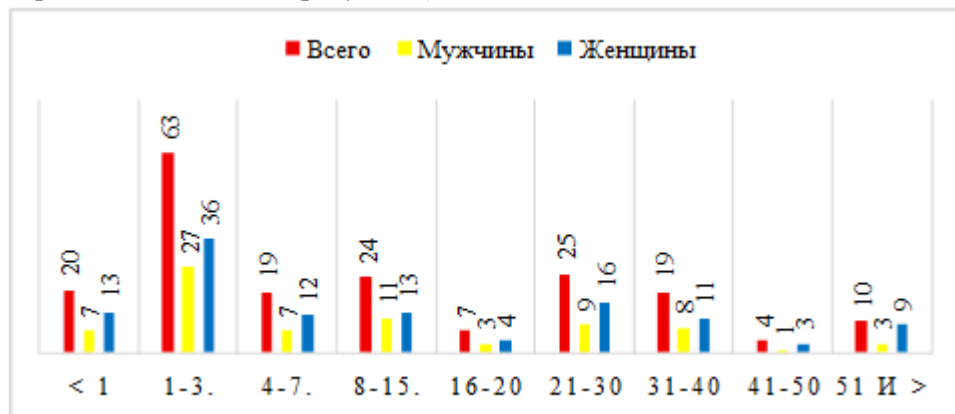


Рисунок 1. - Распределение пациентов по полу и возрасту

Основанием выделения ВМС кранио-цервикальной области для более глубокого исследования явились не только особенности их анатомического строения, имеющие самое сложное многокомпонентное кровообращение, требующее нередко нестандартных лечебных подходов, но и социальная значимость подобных мальформаций, так как из-за наличия эстетических дефектов кожного покрова видимых участков головы и шеи часто наблюдаются различные варианты нарушения нервно-психологического состояния пациентов, приводящие к их социальной дезадаптации.

У 124 (64,9%) пациента ВМС имели более сложное строение с высокопоточным характером кровообращения, в связи с чем имелась необходимость в обязательной их госпитализации и проведения хирургического лечения. При этом большинство из этих пациентов до проведения операций, а также в разные сроки после выполненных вмешательств получали консервативную и/или склерозирующую терапии. Наряду с ними в 67 (35,1%) случаях отмечались венозные формы мальформаций по типу капиллярной или кавернозной гемангиомы небольших размеров, хорошо поддающиеся консервативной терапии. Диагностика ВМС проводилась по систематизации, предложенной С.Д. Терновским (1959), являющейся одной из признанных и базовых классификаций (таблица 1). Среди всех 191 больного с мальформациями венозно-кавернозный вид гемангиомы наблюдался у 86 человек. Из них 61 больной находился на стационарном лечении и был оперирован, а 25

больным с небольшими гемангиомами проведена склеротерапия в амбулаторных условиях.

Таблица 1. – Виды врождённых мальформаций сосудов головы и шеи

Нозологические формы мальформаций	n	%
Стационарные пациенты		
Венозно-кавернозные гемангиомы	61	31,9
Перикраниальный синус (Sinus pericranii)	6	3,1
Артерио-венозные мальформации	15	7,9
Лимфангиомы	42	22,0
Амбулаторные пациенты		
Венозно-кавернозные гемангиомы	25	13,1
Поверхностные капиллярные гемангиомы	42	22,0
Всего	191	100,0

Артерио-венозные мальформации встречались у 15 (7,9%) больных. Также в отдельную группу включены поверхностные капиллярные гемангиомы – 42 (21,9%) пациента. Лимфатические мальформации наблюдались у 42 больных. Наиболее часто ВМС локализовались в области шеи – 74 (38,7%) случая, реже всего - в области ушной раковины – 3 (1,6%). Среди всех 191 больного отмечалось явное преобладание женского пола (n=113; 59,2%), а также детей в возрастной группе от 2 месяцев до 3 лет. Дети с капиллярными формами гемангиом, в основном, были в возрасте от 2 месяцев до 1 года (таблица 2).

Таблица 2. - Распределение больных в обеих группах по полу и возрасту

Возраст (лет)	Стационарные больные (n=124)				Амбулаторные больные (n=67)				Всего	
	мужчины		женщины		мужчины		женщины		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
< 1	2	1,6	1	0,8	5	7,5	12	17,9	20	10,5
1-3	15	12,1	12	9,7	12	17,9	24	35,8	63	33,0
4-7	5	2,6	11	5,8	2	1,1	1	0,55	19	10,0
8-15	11	5,8	13	6,8	-	-	-	-	24	12,6
16-20	3	5,8	4	2,1	-	-	-	-	7	3,6
21-30	9	4,7	15	7,9	-	-	1	0,55	25	13,1
31-40	5	2,6	8	4,1	3	5,5	3	5,5	19	10,0
41-50	1	0,55	3	5,8	-	-	-	-	4	2,1
51 и >	3	5,8	3	5,8	2	1,1	2	1,1	10	5,1
Всего	54	28,4	70	36,5*	24	12,6	43	22,5	191	100,0

Примечание - * $p < 0,05$ при сравнении между мужчинами и женщинами в группе (по критерию χ^2)

Венозно-кавернозные гемангиомы при рождении ребёнка могут не проявляться. В возрасте 5-6 месяцев появляются первые признаки в виде синюшной припухлости на лице или шее. Нередкой локализацией венозных

гемангиом являлась слизистая полости рта и языка. Среди наших больных подобный тип гемангиомы встречался у 15 человек.

При первичном обращении больным проводилось ультразвуковое дуплексное ангиосканирование в режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) кровотока. Клиническое и ангиологическое обследование преследовало цель выявления других врождённых патологий сосудистой системы. Сложные инструментальные методы диагностики назначались по показаниям – в основном, при обширных венозных гемангиомах, АВС и перикраниальном синусе и при больших лимфангиомах. Больным с лимфангиомами сразу назначалось оперативное лечение, так как другие эффективные методы лечения отсутствуют. Обратного регресса лимфангиом ни в одном случае не наблюдалось.

Дополнительные методы исследования. *Ультразвуковые методы исследования мальформаций.* Пациенты, включённые, в данное исследование, обследовались аппаратами Mindray SD-6, SD-7. Для исследования сосудов был использован линейный датчик с частотой излучения 5;7;10 МГц. Всем больным были проведены ультразвуковые исследования сосудистых образований амбулаторно до госпитализации, а детальное изучение - перед операцией в клинике.

Ультразвуковые исследования гемангиом проводились в В-режиме сканирования (в режиме серой шкалы) и с использованием цветового доплеровского картирования кровотока. В режиме серой шкалы, т.е. В-режиме, гемангиомы изображались в виде жидкостного образования, узлов и расширенных непульсирующих сосудов, при компрессии свободно сжимались. В процессе исследования в режиме ЦДК определялась локализация сосудистого образования - мальформация, её размеры, топография и органотопия, тип кровотока, его скорость и интенсивность, ангиоархитектоника, а также принадлежность гемангиом к артериальному или венозному руслу. Дети с поверхностными, капиллярными гемангиомами также обследовались дуплексным сканированием с целью выявления венозных гемангиом в глублежащих тканях. В 25 случаях под кожными поверхностными гемангиомами были выявлены крупные венозные гемангиоматозно изменённые сосуды. Лимфангиомы в отличие от венозных гемангиом связи с венозными и артериальными сосудами не имеют. При этом визуализируется жидкостное образование с отсутствием кровотока. При компрессии изменяются форма и размеры образования, но кровоток не определяется.

У больных с перикраниальными синусами при дуплексном сканировании были выявлены крупные венозные клубки в теменной области, при компрессии которых регистрировался кровоток. Также определялось углубление в этой области теменной кости, но дефекты костной пластинки не бы-

ли выявлены. Выявлялись расширенные венозные коллекторы, отходящие от гемангиомы в разных направлениях.

Артерио-венозные мальформации имели свои особенности. При макروفистулярных формах выявлялись расширенные артериальные и венозные сосуды в толще гемангиомы. Кровоток в венозных образованиях приобретал смешанный – артериовенозный, пульсирующий характер. Важно измерение кровотока в артериальном сосуде, от которого отходит питающая АВ-гемангиому артерия. Часто таким сосудом является наружная сонная артерия, линейная скорость кровотока в ней усиленная, по сравнению с противоположной сонной артерией. При микрофистулярной форме в образовании сосудов с артериальным кровотоком не определяется, но можно выявить притекающие артериальные и оттекающие венозные сосуды. В паренхиме гемангиомы выявляется множество мелких артериальных и венозных сосудов. Для лечения АВМ губ нами разработан способ диагностики и лечения. У больных с артериовенозной мальформацией верхней или нижней губы (n=6) дуплексное сканирование позволяло определить расширенную питающую артерию и расширенные венозные сосуды. Аномальная артерия, как правило, отходила от наружной сонной артерии, которую можно визуализировать при ЦДК.

Магнитно-резонансная и спиральная компьютерная томографии. Качественную информацию дает МР-ангиография и флебография, позволяющие контрастно визуализировать сосудистое образование соразмерно с его гемодинамикой, поскольку рентгеноконтрастное вещество вводится в периферическую вену. Исследование этим методом проводилось в активном режиме с внутривенным введением контрастного вещества 6 пациентам с перикраниальными синусами и артерио-венозными гемангиомами на томографах «SIMENS Emotion» (Германия, 2006 г.) в диагностическом центре «Нурафзо» и системой «Philips InteraAchieva» (1500 тесла) - в диагностическом центре «Арасту - асри XXI» г. Душанбе.

Рентгеноконтрастная ангиография. Ангиографическое исследование благодаря контрастированию артериального русла позволяет определить топографию образования, его структурный тип и по времени контрастирования вен определить наличие артерио-венозных шунтов. Рентгеноконтрастная ангиография выполнялась на ангиографических установках "Infinix CC" (Тошиба, Япония, 2001 г) и «Infinix VS-i» (Тошиба, Япония, 2011 г.) трансфеморальным доступом по методике Сельдингера 8 больным, а также 4-м больным трансрадиальным доступом.

Таким образом, с помощью лучевых методов исследования была изучена ангиоархитектоника сложных мальформаций, которые встречались в нашем клиническом материале. Клинические проявления сосудистых маль-

формаций были разнообразными и зависели от региона локализации, вида мальформации, динамики их роста, а также характером кровообращения.

Полученные в ходе исследования цифровые показатели были внесены в специальную анкету пациента с целью последующего статистического анализа. Для статистической обработки цифровых данных нами была использована программа Statistica 6.0. Методами описательной статистики определяли средние тенденции с вычислением средне-арифметического значения и стандартной ошибки. Дисперсионный анализ проводили методом ANOVA. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$. Эффективность различных вариантов консервативного, хирургического или эндоваскулярного лечения, а также частоту осложнений и рецидивов заболевания определяли методом Каплана-Мейера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика и инструментальная диагностика ВМС. Клинические проявления ВМС головы и шеи весьма разнообразные. Они зависят от того, где они локализованы, какие анатомические структуры вовлечены, с какими сосудами имеют взаимосвязь, а также от возраста пациента, сроков появления образования.

Венозно-кавернозные гемангиомы. Данные формы сосудистой мальформации головы и шеи наблюдались у 86 больных. Различались два вида гемангиом: сочетание кавернозной гемангиомы с капиллярной гемангиомой кожи и изолированная венозная гемангиома. При первом виде на коже отмечалась поверхностная капиллярная гемангиома ярко красной окраски, а под ней венозно-кавернозная гемангиома. Такой вид гемангиомы наблюдался у 25 больных. При втором виде венозных гемангиом (61 случай) кожные проявления, т.е. капиллярная гемангиома кожи, отсутствовали. Над зоной гемангиомы отмечалась припухлость со слегка цианотичным оттенком, когда гемангиома располагалась под кожей, а при её расположении глубже синюшный оттенок отсутствовал. Характер венозных гемангиом определялся дуплексным сканированием. Прямого сообщения с магистральными венами шеи и лица не имели. Приводящими венами были ветви наружной яремной вены и крупные вены лица. Другой характерной и частой локализацией гемангиомы являлся кончик носа. Венозно-кавернозные гемангиомы языка и слизистой полости рта, включая зев, носоглотки встречались сугубо у взрослых лиц.

Поверхностные капиллярные гемангиомы. Данный вид гемангиомы является самым распространённым среди ангиодисплазий головы и шеи среди малолетних и новорождённых детей. Различают три стадии течения болезни. Первая стадия – пролиферация с прогрессированием процесса, вторая стадия стабилизации и третья – стадия инволюции. В среднем, инво-

люция при естественном течении может наступать в сроках от 5 до 7 лет. С поверхностной капиллярной гемангиомой в настоящее исследование включены 42 больных ребёнком. Ярко красная окраска гемангиомы отмечается при тенденции к росту и расширению площади. Тусклый цвет гемангиомы, наличие побелевших точек свидетельствуют о возможной самопроизвольной инволюции гемангиомы. Наиболее ранним визуальным признаком фазы стабилизации роста гемангиомы считается появление на её поверхности белесоватых плоских островков разных величин. В литературе это обозначается как симптом «мухомора». Снижение напряжения и тургора гемангиомы доказывается еще одним приёмом обследования – симптомом «западения».

Артериовенозные гемангиомы. Артериовенозная мальформация - гемодинамически активная сосудистая патология с высокой скоростью кровотока, развивающаяся в результате дефекта артериальной и венозной систем с формированием прямых сообщений между кровеносными сосудами различного калибра.

В раннем возрасте у детей АВМ могут не проявляться и могут быть расценены как венозная гемангиома. С возрастом, часто свыше 10 лет, начинает ускоряться кровоток. Излюбленным местом локализации этих мальформаций среди наших пациентов являлись нижние и верхние губы - в 6 случаях. Всего АВМ наблюдались у 15 больных. Артериовенозные сообщения (шунты) могут быть микрофистулярными и макрофистулярными. При микрофистулярной форме характерными симптомами являлись: местное повышение температуры, отсутствие пульсации, цианоз невыраженный, нет заметно расширенных вен, лишь отмечаются точечные выпячивания вен темной окраски. Характерен симптом «губки» - при компрессии объём уменьшается в результате освобождения опухоли от крови, при снятии компрессии быстро заполняется кровью. Систолического дрожания и сосудистого шума не наблюдается.

Для диагностики ценным является дуплексное сканирование, при котором в области нижней губы, ближе к ней выявляется расширенная артерия с высоким кровотоком, имеющая смешанный артериовенозный характер. Для выявления артериовенозных сообщений в губах (часто нижняя губа) нами было предложено проведение больным селективной артериографии сонных артерий. По результатам ангиографии определяли тактику лечения (получен патент на изобретение). При этом всегда выявлялась аномальная питающая артерия, непосредственно идущая к нижней губе от наружной сонной артерии. В таблице 3 приведены результаты определения линейной скорости кровотока в аномальных питающих гемангиому артериях. Следует отметить, что в магистральной артерии кровоток всегда был ускоренным, по сравнению с противоположной одноименной артерией. Данные ЦДК и ан-

гиографии позволяют четко планировать дальнейшую тактику лечения, определить вид и объем оперативного вмешательства.

Таблица 3. – Показатели линейной скорости кровотока в аномальных питающих гемангиому артериях

Питающая гемангиому артерия	Средняя линейная скорость кровотока (см/с)		p
	у обследованных	в норме	
Аномальные артерии губ (n=6)	45,2±6,6	22,4±3,8	<0,05
Аномальные питающие артерии других локализаций лица и шеи (n=9)	52,6±4,8	28±3,7	<0,05

Примечание: p-статистическая значимость показателей по критерию Манна-Уитни

Венозная гемангиома свода черепа – перикраниальный синус (SINUS PERICRANII). Перикраниальный синус (sinus pericranii) - редкая форма, один из разновидностей сосудистой мальформации венозного происхождения, характеризуется аномальным строением венозного дренажа из интракраниальных синусов в экстракраниальную систему вен через диплоэ или же так называемые эмиссарии черепа. Как правило, мальформация располагается по сагиттальной линии над проекцией верхнего продольного синуса. Крайне редко встречается латеральная локализация данной мальформации - sinus pericranii.

Форма и тип мальформации зависели от характера дренирующих вен в экстракраниальной части головы. При классической форме гемангиомы дренирующие, отводящие вены имели магистральный тип и отводили кровь из гемангиомы в затылочном, лобном или височном направлениях посредством крупных тонкостенных вен. При рассыпном типе отводящих вен гемангиома имела опухолеподобную форму из-за недостаточного дренирования (2 случая). В 4 случаях мальформация располагалась по сагиттальной линии, а в двух имела латеральную локализацию. Цветовое доплеровское картирование имеет значение при первичной диагностике, т.к., не позволяет полностью определить его ангиоархитектонику и кровообращения.

Наиболее информативной для его диагностики является МРТ-флебография, при которой можно получить изолированное заполнение контраста венозного синуса, включая и дренирующие вены, которые бывают магистрального и рассыпного типа. Другим, не менее информативным методом его диагностики является рентгеновская ангиография с контрастированием сонных артерий.

Лимфангиомы головы и шеи – лимфатическая мальформация. Лимфангиома – это зрелая, доброкачественная, врождённая опухоль из лимфатических сосудов. Она является пороком развития лимфатической системы с задержкой её развития. Лимфангиомы отличаются выраженным

быстрым инфильтративным ростом. Другой особенностью является то, что они не внедряются и не разрушают ткани, а лишь раздвигают их.

Всего лимфангиомы, т.е. лимфатические мальформации, наблюдали у 42 больных, кавернозные формы имелись у 32 больных, кистозные – у 8. При ультразвуковом исследовании отмечается многокамерное жидкостное образование. При компрессии форма меняется, но, в отличие от венозно-кавернозной гемангиомы полностью не опустошается и кровоток не определяется. Также имеет чёткие границы, тонкостенную капсулу.

Кистозная лимфангиома характеризуется наличием одной крупной либо нескольких кист, сообщающихся между собой. Часто кистозные лимфангиомы достигают больших размеров, что обусловлено отсутствием оттока лимфы. Обычно при ультразвуковом исследовании обнаруживается полость, заполненная жидкостью, ограниченная капсулой, размеры которой при компрессии с датчиком не уменьшаются, а кровоток в её просвете вообще не определяется. При обследовании применение КТ или МРТ позволило нам дифференцировать их от других патологий, имеющих схожие проявления.

Для окончательной диагностики различных форм мальформаций требуется комплексное инструментальное обследование, включая ультразвуковые методы, ангиографию, КТ- и МРТ-ангиофлебографию в зависимости от характера их кровообращения. Только при поверхностных капиллярных гемангиомах сложные инструментальные методы диагностики не требуются, так как поставить правильный диагноз возможно при клиническом осмотре и ангиологическом обследовании. Нами оптимизирован алгоритм лучевых методов диагностики ВМС головы и шеи (рисунок 2).



Рисунок 2. - Алгоритм лучевых методов диагностики сосудистых мальформаций головы и шеи

Методы лечения сосудистых мальформаций головы и шеи. Гемангиомы с наибольшей активностью роста должны подвергаться хирургическому лечению, не теряя время на применение многочисленных нехирургических способов лечения. Хирургический метод лечения при гемангиомах лицевой части головы и шеи не всегда применим, как радикальный метод, из-за анатомической сложности и косметической целесообразности. По этой причине хирургическое вмешательство является последним этапом в лечении мальформации сосудов головы и шеи. Если имеется возможность лечения миниинвазивными методами, такими как лазерное излучение, низкие и высокие температуры, склерооблитерация, то следует прибегать к этим методам хотя бы с целью уменьшения травматичности, и комбинировать их с хирургическими. В таблице 4 представлены комбинированные методы лечения сосудистых мальформаций головы и шеи.

Таблица 4. - Комбинированные методы лечения сосудистых мальформаций головы и шеи

Вид ВМС	Тактика лечения			
	СТЯ + ИГ	СТЯ	ППАА + СТЯ	ЭПАА + СТЯ
Венозно-кавернозная гемангиома (n=86)	61	25	0	0
Артериовенозная гемангиома (n=15)	0	0	9	6
Перикраниальный синус (n=6)	6	0	0	0
Капиллярная поверхностная гемангиома (n=42)	42	0	0	0
Лимфангиома (n=42)	42	0	0	0
Всего	151	25	9	6

Примечание: СТЯ – склеротерпия; ИГ – иссечение гемангиомы; ППАА - перевязка питающей аномальной артерии; ЭПАА - эмболизация питающей аномальной артерии

Венозно-кавернозная гемангиома. Нами была выбрана следующая тактика лечения в зависимости от локализации, размера и характера венозно-кавернозной гемангиомы: только склеротерапия; склеротерапия в сочетании с оперативными вмешательствами; только хирургическое лечение. Изолированная склеротерапия была проведена 25 пациентам с гемангиомами небольших размеров разной локализацией и достигнуто полное излечение мальформации. Для склеротерапии использовали растворы “Этоксисклерол” или “Фибро-вейн” в концентрациях 0,5%, 1,0% или 3,0% в зависимости от диаметра аномальных венозных сосудов в гемангиоме. Количество процедур варьировало от 3 до 7. Время между процедурами составляло 1-2 недели.

С венозными гемангиомами слизистой полости рта и языка наблюдались 15 пациентов. Надо отметить, что эти гемангиомы в отличие от других локализаций хорошо и успешно поддавались склеротерапии. В 61 случае больным с глубоко расположенными венозно-кавернозными гемангиомами после тромбирования гемангиом со склерозантом вторым этапом было выполнено иссечение их оперативным путём.

Венозная гемангиома свода черепа (перикраниальный синус). Данный вид мальформации мы наблюдали у 6 больных в возрасте от 4 до 10 лет. При опухолеподобных формах предоперационное тромбирование гемангиомы оказалось удачным, так как оно уменьшало кровотечение и упрощало иссечение гемангиомы. При другой форме, где крупные венозные сосуды не удаётся адекватно склерозировать из-за больших диаметров отводящих вен и самой гемангиомы, состоящей из крупных венозных сплетений, далее производилось оперативное лечение.

Таким образом, «перикраниальный синус» - особая, редко встречающаяся форма венозной гемангиомы, располагается на своде черепа, чаще по сагиттальной линии, имеет разные типы и формы. Радикальным методом лечения является хирургическое иссечение гемангиомы, чем достигается полное излечение больного от этого недуга.

Артериовенозная гемангиомы. При данной форме гемангиом применяли комбинированное лечение – хирургический метод комбинировался со склеротерапией. Оперативный метод, в основном, выполнялся открытым способом. Только в двух случаях были использованы эндоваскулярные технологии как основной метод хирургического лечения пациентов. Всего с данным видом гемангиом лечились 15 больных. Питающей артерией во всех случаях были аномально расширенные ветви наружной сонной артерии.

Одной из нередко встречающихся форм АВМ головы и шеи является артериовенозная гемангиома губ (чаще нижней). Артериовенозная мальформация губ проявляется увеличением, гипертрофией губ. На начальном этапе ведения больных с данными видами мальформации мы проводили склеротерапию. Однако в процессе лечения мы убедились в том, что эффекта от склеротерапии не отмечалось, т.к. образование вскоре после сеанса процедур вновь увеличивалось в размере. В связи с этим нами предложен способ диагностики и лечения АВМ губ, на что был получен малый патент РТ № TJ 1500 от 11.06.2024 г.

Преимуществами разработанного способа являются: ангиографическое исследование позволяет точно определить причину, т.е. наличие аномальной, питающей мальформацию артерии, селективная перевязка этой артерии приводит к прекращению кровотока по ней и уменьшает кровоснабжение образования, при этом создаются предпосылки для эффективной склерооблитерации микрофистулярных артериовенозных сообщений.

Лечение поверхностной капиллярной гемангиомы. С данным видом гемангиомы получили амбулаторное лечение 42 больных ребёнка. Тактика лечения зависела от характера роста гемангиом – растущие или нерастущие. При регрессирующей гемангиоме оправдана выжидательная тактика и назначение препаратов, способствующих обратному развитию мальформации. С этой целью назначали «Пропранолол» в дозе 5 мг или 10 мг 1 раз в сутки в зависимости от возраста пациента длительным сроком до 3 месяцев. В течение этого периода наступал полный регресс гемангиомы. Если, несмотря на лечение пропранололом, не отмечался регресс или же первично выявлялась активная быстрорастущая гемангиома мы прибегали к склеротерии и одновременно больные продолжали принимать пропранолол в дозе 5 мг в сутки.

Таким образом, при активно растущих капиллярных гемангиомах склеротерапия является эффективным и косметически приемлемым способом лечения.

Лечение лимфатических мальформаций – лимфангиом. Нами наблюдалось всего 42 различные формы лимфангиом, все они локализовались на шее. Все больные были оперированы. Особенностью оперативного вмешательства является то, что после мобилизации и вскрытия кисты дно полости и лимфатические ходы тщательно ушиваются нитью викрила, свободный участок оболочки резецируется. Операция завершается пассивным дренированием «редон»-дренажом либо резиновым выпускником. Активное дренирование не допускается, так как лимфорей из первичного источника может продолжаться долго.

О высокой эффективности хирургического лечения мальформаций лимфатических сосудов также сообщают многие специалисты. В частности, по данным Р.С. Оганесяна и соавт. (2021) «наличие лимфатической мальформации само по себе является показанием к хирургическому вмешательству, однако выбор наиболее оптимального метода лечения до сих пор остаётся неоднозначным. Объём открытых хирургических вмешательств при лимфатических мальформаций области головы и шеи зависит от формы, локализации и распространённости мальформации (консервативная паротидэктомия, резекция языка, эндоларингеальные вмешательства и др.). По их данным операции при лимфатических мальформациях осложняются отсутствием чётких границ поражения и риском повреждения подлежащих изменённых структур. Кроме этого, при удалении субдермально расположенных протяжённых мальформаций, тесно спаянных с кожей, возникает необходимость иссечения большого участка вовлечённой в процесс кожи, что приводит к сложным реконструктивным пластикам с замещением образовавшегося дефекта перемещённым кожным лоскутом на широком основании» [15, с. 141-144].

Таким образом, адекватное иссечение, герметичное зашивание дна полости и всех ходов предупреждает рецидив кисты и обеспечивает полное выздоровление пациента.

Результаты лечения врождённых мальформаций сосудов головы и шеи. Непосредственные и ближайшие результаты лечения в сроке до 6 месяцев были изучены у всех пациентов, а до трёх лет – у 127 (66,5%) больных. При анализе непосредственных результатов учитывались все интра- и ранние послеоперационные осложнения, а в ближайшем периоде – остаточные явления указанных осложнений. Частота и характеристика зарегистрированных осложнений приведены в таблице 5.

Таблица 5. – Частота и характер осложнений ближайшего послеоперационного периода (n=127)

Вид ВМС	Осложнение				Всего
	кровотечение	краевой некроз	нагноение	лимфорея	
Венозно-кавернозные гемангиомы (n=61)	0	1	2	0	3 (4,9%)
Перикраниальный синус (n=6)	0	0	0	0	0
Артериовенозные гемангиомы (n=15)	1	0	1	0	2 (13,3%)
Лимфангиомы (n=42)	0	0	2	1	3 (7,1%)
Всего	1(0,8%)	1 (0,8%)	5 (3,9%)	1 (0,8%)	8(6,3%)

В раннем послеоперационном периоде только у 8 (6,3%) пациентов развились различные осложнения, которые не влияли на конечные результаты лечения.

Отдалённые результаты лечения. Критерии оценки отдалённых результатов лечения ВМС включали: радикальность оперативного вмешательства, косметичность, рецидивы заболевания. Хорошим результатом считался радикальное иссечение мальформации при хирургическом лечении, приемлемый косметический эффект (отсутствие обезображающих рубцов, деформаций), отсутствие неврологических осложнений и рецидивов заболевания.

Удовлетворительными считали результаты, когда отмечался радикализм проведенного лечения без отдаленных рецидивов, но имелись непримлемые косметические дефекты. Случаи развития рецидивов заболевания относили к неудовлетворительным результатам. Отдалённые результаты лечения приведены в таблице 6.

Таблица 6. – Отдалённые результаты лечения

Вид ВМС	Осложнение			Всего
	отсутствует	косметический дефект	рецидив	
Венозно-кавернозные гемангиомы (n=86)	79	0	7	7 (8,1%)
Перикраниальный синус (n=6)	6	0	0	0
Артерио-венозные гемангиомы (n=15)	14	1	0	1 (6,6%)
Лимфангиомы (n=42)	41	0	1	1 (2,4%)
Поверхностные капиллярные гемангиомы (n=42)	42	0	0	0
Всего	182 (95,3%)	1 (0,5%)	8 (4,2%)	9 (4,7%)

Всего рецидив мальформаций, т.е. неудовлетворительный результат, был отмечен в 8 (4,2%) случаях. Из всех 8 случаев рецидива 7 составили венозно-кавернозные гемангиомы, а в одном случае – лимфангиомы. В связи с этим 5 пациентам с рецидивами гемангиом и одному больному с лимфангиомой были выполнены повторные операции. У остальных 182 (95,3%) больных сохранялся хороший результат за период наблюдения. Следует отметить, что при оценке конечных отдалённых результатов лечения ВМС головы и шеи учитывались эстетичность и радикальность лечения. При этом, учитывая зоны локализации, на первый план выходит эстетичность результатов, влияющая на качество жизни и психологию пациента. Частота безрецидивной выживаемости пациентов с ВМС в отдалённом периоде приведена на рисунках 3 и 4.

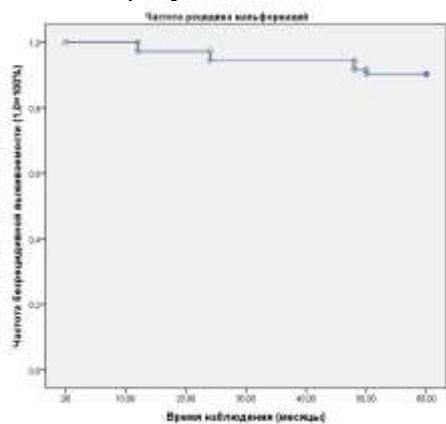


Рисунок 3. – Безрецидивная выживаемость пациентов с врождёнными мальформациями кровеносных сосудов

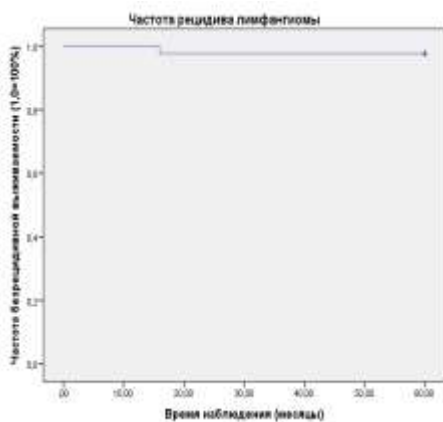


Рисунок 4. – Безрецидивная выживаемость пациентов с врождёнными лимфангиомами

Таким образом, высокая частота хороших результатов оперативного и консервативного лечения различных форм ВМС кранио-цервикальной области свидетельствовала о правильной тактике и выборе методов лечения в зависимости от вида, локализации, площади поражения и характера роста гемангиом. При этом оперативное лечение при определённых формах ВМС подтвердило свою высокую эффективность.

ВЫВОДЫ

1. Структура врождённых сосудистых мальформаций кранио-цервикальной локализации по данным обращаемости пациентов в специализированный стационар характеризуется преобладанием венозно-кавернозных гемангиом (45,0%), при существенной доле поверхностных капиллярных гемангиом (22,0%) и лимфангиом (22,0%). Артерио-венозные гемангиомы (7,1%) и венозные гемангиомы свода черепа (3,1%) встречаются значительно реже, что отражает сравнительно меньшую распространённость высокопоточных форм ангиодисплазий по сравнению с низкопоточными венозными и лимфатическими мальформациями [1-А, 2-А, 4-А, 9-А, 14-А].

2. Клинические проявления мальформаций зависели от зоны локализации, размеров, взаимоотношения с магистральными сосудами и окружающими анатомическими структурами, динамики их роста и характерных признаков лимфатических мальформаций. Окончательным методом диагностики лимфангиом и низкопоточных венозных форм сосудистых мальформаций являются ультразвуковые технологии визуализации, обеспечивающие точную оценку морфологической их структуры и гемодинамических характеристик. В то же время для детального определения ангиоархитектоники высокопоточных форм ангиодисплазий неизбежно требуется проведение контрастных методов исследования, позволяющих объективно визуализировать особенности патологического шунтирования и артериовенозных свищей. Для артериовенозных гемангиом характерны наличие аномальных питающих артерий, в которых линейная скорость кровотока в два раза выше ($45,2 \pm 6,6$ см/с) по сравнению с интактными ветвями ($22,4 \pm 3,8$ см/с) наружной сонной артерии [1-А, 2-А, 5-А, 8-А, 9-А, 15-А].

3. Разработанная тактика введения пациентов с врождёнными сосудистыми мальформациями головы и шеи является базовой основой для научно обоснованного выбора оптимальных лечебных подходов при низкопоточных и высокопоточных их форм. Применение этапной лечебной стратегии при обширных венозно-кавернозных мальформациях, включающей первичную склерооблитерацию с последующим хирургическим иссечением, обеспечивает значимое уменьшение объёма патологического поражения, снижение риска интраоперационных кровотечений и достижение высоких функ-

ционально-эстетических результатов, что подтверждает её клиническую целесообразность и эффективность [1-А, 2-А, 3-А, 7-А, 8-А, 10-А, 11-А, 13-А, 14-А, 15-А].

4. При артерио-венозных гемангиомах кранио-цервикальной области оптимальная лечебная тактика предусматривает этапную коррекцию патологического кровотока: сперва выполняется ликвидация аномальной питающей гемангиому артерии хирургическим или эндоваскулярным методом, что позволяет редуции высокопоточного кровообращения. На последующих этапах проводится склерооблитерация, а при наличии показаний - хирургическое иссечение остаточного гемангиоматозного конгломерата. Практическое применение такой последовательной стратегии обеспечивает радикальность лечения и способствует достижению устойчивого клинического результата [1-А, 3-А, 6-А, 8-А, 11-А, 12-А, 15-А].

5. Предложенная оптимизированная тактика лечения и оптимальный выбор способов устранения врождённых мальформаций сосудов головы и шеи позволили получить лучших результатов с минимальными количествами ($n=8$; 4,2%) рецидивов и высокими ($n=182$; 95,3%) хорошими результатами в отдалённом периоде [2-А, 4-А, 8-А, 10-А, 11-А, 13-А, 15-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Данные об особенностях клинического проявления гемангиом и лимфангиом окажут практическую помощь врачам других профилей и специалистам при первичной диагностике и планировании дальнейшего обследования пациентов. Оценка характера роста либо инволюции гемангиом и лимфангиом позволит правильно выбрать тактику лечения. Выявление признаков регресса поверхностных капиллярных гемангиом позволяет избегать агрессивных способов лечения, ограничиваясь консервативным лечением.

2. Правильно выбранная тактика лечения позволяет определить вид и объём комплексного лечения, что улучшит результаты. Разработанный метод диагностики и хирургического лечения артериовенозной гемангиомы губ является эффективным способом для достижения хороших результатов. Усовершенствование способа оперативного вмешательства при лимфангиомах путём тщательного зашивания всех лимфатических каналов и карманов, т.е. источников поступления лимфы, предупреждает рецидив лимфангиомы.

3. Базовой основой тактики лечения гемангиом является сочетание поэтапного применения миниинвазивного способа склеротерапии и оперативного лечения. Сочетание склеротерапии и хирургического иссечения гемангиомы поэтапно обеспечивают радикальность лечения, предупреждая рецидив.

4. Полученные результаты и разработанные практические рекомендации позволяют улучшить организацию специализированной медицинской помощи больным с врождёнными сосудистыми мальформациями головы и шеи, одновременно повышая информированность врачей различных специальностей о современных подходах к диагностике и лечению этих патологий.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Салимов, Ф.М. Баъзе чанбаҳои этиопатогенез, таъхис ва табобати малформатсияи (ноҳинҷории) сар ва гардан [Матн] / Ф.М. Салимов // Авҷи зуҳал. – 2024. – № 2. – С. 172-178.

[2-А]. Салимов, Ф.М. Венозно-кавернозная гемангиома свода черепа (перикраниальный синус) [Текст] / Ф.М. Салимов, Д.Д. Султанов, О. Неъматзода, Н.О. Джабборова, О.Ф. Солиев // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2025. – Т. 15, № 1. – С. 114-121.

[3-А]. Салимов, Ф.М. Эндоваскулярная эмболизация артерио-венозной мальформации губ [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.О. Джабборова, К.А. Абдусаматов, Д.Д. Султанов // Евразийский научно-медицинский журнал “Сино”. – 2025. – № 3. – С. 54-63.

[4-А]. Салимов, Ф.М. Выбор тактики и результаты хирургического лечения кранио-цервикальных венозных мальформаций [Текст] / Ф.М. Салимов, О. Неъматзода, Д.Д. Султанов, Н.О. Джабборова, О.Ф. Солиев // Светоч науки. – 2025. – № 4. – С. 112-123.

II. Статьи и тезисы в других научных изданиях

[5-А]. Салимов, Ф.М. Эффективность β -блокаторов при лечении гемангиом [Текст] / Ф.М. Салимов, А.Ш. Шохсаворбеков // «Актуальные вопросы современных научных исследований». Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 29 апреля 2022 г. – С. 328-329.

[6-А]. Салимов, Ф.М. Способ диагностики и комплексное лечение артериовенозной мальформации губ [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.Р. Курбанов, Д.Р. Раджабов // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. – Душанбе, 25 ноября 2022 г. – С. 410-411.

[7-А]. Салимов, Ф.М. Лечение венозно-кавернозных гемангиом сложной анатомической локализации у детей раннего возраста [Текст] / Ф.М. Сали-

мов, Х.А. Юнусов, О.Ф. Солиев // Сборник тезисов третьего венозного форума Ташкентская золотая осень Ассоциации флебологов Узбекистана. – Ташкент, 12-13 октября 2023 г. – С. 41-42.

[8-А]. Салимов, Ф.М. Выбор тактики и результаты лечения пациентов с врождёнными артериовенозными мальформациями головы и шеи [Текст] / Ф.М. Салимов, О. Неъматзода, Дж.Н. Усманов // «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 03 мая 2024 г. – С. 170.

[9-А]. Салимов, Ф.М. Редкие формы венозной гемангиомы (прекраниальный синус) [Текст] / Ф.М. Салимов, У. Каримов // «Молодёжь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». Материалы XIX научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 03 мая 2024 г. – С. 169-170.

[10-А]. Салимов, Ф.М. Результаты комплексного лечения врождённых мальформаций кранио-цервикальной зоны [Текст] / Ф.М. Салимов, Д.Д. Султанов, О. Неъматзода, Дж.Н. Усманов // «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» с международным участием. – Душанбе, 11 октября 2024 г. – С. 170-171.

[11-А]. Салимов, Ф.М. Врождённые артериовенозные мальформации головы и шеи: выбор лечебной тактики и ближайшие результаты [Текст] / Ф.М. Салимов, О. Неъматзода, Дж.Н. Усманов // «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Материалы 72-ой годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 01 ноября 2024 г. – С. 155-156.

[12-А]. Салимов, Ф.М. Новые технологии в лечении врождённых артериовенозных мальформаций [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.О. Джабборова, Дж.К. Рахмонов // «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Материалы XX (юбилейной) научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, посвящённой годам развития цифровой экономики и инноваций 2025-2030. – Душанбе, 25 апреля 2025 г. – С. 67.

[13-А]. Салимов, Ф.М. Современная стратегия и результаты хирургического лечения врожденных мальформаций головы и шеи [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.О. Джабборова, О.Ф. Солиев // «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Материалы XX

(юбилейной) научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, посвящённой годам развития цифровой экономики и инноваций 2025-2030. – Душанбе, 25 апреля 2025 г. – С. 213.

[14-А]. Салимов, Ф.М. Венозная гемангиома свода черепа (перикраниальный синус) [Текст] / Ф.М. Салимов, Д.Д. Султанов, О.Ф. Солиев // “Избранные вопросы ангиологии и сосудистой хирургии. Взгляд в будущее” Сборник V-го съезда сосудистых хирургов Казахстана. – Туркестан, 23-24 мая 2025 г. – С. 73.

[15-А]. Салимов, Ф.М. Тактика и непосредственные результаты лечения врождённых артериовенозных мальформаций головы и шеи [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.О. Джабборов, Д.Д. Султанов // «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Материалы 73-ой годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 30 октября 2025 г. – С. 155-156.

Патент на изобретение

1. Салимов Ф.М., Султанов Д.Д., Гаибов А.Дж., Неъматзода О., Саидов М.С., Юнусов Х.А. Способ хирургического лечения артериовенозной мальформации нижней губы. Патент Республики Таджикистан № TJ 1500 от 11.06.2024 г.

Список сокращений, условных обозначений

АВМ – артериовенозная мальформация

ВМС – врождённая мальформация сосудов

ИГ – иссечение гемангиомы

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

СТЯ – склеротерпия; ППАА - перевязка питающей аномальной артерии

ЦДК – цветное доплеровское картирование

ЭПАА - эмболизация питающей аномальной артерии

Список использованной литературы

1. Буковецкая, М.С. Инфантильная гемангиома: современный взгляд на патогенез и лечение [Текст] / М.С. Буковецкая, Е.М. Камалтынова // Бюллетень сибирской медицины. - 2026. Т. 25, № 1. - С. 144-151.

2. Возницын, Л.В. Экспериментальное обоснование применения новой Блеомицин-Полидоканоловой мини-пенной композиции при лечении детей с венозными мальформациями головы и шеи [Текст] / Л.В. Возницын, О.З. Топольницкий, Е.Т. Ермуханова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2021. - Т. 21, № 3. - С. 158-162.

3. Гиндич, О.А. Хирургическое лечение капиллярных мальформаций головы и шеи [Текст]: дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.03/ Гиндич Ольга Андреевна. - К., – 2015. – 167 с.

4. Дан, В.Н. Диагностика и хирургическое лечение [Текст]: дисс. ... д-ра мед наук: 14.01.17 / Василий Нуцович Дан. - М., 1989. - 300 с.

5. Дружинина, Н.А. Облитерационные методики в лечении пациентов с венозными мальформациями наружной локализации [Текст] / Н.А. Дружинина, С.В. Сапелкин // Диагностическая и интервенционная радиология. - 2024. - Т. 18, № S1.1. - С. 76.

6. Жизнеугрожающие воспалительные осложнения хирургического лечения детей с обширными сосудистыми мальформациями головы и шеи. Тактика челюстно-лицевого хирурга [Текст] / А.В. Петухов [и др.] // Детская хирургия. - 2022. - Т. 26, № S1. - С. 76.

7. Клинический случай врожденной артериовенозной мальформации сосудов головного мозга [Текст] / И.Н. Горяникова [и др.] // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. - 2024. - Т. 22, № 2. - С. 68-76.

8. Клинический случай реабилитации ребенка с артерио-венозной мальформацией [Текст] / М.О. Мосина [и др.] // Детская и подростковая реабилитация. - 2024. - № 4 (54). - С. 34-37.

9. Кочмашев, И.В. Опыт лечения экстракраниальных мальформаций головы [Текст] / И.В. Кочмашев // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. - 2024. - № S1-1. - С. 60.

10. Лечение ребёнка с обширной лимфовенозной мальформацией в области головы и шеи [Текст] / Ю. Комелягин [и др.] // Голова и шея. - 2019. - № 1. - С. 29-41.

11. Магнитно-резонансная томография лимфатических мальформаций лица и шеи [Текст] / С.С. Фролов [и др.] // Stomatology. - 2016. - Т. 95, № 6-2. - С. 102-103.

12. Махкамов, К.Э. Интраоперационные осложнения в хирургии артериовенозных мальформаций сосудов головного мозга и пути их решения [Текст] / К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов // Вестник экстренной медицины. - 2020. - Т. 13, № 4. - С. 94-99.

13. Микропенная склеротерапия венозных мальформаций головы и шеи [Текст] / А.Ю. Дробышев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2022. - Т. 28, № 5. - С. 27-32.

14. Облитерационные методики в лечении венозных мальформаций [Текст] / С.В. Сапелкин [и др.] // Флебология. - 2022. - Т. 16, № 2-2. - С. 55-56.

15. Оганесян, Р.С. Хирургическое лечение лимфатических мальформаций области головы и шеи у детей [Текст] / Р.С. Оганесян, Н.С. Грачев // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2021. - Т. 100, № 3. - С. 141-146.

16. Сафарова, А.Н. Современные принципы лечения артерио-венозных форм врождённых ангиодисплазий периферических сосудов [Текст]: дисс.... канд. мед. наук / А.Н. Сафарова. – Душанбе, 2013. – 113 с.
17. Смирнов, Я.В. Клинико-морфологические характеристики и оптимизация лечения детей с мальформациями кровеносных сосудов в области головы и шеи [Текст]: дисс... канд. мед. наук: 14.01.14/14.01.17 / Я.В. Смирнов. - Москва, 2018. - 148с.
18. Современные возможности хирургического лечения артерио-венозных ангиодисплазий [Текст] / А.Д. Гаибов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. Журнал им. академика А.В. Покровского. - 2013. - Т. 19, № 4. - С. 143-149.
19. Тактика лечения детей с сосудистыми поражениями головы и шеи [Текст] / Е.Ю. Гавеля [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2018. - № 1. - С. 67-68.
20. Частота и структура гестационных осложнений у женщин с метаболическим синдромом [Текст] / М.С. Рустамова [и др.] // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. -2024. - Т. 14, № 4. - С. 49-58.
21. Arteriovenous fistula in the head and neck - a systematic review and meta-analysis of clinical presentation [Text] / J.L.A. Embrechts [et al.] // Eur Arch Otorhinolaryngol. - 2026. - Vol. 283, № 2. - P. 661-669.
22. Combined-modality therapy for extensive arteriovenous malformation of head and neck: a case report [Text] / W. Zhang [et al.] // Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. - 2025. - Vol. 60, № 2. - P. 177-178.
23. Conservative management of brain arteriovenous malformations: results of the prospective observation registry of a pragmatic trial [Text] / T.E. Darsaut [et al.] // J Neurosurg. - 2024. - Vol. 142, № 3. - P. 637-646.
24. Head and neck venous malformations in children: clinical characteristics, therapeutic approach, and outcomes [Text] / A.F. González-Moreno [et al.] // Pediatr Dermatol. - 2025. - Vol. 42, № 6. - P. 1186-1189.
25. Hongo, H. Epidemiology and aetiology of cerebral cavernous malformations [Text] / H. Hongo, S. Miyawaki, N. Saito // Acta Neurochir Suppl. - 2025. - Vol. 136. - P 143-149.
26. Prevalence and outcomes of select rare vascular conditions in females: A descriptive review [Text] / R. Sorber [et al.] // Semin Vasc Surg. - 2023. - Vol. 36, № 4. - P. 571-578.
27. Wójcicki P. Epidemiology, diagnostics and treatment of vascular tumours and malformations [Text] / P. Wójcicki, K. Wójcicka // Adv Clin Exp Med. - 2014. - Vol. 23, № 3. - P. 475-484.

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА
НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

ВБД 616.13/.14-007:617.51-089

Бо ҳуқуқи дастнавис



САЛИМОВ ФИРДАВС МИРЗОВАЛИЕВИЧ

**МАЛФОРМАТСИЯҲОИ РАҒҲОИ САР ВА ГАРДАН: ТАШХИС,
ТАКТИКА ВА УСУЛҲОИ ТАБОБАТ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти
дараҷаи доктори фалсафа (PhD),
доктор аз рӯйи ихтисоси
6D110126 - Ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард

Душанбе – 2026

Диссертатсия дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н. У. Усмонови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Султонов Ҷавли Давронович** – доктори илмҳои тиббӣ, профессор, муовини директори МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» оид ба илм; профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н. У. Усмонови МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Раҳматуллоев Раҳимҷон** – доктори илмҳои тиббӣ, директори ҶДММ «Маркази ташхис-табобатии “Вароруд”»-и ш. Турсунзодаи Ҷумҳурии Тоҷикистон

Пӯлодов Орифҷон Неъматович - номзади илмҳои тиббӣ, мудирӣ шуъбаи ҷарроҳии рағҳои хунгарди МД «Маркази бемориҳои дил ва ҷарроҳии дилу рағҳои вилояти Суғд ба номи профессор Амонулло Орифов»-и ВТ ва ҲИА ҚТ

Муассисаи пешбар: Донишгоҳи давлатии тиббии Тошканди Ҷумҳурии Узбекистон

Ҳимояи диссертатсия санаи « 17 » октябри соли 2026, соати «10:00» дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.КОА-060-и назди МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» баргузор мегардад. Суроға: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, кӯчаи Саной, 33, www.mjijdr.tj, +992915250055.

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи расмӣ МД «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2026 тавзеъ шуд.

Котиби илмӣ
шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиббӣ



О. Неъматзода

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Малформатсияи рағҳо бо ихтилоли модарзодии ташаккул ва инкишофи рағҳои хунгарди шараёнӣ, варидаи лимфатикӣ бо дигаргунии сохтори хоси девораҳои онҳо, тавсиф мешавад [4, саҳ. 7]. Басомади солони дучоршавии шаклҳои гуногуни онҳо аз 1 то 5 ҳолат миёни 1000 навзодро ташкил медиҳад [26, саҳ. 573]. Паҳншавии малформатсияи модарзодии рағҳо (ММР) дар ҳудуди васеъ тағйир меёбад ва ба ҳисоби миёна 0,09%-1,45%-ро дар байни аҳолии умумӣ ташкил медиҳад [26, саҳ. 573; 27, саҳ. 476]. Дар аксари ҳолатҳо (то 85%), шаклҳои варидаи онҳо дучор мешаванд, ки дар нисфи ҳолатҳо дар мавқеи сару гардан ҷойгир мебошанд [7, саҳ. 68; 25, саҳ. 143-145]. Тавре ки Смирнов Я. В. (2018) таъкид мекунад: «ҷойгиршавии ММР дар минтақаи сар ва гардан рағҳои ҳамгироии иҷтимоии беморонро аз ҳисоби вайроншавии номақбули эстетикӣ ниҳоят душвор мегардонад. Тақрибан 80% ҳамаи малформатсияҳои рағӣ ба иллатҳои варидаҳои хурд, венулаҳо ва капиллярҳо рост меоянд, ки онҳо дорои шакли паҳншуда буда, майдони васеи рӯй ва гарданро ишғол менамоянд» [17].

Маълумоти адабиёти нишон медиҳанд, ки дар пайдоиши ММР омилҳои зиёд нақш доранд [15, саҳ. 142] ва мувофиқи андешаи Буковецкая М. С. ва ҳаммуаллифон (2026), «дар даҳсолаи охир дар пайдоиши ММР гипотезаи таъсири омилҳои беруна, аз қабili гипоксия, сатҳи баландтари эстроген ва илтиҳоб, васеъ паҳн шудааст. Дар байни онҳо нақши асосӣ ба гипоксияи ҷанин дода мешавад, ки дар натиҷаи ҳомиладории бисёрҷанинӣ ва ҳомиладории бо презклампсия оризашуда, диабет қанди гестатсионӣ, патологияи ҷудошавии машина, инчунин, ҳомиладории дер, норасида таваллуд шудан ва вазни ками кӯдак ҳангоми таваллуд, ба вучуд меояд» [1, саҳ. 146], ки ин ҳолатҳо дар қонини ҳомиладори минтақаи мо низ хеле зиёд ба назар мерасанд [20, саҳ. 49].

Таҳлили адабиёти муосир нишон медиҳад, ки то замони имрӯза зарурати таҳияи алгоритми ягонаи усулҳои шуоии тахлили ММР сар ва гардан вобаста аз вариантҳои гуногуни сохтори онҳо, хусусияти гардиши хун, табобати қаблан гузаронидашуда ва синну соли беморон, мавҷуд аст [23, саҳ. 642]. Ҳамчунин, дар аксари мавридҳо беморон ба мутахассисон дар марҳилаҳои дертари беморӣ муроҷиат менамоянд, ки аз нокифоя будани дараҷаи расонидани кӯмаки тиббӣ дар муассисаҳои табобатии минтақавӣ шаҳодат медиҳад [3, саҳ. 9]. Тавре, ки Комелягин Д. Ю. ва ҳаммуаллифон (2019) қайд менамоянд, «вазнини ММР аз иллатҳои пурраи бофтаҳо - аз пӯст ва ҷарбуи зерпӯстӣ то устухонҳо бо ташаккули деформатсияҳои дағалии онҳо, вобаста аст. Ин

ташкилаҳо метавонанд боиси маҳдудшавии функцияҳои нафаскашӣ, биной, қабули ғизо ва нутқ гарданд. Дар ҳолати ҷойгиршавии малформатсия дар минтақаи ҳалқумугулӯ, қаъри ковокии даҳон ва забон хатари баланди инкишофи ҳолатҳои ба ҳаёти кӯдак таҳдидкунанда вучуд дорад. Малформатсияҳои фароҳи лимфатикӣ ва лимфоваридӣ сабаби тағйирёбии номақбули намуди зоҳирии бемор мегардад, ки ба ҳолати рӯҳию равонии ӯ таъсири манфӣ мерасонанд. Мувофиқи иттилои муаллифон, масъалаҳои ҳалнашудаи зерин мавҷуданд: дар кадом синну сол кӯдак бо нуқси васеи рағҳои лимфатикӣ ва варидии минтақаи сару гардан бояд ҷарроҳӣ карда шавад, дар кадом ҳаҷм бофтаҳои патологӣ бурида гирифта шаванд, кадом усулҳои табобат бояд истифода шаванд? Адабиёти муосири тиббӣ ба ин саволҳо ҷавобҳои пурра пешниҳод намекунад» [10, саҳ. 30].

Баъзе мутахассисон бар онанд, ки хатари махсусро малформатсияҳои шараёнӣ-варидӣ (МШВ) зоҳир менамоянд, чунки дар кутӯхтарин фосилаи вақт тадриҷан зиёд гардида сабаби тағйиротҳои бебозгашти бофтаҳои нарми минтақаи сару гардан мегарданд [6, саҳ. 76; 23, саҳ. 638]. Чи тавре ки Мосина М. О. ва ҳаммуаллифон (2024) қайд мекунанд, «МШВ - патологияи аз ҷиҳати гемодинамики фаъоли рағҳои хунгард бо суръати баланди гардиши хун, ки дар он шараёнҳо мустақиман бо варидҳо бидуни шабакаи капиллярӣ пайваст мешаванд. Ин аномалияҳо нодир, вале ниҳоят хатарноки модарзодии рағҳо буда, бештар рағҳои сар ва гарданро иллат медиҳанд ва бинобар хатари оризаҳои вазнин ба таваҷҷуҳи махсус ниёз доранд» [8, саҳ. 34]. Душвории табобати МШВ сар ва гардан мувофиқи андешаи Смирнов Я. В. (2018) «бо хунтаъминшавии барзиёд ва ҷалбшавӣ ё наздик будани раванди патологӣ ба сохторҳои анатомии ҳаётан муҳим вобаста аст. Роҳу равишҳои табобатии мавҷуда ё ба бартарафсозии пурраи ташкилаи патологӣ ё ба иваз намудани он бо бофтаи скарий равона шаванд» [17].

Бо дарназардошти гуфтаҳои боло, инчунин набудани тавсияҳо ва консенсусҳои эътирофшудаи байналмилалӣ оид ба ташхис ва интиҳоби усули табобати ММР, метавон таҳқиқотҳои минбаъдаи илмиро дар ин самт ҳамчун масъалаи мубрам арзёбӣ кард [26, саҳ. 575].

Дар ҳоли имрӯз, масъала оид ба усули аз ҳама хубтари радикалӣ, оптималӣ ва кам инвазивии табобати беморон бо ММР мавқеи сар ва гардан кушода боқӣ мемонад [3, саҳ. 6; 18, саҳ. 144]. Мувофиқи андешаи баъзе мутахассисон усулҳои баландтехнологии визуализатсионии дар амалия воридшуда барои ташхиси дақиқи ММР бо имконияти коркарди рақамӣ ва моделсозии сеандозаи онҳо, барои интиҳоби усули

аз ҳама оптималии табобати онҳо, имконият медиҳанд [11, саҳ. 102-103]. Аммо, чи тавре ки Гавеля Е. Ю. ва ҳаммуаллифон (2018) қайд мекунанд, «ҳеҷ яке аз усулҳои мавҷудаи табобати малформатсияҳои рағҳо аз ҳисоби гуногунранг будани зухуроти клиникии иллатҳои рағӣ, универсалӣ ҳисобида намешавад ва аз ин сабаб масъалаи ҷустуҷӯ ва рушди усулҳои каминвазивӣ аз ҳама муҳим ба ҳисоб меравад» [19, саҳ. 67]. Ғайр аз ин, бо сабаби тағйирпазирии сохтори морфофункционалии онҳо, хусусиятҳои гардиши хун ва ба раванди патологӣ ҳамроҳшавии дигар узву сохторҳои сар ва гардан, то замони ҳозир равишҳои ягонаи тактикӣ ва критерияҳои интиҳоби усули табобати онҳо, ҷой надоранд, хусусан ҳангоми инкишофи оризаҳои онҳо [6, саҳ. 76; 26, саҳ. 576]. Бинобар ин дар табобати ММР аксари вақтҳо муносибати комбинатсионӣ, бо фарогирии қариб тамоми усулҳои табобатии мавҷударо дар бар мегиранд [22, саҳ. 177-178]. Аммо, интиҳоби ин ё он усули беҳтарини табобати онҳо вобаста аз намуди малформатсияҳо, мураккабии сохтори анатомия морфологӣ ва хунгардиши онҳо, инчунин, синну соли беморон ва хусусияти табобати пештар гузаронидашуда, то охир муайян нагардидааст [24, саҳ. 1186-1189].

Дар Тоҷикистон оид ба масъалаи баррасишаванда танҳо як таҳқиқоти диссертатсионӣ анҷом дода шудааст, ки дар он ҷанбаҳои зиёди ММР омукта нашудаанд, аз ҷумла нишондодҳо барои истифодаи усулҳои гуногуни ташҳиси шуъой, инчунин, самаранокии усулҳои замонавӣ дар табобати онҳо ва пешгирии такроршавии беморӣ [16, саҳ. 1-113]. Бинобар ин, такмил додани ташҳис ва табобати беморон бо ММР бо роҳи таҳия намудани алгоритми мутобикшудаи ташҳиси шуъой ва воридсозии аз ҳама усулҳои замонавии табобат мубрам мебошанд ва гузаронидани таҳқиқотҳои нави илмиро тақозо менамоянд.

Дарачаи таҳқиқи мавзӯи илмӣ. Ҷанбаҳои гуногуни этиопатогенез, ташҳис ва муолиҷаи ММР пештар аз ҷониби баъзе мутахассисони хориҷӣ омукта шудаанд, ки дар навбати худ ба коркарди принципҳои асосии расонидани кумаки махсусгардонидашудаи тиббӣ ба ин гурӯҳи беморон имкон додаанд [4, саҳ. 1-300; 21, саҳ. 661-669]. Аммо, чи хеле ки Смирнов Я. В. (2018) мепиндорад, «дар айни замон дар ташҳис ва муолиҷаи беморон бо ММР мушкилотҳои зиёди ҳануз ҳалнашуда ҷой доранд, ки таҳқиқотҳоро дар ин самт мубрам ва муосир мегардонанд, малформатсияҳои ҷузъии рағҳои хунгузари сар ва гардан бошад аз худ мушкилоти тиббӣ ва иҷтимоӣ нишон медиҳанд, ки дахҳо ҳазор беморонро фаро мегиранд, ки аз ин зарурияти масъалаи интиҳоби тактикаи муолиҷаи беморон бо ин беморӣ бармеояд. Дар ин ҳолат,

муносибаҳои мавҷудии табобатӣ метавонанд ё ба бартарафсозии пурраи ташкилаи патологӣ равона шаванд, ё ба иваз намудани он бо бофтаи пайваस्तкунандаи скарӣ» [17].

Дар бораи нокифоя будани дараҷаи таҳқиқи ММР дар минтақаи мо, набудани таҳқиқотҳои илмӣ аслии дар даҳсолаи охир нашршуда, ки ба ҷанбаҳои эпидемиологӣ, клиникӣ патогенетикӣ ва муолиҷавию ташхисии ин масъала аз диди ангиофлеболимфологияи муосир бахшида шудаанд, шаҳодат медиҳанд. Дар таҳқиқотҳои қаблан гузаронидаи муаллифони ватанӣ диққати махсус ба масъалаҳои ташхис ва табобати беморон бо ММР сар ва гардан дода нашудааст [16, саҳ. 1-113]. Беш аз ин, то ҳол дар табобати шаклҳои пастҷараёни онҳо педиатрҳо, ҷарроҳони кӯдакона ё онкологҳо усулҳои кӯҳнашуда ва нисбатан агрессивии табобатро васеъ истифода мебаранд, ки аксаран бо натиҷаҳои ғайриқаноатбахш ва ретсидивҳои бармаҳал анҷом меёбанд [24, саҳ. 1186; 26, саҳ. 572]. Илова бар ин, Вознитсин Л. В. ва ҳаммуаллифон (2021) таъкид менамоянд, ки «зухуроти клиникӣ малформатсияҳои дар минтақаи сар ва гардан ҷойгирбуда, хеле гуногунанд: аз флебэктази маҳдуди луобпардаи ковокии даҳон то ангиоматози диффузии васеи ба чандин минтақаи анатомӣ паҳншаста. Бо ҷойгиршавӣ дар минтақаи сар ва гардан, ба ғайр аз ихтилолҳои функционалӣ, онҳо ба нуқсонҳои эстетикӣ оварда расонида, мутобиқшавии иҷтимоии беморро ниҳоят душвор мегардонанд» [2, саҳ. 158-162].

Бархе аз мутахассисон зарурияти анҷом додани таҳқиқотҳои илмиро оид ба масъалаи муҳокимашаванда бо сабаби ҷой надоштани алгоритми ягонаи қабулшудаи ташхиси шуъоии малформатсияҳои модарзодии рағҳои хунгузар ва лимфатикӣ минтақаи сар ва гардан дар беморони гурӯҳҳои синнусолии гуногун таъкид менамоянд [23, с. 642], инчунин, аз нокифоя будани омузиши натиҷаҳои дури табобати комплексӣ бо истифодаи усулҳои нави ғайриинвазивии облитератсионӣ ва лазерии табобат [5, саҳ. 76; 14, саҳ. 55-56].

Ҷойгиршавии ММР дар мавзеи сар ва гардан муносибати махсуси ташхисӣ-табобатиро талаб мекунад, зеро аз ҳисоби мавҷудияти зиёди рағҳои коллатералӣ, онҳо аксар вақт сохтори мураккаби анатомо-морфологӣ ва гардиши хун доранд, ки бинобар он табобати радикалии онҳо на ҳама вақт имконпазир аст [14, саҳ. 355-359]. Дар робита бо ин, Кочмашев И. В. (2024), тавсия медиҳад, ки «муолиҷаи ММР экстракраниалӣ муносибати бисёрсоҳавиро бо ҷалби шумораи зиёди табибони ихтисосҳои гуногун тақозо менамояд». Даҳлатҳои дохилирағӣ дар чунин беморон бинобар анатомияи тағйирёфта ва

мураккабии маҷрои хунгардиш, равишҳои ғайриоддиро талаб менамоянд [9, саҳ. 60].

Дробишев А. Ю. ва ҳаммуаллифон (2022) қайд мекунанд, ки «муолиҷаи ММР сар ва гардан бинобар ҷой надоштани алгоритми умумиқабулшудаи ташхис ва муолиҷаи беморони ин гуруҳ, ҳамчун масъалаи мубрам боқӣ мемонад. Интиҳоби усули муолиҷаи каминвазивӣ, узвнигоҳдоранда, ва ҳамзамон самаранок, то ҳол масъалаи мубрам ба ҳисоб меравад, аммо усули асосии муолиҷаи ин беморон ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад. Дар баробари ин, муаллифон оид ба душвории ба таври радикалӣ бурида гирифтани бофтаҳои ангиоматозӣ бинобар набудани сарҳадҳои возеҳи он бо бофтаҳои тағйирнаёфта, хавфи баланди хунравии дохилиҷарроҳӣ ва аксар вақт ҳаҷми хеле бузург доштани ташкила таъкид мекунанд. Ғайр аз ин, дар беморон бо ММР сар ва гардан на ҳама вақт тамоми мавзеи патологиро бо моддаи склерозкунанда ба таври мувофиқ ва яқсон пур кардан имконпазир аст, ки он аз ҳисоби маҳдудияти доруи воридшаванда, ки эҳтимол метавонад ба инкишофи некрозҳо, бо рушди минбаъдаи скарҳои зоҳиран номақбул ва деформатсияҳои скарӣ оварда расонад, вобаста аст (махсусан дар синни кудакӣ)» [13, саҳ. 28]. Дар робита ба ин, масъалаи интиҳоби усули муолиҷаи ММР сар ва гардан то ҳол мубрам боқӣ мемонад, ҳам аз сабаби радикалӣ будани онҳо ва ҳам аз ҳисоби басомади баланди оризаҳои бо онҳо вобастабуда ва натиҷаҳои номусоид [12, саҳ. 94-99].

Дар даҳсолаҳои охир дар муолиҷаи ММР сар ва гардан усулҳои муосири баландсамари эндоваскулярӣ васеъ истифода шуда истодаанд, ки фақат баъзеи онҳо бо каме дермонӣ ба амалияи клиникии ватанӣ ворид гардиданд, ки аз ин сабаб, самаранокии онҳо дар давраи дури назоратӣ ба таври кофӣ омукта нашуда боқӣ мемонад» [10, саҳ. 29-41]. Ҷой надоштани таҳқиқотҳои қаблан гузаронидашудаи клиникию эпидемиологӣ, протоколи ягонаи ташхиси дастгоҳӣ ва меъёрҳои интиҳоби усули муолиҷаи шаклҳои гуногуни ММР дар шароити минтақаи мо, аз нокифоя омукта шудани масъала шаҳодат медиҳанд ва нишондиҳандаҳои асосӣ барои иҷрои таҳқиқотҳои нави илмӣ мебошанд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзуи илмӣ. Кори диссертатсионӣ дар доираи татбиқи амалии лоиҳаи илмӣ-таҳқиқотии ташаббусии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н. У. Усмонови МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» дар мавзуи «Технологияҳои нав дар табобати бемориҳои рағҳои хунгарди канорӣ» (солҳои иҷроиш: 2019-2023с.), инчунин, «Концепсияи ислоҳоти соҳаи

тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 94 аз 04.03.2002с. тасдиқшуда), яке аз вазифаҳои асосии он қорӣ намудани усулҳои наву самараноктари ташкилӣ ва баланд бардоштани сифату дастрасии ёрии тиббии санитарӣ ба аҳолии ҷумҳурии мо мебошад, иҷро гардидааст. Илова бар ин, як қатор технологияҳои нав, ки дар диссертатсия барои ташхис ва табобати малформатсияҳои рағҳо истифода шудаанд, хусусияти инноватсионӣ дошта, бори аввал дар амалияи ватанӣ татбиқ шудаанд, ки ин ба як қатор зербандҳои Стратегияи ҳифзи саломатии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030 (бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 414 аз 30.09.2021с. тасдиқшуда), инчунин, ба зербоби 3.1 «Самтҳои афзалиятноки таҳқиқоти илмӣ ва илмӣ техникаӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2021-2025» (бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 503 аз 26.09.2020с. тасдиқшуда) – «Пешгирӣ ва табобати ҳама гуна бемориҳои сироятӣ ва аҳамияти иҷтимоӣ доштаи инсон; – ҳифзи саломатии модар ва кӯдак» мувофиқат мекунад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои ташхиси маҷмуавӣ ва табобати малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯштани хусусиятҳои зухуроти клиникӣ ва сохтори малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан дар асоси муроҷиати беморон.

2. Таҳия намудани алгоритми ташхиси шуоии малформатсияҳои модарзодии рағҳои мавзеи сар ва гардан.

3. Такмил додани тактикаи табобати малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан бо роҳи таҳия ва воридсозии усулҳои замонавии каминвазивии табобат.

4. Арзёбии натиҷаҳои бевосита ва дарозмуддати табобати комплекси маҷмуавии малформатсияҳои модарзодии рағҳои шараёнӣ, варидӣ ва лимфатикӣ мавзеи сар ва гардан.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқоти гузаронидашударо 124 бемор (54 нафар мард ва 70 зан) бо малформатсияҳои модарзодии рағҳои мавзеи сар ва гардан, ки дар табобати статсионарӣ дар базаи клиникии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи акад. Н. У. Усмонови МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» қарор доштанд, инчунин, 67 нафар (24 мард ва 43 зан), ки бинобар намудҳои содаи малформатсияҳои рағҳо зери назорати қатъии табибони муассисаи махсусгардонидашуда табобати амбулаторӣ гирифтаанд, ташкил намуданд.

Мавзуи таҳқиқот. Мавзуи таҳқиқот иборат аст аз омузиши сохтор ва басомади дучоршавии намудҳои гуногуни малформатсияҳои модарзодии рағҳо; хусусиятҳои иллатёбии пӯст ва сохторҳои зерипӯстии мавзеи сару гардан ҳангоми вариантҳои гуногуни ММР, инчунин, дараҷаи ба ҷараёни патологӣ фаро гирифташавии сохторҳои анатомии бо малформатсияҳо ҳамсарҳад; таҳияи алгоритми такмилдодашудаи ташҳиси шуъоии ММР вобаста аз намуд ва хусусияти хунгардиши онҳо, инчунин, синну соли беморон; муайян намудани тактика ва интиҳоби усули аз ҳама самараноктари табобат; такмили усулҳои ҷойдошта ва таҳияи усулҳои нави табobati каминвазивӣ ва ҷарроҳии малформатсияҳои рағҳои шараёнӣ, варидӣ ва лимфатикӣ; омузиши басомади ретсидивҳо, оризаҳои баъдиҷарроҳӣ ва дараҷаи самаранокии усулҳои истифодашудаи табobati; баҳодиҳии натиҷаҳои бевосита ва миёнамуҳлати табobati комплексӣ.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Бо истифода аз усулҳои муосири ташҳиси иловагӣ ва таҳлили омӯрӣ басомади вохӯрӣ ва сохтори малформатсияҳои модарзодии рағҳои минтақаи сару гардан аз рӯи мурочиат ба муассисаи тиббии махсусгардонидашудаи ҷумҳуриявӣ омӯхта шуд. Муайян гардид, ки шаклҳои варидии малформатсияҳо бо хосияти хунгардиши пастҷараён басомади баланд дошта, бештар дар минтақаи рӯй ҷойгир мешаванд. Хусусиятҳои зухуроти клиникӣ, аломатҳо ва хусусияти афзоиши малформатсияҳои шараёнӣ, варидӣ, шараёнӣ-варидӣ ва лимфатикӣ таҳқиқ гардиданд.

Алгоритми ташҳисӣ таҳия карда шуд, ки имкон медиҳад вобаста аз шакл, сохтор, дараҷаи паҳншавӣ ба бофтаҳои атроф, хусусияти хунгардиши малформатсияҳои рағҳо, инчунин, синну соли беморон роҳи аз ҳама оптималии ташҳиси дақиқи шуъоии онҳо интиҳоб карда шавад.

Дар асоси зухуроти клиникӣ шуъоӣ ва хусусияти хунгардиши ангиодисплазияҳои шараёнӣ, шараёнӣ-варидӣ, варидӣ-кавернозӣ ва лимфатикӣ минтақаи сар ва гардан тактикаи оптималӣ ва самараноки табobati онҳо таҳия гардид, ки истифодаи табobati консервативӣ ва склерозкунандаро асосан барои муолиҷаи малформатсияҳои намудҳои дорои ҷараёни сусти хун ва омезиши усулҳои эндоваскулярӣ ва ҷарроҳиро дар рафъи шаклҳои дорои ҷараёни баланди хун, дар бар мегирад.

Усули ташҳис ва табobati ҷарроҳӣ омехтаи ангиодисплазияи шараёнӣ-варидӣ лаби поён таҳия ва ба амалия бомуваффақият ҷорӣ карда шуд, ки он имкон медиҳад дар як марҳила бо роҳи эндоваскулярӣ манбаи хунгардиши патологӣ шараёнӣ-варидӣ муайян ва бартараф

гардида, баъдан тавассути ҷарроҳии каминвазивӣ конгломерати гемангиоматозӣ пурра бурида гирифта шавад.

Усулҳои мавҷудаи ҷарроҳии малформатсияҳои модарзодии варидай-кавернозӣ, лимфатикӣ ва шараёнӣ-варидии минтақаи сар ва гардан такмил дода шуданд, ки барои ба таври назаррас коҳиш додани ҳаҷми талафоти хун дар вақти иҷрои ҷарроҳӣ ва басомади ретсидивҳои барвақтии онҳо, имконият фароҳам овардаанд.

Бо омузиши натиҷаҳои наздик ва миёнамуҳлати табobati комплексии шаклҳои гуногуни малформатсияҳои модарзодии рағҳои хунгузари сару гардан исбот карда шуд, ки самаранокии баланди эстетикӣ ва функционалӣ аз истифодаи ҳамҷояи усулҳои консервативӣ ва склерозкунанда бо усулҳои эндоваскулярӣ ва ҷарроҳии анъанавӣ ба даст меояд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ амалии таҳқиқот. Дар ҷараёни таҳқиқоти гузаронидашуда сохтори малформатсияҳои рағӣ мувофиқи муроҷиати беморон ба муассисаи махсус-гардонидашуда омехта шуд, ки аҳамияти муҳими назариявӣ дорад, зеро дар ҷумҳурии мо қонуниятҳои паҳншавӣ ва дучоршавии намудҳои гуногуни малформатсияҳои рағӣ то ҳол номаълум боқӣ мемонанд.

Алгоритми аз ҷониби муаллиф пешниҳодгардидаи ташҳиси ММР аҳамияти бузурги амалӣ дорад, зеро дар он мавқеи марказиро сканеркунии ултрасадоии дуплексӣ ишғол намуда, имкон медиҳад, ки дар марҳилаи муоинаи ибтидоии беморон хусусияти гардиши хун ва табиати морфологии ангиодисплазияҳо муайян гардида, инчунин, зарурати гузаронидани контрасткунии онҳо, асоснок карда шавад.

Дар самти назариявӣ аҳамияти муҳим дорад усули нави аз ҷониби муаллиф пешниҳодгардидаи ташҳис ва табobati якмарҳилавии малформатсияи шараёнӣ-варидии лаби поён, зеро он донишҳои мавҷударо оид ба хусусиятҳои хунгардиши патологӣ шараёнӣ-варидӣ дар шахсони синни кӯдакӣ, пурра менамояд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда оид ба ташҳиси намудҳои гуногуни малформатсияҳои варидай, шараёнӣ-варидӣ ва лимфатикӣ минтақаи сару гардан аз ҷиҳати амалӣ муҳим мебошанд, зеро онҳо барои ба таври патогенетикӣ асоснок намудани интихоби тактикаи оптималии табобат, имкон додаанд.

Натиҷаҳои бадастомадаи таҳқиқот маълумотҳои мавҷудаи назариявиро дар бораи ташҳис ва тактикаи табobati шаклҳои гуногуни малформатсияҳои минтақаи сар ва гардан дар гурӯҳи беморони синну солашон гуногун, аз ҷумла шахсони синни кудакӣ наврастӣ пурра менамояд. Илова бар ин, такмили усулҳои мавҷудаи табobati ҷарроҳӣ

шаклҳои гуногуни ММР сар ва гардан натиҷаҳои табобати беморонро аз рӯи меъёрҳои эстетикӣ ва радикалӣ будани муолиҷаи гузаронидашуда, беҳтар намуданд, ки он ҳам аҳамияти муҳими амалӣ дорад. Таҳқиқоти гузаронидашуда, инчунин, метавонад ҳамчун асоси назариявӣ барои анҷом додани таҳқиқоти минбаъдаи илмӣ барои муаллифони ватанӣ хизмат намояд.

Нуктаҳои ба ҷимоя пешниҳодшаванда:

1. Муайян карда шуд, нақши асосии хусусияти гардиши патологӣ мавзиеи хун дар ташаккули аломатҳои клиникӣ, суръати пешрафт ва басомади такроршавии малформатсияҳои модарзодии рағҳои минтақаи сару гардан, ки арзёбии дақиқи ангиоархитектоника ва тафриқасозии онҳо тавассути алгоритми таҳияшудаи ташҳиси шуой таъмин карда мешаванд.

2. Исбот шудааст, ки тактикаи такмилдодашудаи табобати малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан, ки ба таҳияи усулҳои нав ва ҷорӣ намудани усулҳои муосири каминвазивии склерозкунанда, ҷарроҳӣ ва якҷояшуда асос ёфтааст, бартарафсозии ба таври патогенетикӣ асоснокёфтаи манбаъҳои хунгардиши патологӣ шунтшаванда, ба таври радикалӣ бурида гирифтани гиреҳҳои гемангиоматозӣ ва коҳишёбии назарраси масоҳати осеби бофтаҳои нармро ҳангоми шаклҳои баландҷараёни ангиодисплазияҳо таъмин менамояд.

3. Нишон дода шудааст, ки табобати комплекси якҷояшудаи малформатсияҳои модарзодии рағҳои хунгард ва лимфатикии сару гардан натиҷаҳои баланди клиниро таъмин менамояд, ки он бо регресси устувор ё инволутсияи пурраи тағйиротҳои патологӣ рағӣ, беҳтаршавии нишондиҳандаҳои функционалию эстетикӣ ва басомади хеле ками такроршавӣ дар давраи дури назоратӣ, тавсиф мешавад.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот бо кофӣ будани миқдори маводи клиникӣ, истифода намудани усулҳои муосири баландиттилооти ташҳиси иловагӣ ҳангоми иҷрои таҳқиқот, озмоиши васеи клиникии усулҳои истифодашудаи табобатӣ, инчунин, коркарди омории нишондиҳандаҳои рақамии дар ҷараёни таҳқиқот бадастомада, тасдиқ мегардад. Натиҷаҳои илмӣ ва ҳулосаҳои диссертатсия ба принципҳои тиббӣ собитшуда ва инчунин, таҳлили омӯрӣ асос ёфтаанд, ки баланд будани эътимоднокии онҳоро тасдиқ менамояд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Ҳадаф ва вазифаҳои диссертатсия, концепсия ва методологияи таҳқиқот, муҳтавои кор, инчунин, усули ташҳисӣ-табобатии истифодашуда ва амалиётҳои ҷарроҳии

ба беморон анҷомдодашуда ба соҳаи ҷарроҳии рағҳои хунгард тааллуқ доранд ва ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи рамзи ихтисоси 6D110126-Ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард, бандҳои 3.1 - “Таҳия ва мукамалсозии усулҳои ташхисӣ дар ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард”, 3.2 - “Қоркарди назариявӣ, таҷрибавӣ ва клиникӣ ва татбиқи усулҳои ҷарроҳии муолиҷаи бемориҳои системаи дилу рағҳои хунгард” ва 3.4 - “Таботати ҷарроҳӣ ва эндоваскулярии нуқсонҳои модарзодӣ ва пайдошудаи дил ва рағҳои хунгард” мутабиқат менамоянд.

Саҳми шахсии докталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот.

Муаллиф мустақилона манбаъҳои гуногуни илмиро оид ба мавзуи диссертатсия ҷамъоварӣ ва таҳлил намуда, дар асоси он боби аввали диссертатсияро таҳия намудааст. Ҳамчунин, диссертант тамоми маводи клиникии бойгонӣ ва проспективиро ҷамъоварӣ карда, онҳоро гурӯҳбандӣ ва систематизатсия намудааст. Бо дарназардошти вазифаҳои гузашташуда, муаллиф шахсан склеротерапияи кафкӣ ва облитератсияи ширешии малформатсияҳои рағҳоро таҳти назорати ултрасадо дар амалия ҷорӣ намудааст. Диссертант инчунин, шахсан ба ҷоряки беморон ҳангоми ташхиси ибтидоӣ ва дар ҷараёни назорати диспансерӣ дуплекс-сканкунии малформатсияҳоро гузаронидааст. Дар асоси омузиши натиҷаҳои табобати беморон, диссертант натиҷаҳои таҳқиқоти шахсии худро таҳия намуда, мақолаҳои илмӣ аслий ва фишурдаҳои маърузаҳоро омода ва нашр кардааст. Аз ҷониби муаллиф, ҳамчунин, дар конференсияҳои ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ илмӣ-амалӣ маърузаҳои илмӣ ва видеопрезентатсияҳо таҳия ва пешниҳод шудаанд.

Диссертант дар ташхис, табобат ва муҳофизати ҳамаи беморони амбулаторӣ ва статсионарӣ фаъолона иштирок намуда, дар ҷараёни амалиётҳои ҷарроҳии қисми беморон бо малформатсияҳои мураккаби рағҳои сару гардан ҳамчун ёрдамчии якуми ҷарроҳ фаъолият кардааст. Натиҷаҳои наздик, барвақт ва миёнамуҳлати табобатҳои гузаронидашуда аз ҷониби муаллиф шахсан омӯхта шудаанд. Ҳамчунин, аз ҷониби муаллиф ҳамаи ҳуҷҷатгузориҳои зарурӣ ва аксҳо дар ҷараёни назорати динамикӣ нисбати ҳамаи беморони амбулаторӣ таҳия гардидаанд.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии илмие, ки дар диссертатсия ба даст оварда шудаанд маъруза ва баррасӣ карда шудаанд дар: конференсияҳои XVII, XIX ва XX солони илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, солҳои 2022, 2024 ва 2025); конференсияи XXX илмӣ-амалии солони МДТ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии

Тоҷикистон» бо иштироки байналмилалӣ дар мавзуи «Илми тиб ва таҳсилот – аз анаъанаҳо ба инноватсияҳо» (Душанбе, 11.10.2024с.); конференсияҳои 70, 72 ва 73-юми солони илмӣ-амалии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ (Душанбе, солҳои 2022, 2024 ва 2025); сеюмин форуми варидии Ҷамъияти флебологҳои Ўзбекистон “Тирамоҳи заррини Тошканд” (Тошканд, 12-13.10.2023с.); Анҷумани V-уми ҷарроҳони рағҳои хунгарди Қазоқистон “Масъалаҳои ҳалталаби ангиология ва ҷарроҳии рағҳои хунгард. Нигоҳ ба оянда” (Туркистон, 23-24.05.2025с.).

Кори диссертационӣ дар ҷаласаи комиссияи проблемавии байникафедравӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» баррасӣ ва тасдиқ карда шудааст (ш. Душанбе, суратҷаласаи №6, аз 28.02.2025с.).

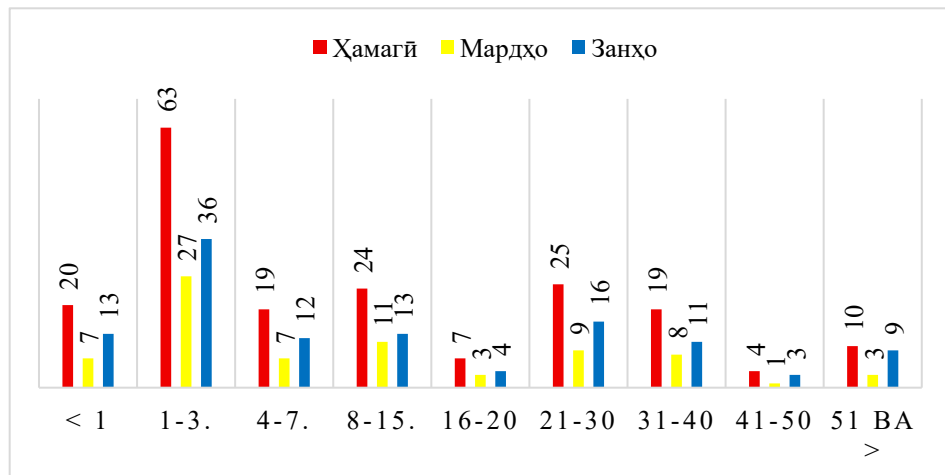
Интишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия. Оид ба мавзуи рисола 14 таълифоти илмӣ нашр шудаанд, аз ҷумла 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи аз ҷониби КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон тавсияшуда, нашр гардидаанд. Патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ихтироот № ТҶ 1500 аз 11.06.2023 сол барои коркарди тарзи ташхис ва табобати малформатсияи шараёни-варидии лаби поён гирифта шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 190 саҳифаи матнӣ компютерӣ (андозаи ҳуруф - 14, фосила - 1,5) баён гардида, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, тавсифи умумии таҳқиқот, тавсифи маводи клиникӣ ва усулҳои таҳқиқот, ду боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, муҳокимаи натиҷаҳои бадастоварда, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот ва феҳристи адабиёт иборат аст. Барои таҳияи шарҳи адабиёт ва баррасии натиҷаҳои бадастоварда 167 сарчашма истифода шудаанд, ки 61-тояш бо забони русӣ ва 106-тояш ба забонҳои хориҷӣ мебошад. Матн бо 9 ҷадвал ва 103 расмҳо оро дода шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Кори диссертационӣ хусусияти проспективии клиникӣ дошт ва ба таҳлили маҷмуавии илмию клиникии натиҷаҳои ташхис, табобат ва диспансеризатсияи 191 беморон бо ММР сар ва гардан асос ёфтааст. Кор дар давраи солҳои 2020–2023 дар пойгоҳи клиникии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Н. У. Усмонови МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” иҷро гардидааст. Беморони ба таҳқиқоти мазкур дохил карда шуда вобаста аз табобати гузаронидашуда ба ду гурӯҳи клиникӣ ҷудо карда шуданд –

гурӯҳи беморони амбулаторӣ, ки танҳо табобати консервативӣ ва склерозкунандаро гирифтаанд - 67 нафар ва гурӯҳи беморони статсионарӣ - 124 нафар, ки дар шароити муассисаи махсусгардонидашудаи тиббӣ бистарӣ гардида, ҷарроҳии эндоваскулярӣ ва/ё анъанавиро гузаронидаанд. Дар байни онҳо мардҳо 78 (40,8%) нафар ва занҳо 113 (59,2%) нафар буданд. Синни беморон дар ҳудуди аз 2-моҳа то 76-сола тағйир ёфта, ба ҳисоби миёна $16,5 \pm 5,4$ солро ташкил дод (расми 1).



Расми 1. – Тақсимои беморон аз рӯи чинс ва синну сол

Асос барои ҷудо намудани ММР мавзеи сар ва гардан барои омузиши амиқтар на танҳо хусусиятҳои сохтори анатомии онҳо, ки дорои хунгардиши бисёркомпонентаи аз ҳама мураккаби аксаран ба тарзҳои табобати ғайристандартӣ ниёз дошта ба ҳисоб меравад, инчунин, аҳамияти иҷтимоии чунин малформатсияҳо низ мебошад, зеро бинобар ҷой доштани нуқсонҳои эстетикӣ пӯсти мавзёҳои намоёни сару гардан дар бештар мавридҳо шаклҳои гуногуни ихтилоли ҳолатҳои асабию равонии беморон ба назар мерасад, ки он ба дезадаптатсияи иҷтимоии онҳо мусоидат менамояд.

Дар 124 (64,9%) бемор ММР сохтори боз ҳам мураккаб бо хунгардиши хусусияташ баландҷараён доштанд, ки бинобар ин, зарурият барои бистарии ҳатмии беморхонавии онҳо ва гузаронидани табобати ҷарроҳӣ ҷой дошт. Ҳамзамон, аксарияти ин беморон то гузаронидани амалиётҳо, инчунин, дар муҳлатҳои гуногуни баъди анҷоми ҷарроҳӣ табобати консервативӣ ва/ё склерозкунандаро гирифтаанд. Дар радифи онҳо, дар 67 (35,1%) ҳолатҳо намудҳои

варидии малформатсияҳо аз қабилӣ гемангиомаҳои капиллярӣ ё кавернозӣ андозаашон начандон калон, ки бо табобати консервативӣ хуб бартараф мешаванд, мушоҳида шуданд. Ташхиси ММР мувофиқи систематизатсияи аз ҷониби С. Д. Терновский (1959) пешниҳод гардида гузаронида шуд, ки яке аз классификатсияҳои эътирофшуда ва асосӣ ба ҳисоб меравад (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. – Намудҳои малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан

Шаклҳои нозологии малформатсияҳо	n	%
Беморони статсионарӣ		
Гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ	61	31,9
Синуси перикраниалӣ (Sinus pericranii)	6	3,1
Малформатсияҳои шараёни-варидӣ	15	7,9
Лимфангиомаҳо	42	22,0
Беморони амбулаторӣ		
Гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ	25	13,1
Гемангиомаҳои капиллярӣ сатҳӣ	42	22,0
Ҷамагӣ	191	100,0

Дар миёни ҳамаи 191 бемор бо малформатсияҳо намуди гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ дар 86 (45,0%) нафар мушоҳида гардид. Аз ин шумора 61 (31,9%) нафар дар табобати статсионарӣ қарор дошт ва ҷарроҳӣ гардид, ба 25 (13,1%) бемор бо гемангиомаҳои начандон калон бошад дар шароити амбулаторӣ склеротерапия гузаронида шуд.

Малформатсияҳои намуди шараёни-варидӣ дар 15 (7,9%) бемор ҷой доштанд. Инчунин, ба гурӯҳи алоҳида гемангиомаҳои сатҳии капиллярӣ низ ҷудо карда шуданд – 42 (22,0%) бемор. Лимфангиомаҳо, яъне малформатсияҳои лимфатикӣ дар 42 (22,0%) бемор ба назар расиданд. Аз ҳама бештар ММР дар мавзеи гардан ҷойгир буданд - 74 (38,7%) ҳолат, аз ҳама кам – дар мавзеи суфраи гӯш - 3 (1,6%) ҳолат. Дар байни ҳамаи 191 бемор шумораи занон бартарии намоён дошт ($n=113$; 59,2%), ҳамчунин, кӯдакони гурӯҳи синнусоли аз 2-моҳа то 3-сола. Кӯдакон бо шакли капиллярӣ гемангиомаҳо асосан дар синни аз 2-моҳа то 1-сола қарор доштанд (ҷадвали 2).

Гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ ҳангоми таваллуди кӯдак метавонанд зоҳир нашавад. Дар синни 5-6-моҳагӣ нишонаҳои нахустин дар шакли варамии кабудранг дар рӯ ё гардан пайдо мешаванд. Ҷойгиршавии гемангиомаҳои варидӣ дар луобпардаи ковокии даҳон ва забон низ кам набуд. Дар байни беморони мо ин намуди гемангиомаҳо дар 15 нафар ба мушоҳида расид. Ҳангоми муроҷиати аввалин ба беморон сканеркунии ултрасадоии дуплексии

рағҳо дар речаи харитасозии доплерии ранга (ХДР) ва доплерография гузаронида шуд.

Ҷадвали 2. - Тақсимбандии беморони ду ҳарду гурӯҳ аз рӯи чинс ва синну сол

Синну сол (сол)	Беморони стационарӣ (n=124)				Беморони амбулаторӣ (n=67)				Ҳамагӣ	
	мардҳо		занҳо		мардҳо		занҳо		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
< 1	2	1,6	1	0,8	5	7,5	12	17,9	20	10,5
1-3	15	12,1	12	9,7	12	17,9	24	35,8	63	33,0
4-7	5	2,6	11	5,8	2	1,1	1	0,55	19	10,0
8-15	11	5,8	13	6,8	-	-	-	-	24	12,6
16-20	3	5,8	4	2,1	-	-	-	-	7	3,6
21-30	9	4,7	15	7,9	-	-	1	0,55	25	13,1
31-40	5	2,6	8	4,1	3	5,5	3	5,5	19	10,0
41-50	1	0,55	3	5,8	-	-	-	-	4	2,1
51 ва >	3	5,8	3	5,8	2	1,1	2	1,1	10	5,1
Ҳамагӣ	54	28,4	70	36,5*	24	12,6	43	22,5	191	100,0

Эзоҳ - * $p < 0,05$ ҳангоми муқоисаи мардон ва занон дар гурӯҳ (тибқи меъёри χ^2)

Муоинаҳои клиникӣ ва ангиологӣ бо мақсади муайян намудани дигар нуқсонҳои модарзодии системаи рағҳои хунгард анҷом дода шуданд. Усулҳои мураккаби ташҳиси асбобӣ мувофиқи нишондод таъйин карда шуданд – асосан ҳангоми ҷой доштани гемангиомаҳои калонҳаҷми варидӣ, малформатсияҳои шарафӣ-варидӣ, синуси перикраниалӣ ва лимфангиомаҳои калон. Ба беморони гирифтори лимфангиомаҳо мустақиман табобати ҷарроҳӣ таъйин карда шуд, зеро усулҳои дигари табобаи самаранок вучуд надоранд. Регресси бартарафшавандаи лимфангиомаҳо дар ягон ҳолат ба мушоҳида нарасид.

Усулҳои иловагии таҳқиқотӣ. *Усулҳои таҳқиқоти ултрасадоии малформатсияҳо.* Беморони ба таҳқиқоти мазкур дохил гардида бо истифода аз дастгоҳҳои Mindray SD-6 ва SD-7 муоина карда шуданд. Барои таҳқиқи рағҳои хунгард қосидак (датчик)-и хаттӣ бо басомади шуофкании 5; 7; 10 МГц истифода шуд. Ба ҳамаи беморон таҳқиқоти ултрасадоии ташкилаҳои рағҳои хунгард ба таври амбулаторӣ то бистарикунонӣ гузаронида шуда, омузиши пурраи онҳо пеш аз ҷарроҳӣ дар беморхона амалӣ карда шуд.

Ташҳиси ултрасадои гемангиомаҳо бо истифода аз сканкунӣ дар речаи В (речаи шкалаи хокистарӣ) ва омузиши ҷараёни хун бо истифода аз харитасозии доплерии ранга анҷом дода шуд. Дар речаи шкалаи хокистарӣ, яъне речаи В, гемангиомаҳо ҳамчун ташкилаҳои моеӣ, гирехҳо ва рағҳои васеъшудаи бенабз ба назар мерасиданд. Онҳо

ҳангоми фишорорӣ озодона фишурда мешуданд. Дар ҷараёни таҳқиқ дар речаи ХДР ҷойгиршавии малформатсияи рағҳо, андозаҳо, топография ва органотопияи он, навъи ҷараёни хун, суръат ва шиддати он, ангиоархитектоника, инчунин, ба маҷрои варидӣ ё шараёни тааллуқ доштани гемангиомаҳо муайян карда шуд. Кӯдакони дорои гемангиомаҳои сатҳии капиллярӣ низ бо истифода аз сканкунии дуплексӣ бо мақсади ошкор кардани гемангиомаҳои варидӣ дар бофтаҳои амиқхобида муоина карда шуданд. Аз ҷумла, дар 25 ҳолат дар зери гемангиомаҳои сатҳии пӯст варидҳои калони ба таври гемангиоматозӣ тағйирёфта ошкор гардиданд. Лимфангиомаҳо бар хилофи гемангиомаҳои варидӣ, бо варид ё шараёнҳо ягон робита надоранд. Дар ин зимн, ташкилаи моеъдор (якхӯҷрагӣ ё бисёрхӯҷрагӣ) бе ҷой доштани хунгардиш аён мешавад. Ҳангоми фишор шакл ва андозаҳои ташкила тағйир меёбад, аммо хунгардиш муайян карда намешавад. Дар беморон бо синусҳои перикраниалӣ ҳангоми сканкунии дуплексӣ гирехҳои калони варидӣ дар қисмати фарқи сар муайян карда шуданд, ҳангоми фишорории онҳо ҷараёни хун ба назар мерасид. Ҳамчунин, дар ин ноҳия чуқураки устухони фарқи сар муайян гардид, аммо нуқсони пластикаи устухонӣ ошкор карда нашуд. Коллекторҳои варидии васеъшуда, ки аз гемангиома ба самтҳои гуногун равона гашта буданд, муайян карда шуданд.

Малформатсияҳои шараёни-варидӣ хусусиятҳои хоси худро доштанд. Дар ҳолати намуди макрофистулярии онҳо рағҳои васеъшудаи шараёни ва варидӣ дар дохили гемангиома муайян карда шуданд. Ҷараёни хун дар ташкилаҳои варидӣ хусусияти омехта - шараёни-варидӣ ва набззананда гирифта буд. Муайян намудани суръати хунгардиш дар шараёни асосӣ, ки аз он шараёни бо хун таъминкунандаи гемангиомаи шараёни-варидӣ манша мегирад, муҳим аст. Аксар вақт ин гуна рағи хунгард шараёни хобии берунӣ мебошад ва суръати хаттии хунгардиш дар он дар муқоиса бо шараёни хобии муқобил афзунтар аст. Ҳангоми намуди микрофистулярӣ дар ташкила рағҳои хунгард бо хунгардиши шараёни муайян карда намешаванд, вале рағҳои шараёнии воридшаванда ва варидии хоричшавандаро пайдо намудан мумкин аст. Дар паренхимаи гемангиома рағҳои сершумори хурди шараёни ва варидӣ муайян карда мешаванд.

Дар беморони гирифтори МШВ-и лаби боло ё поён ($n=6$) сканкунии дуплексӣ барои муайян намудани шараёни хуноварандаи васеъшуда ва рағҳои варидии васеъшуда имкон дод. Шараёни аномалӣ маъмулан аз шараёни хобии берунӣ манша мегирифт, ки онро ҳангоми ХДР муайян намудан мумкин аст.

Томографияи магнитӣ-резонансӣ (МР) ва компютери (ТК) спиралӣ. Маълумоти босифатро ангиография ва флебографияи МР муҳайё менамояд, чунки имкон медиҳад тавассути контрасткунӣ манзараи ташкилаҳои рағӣ бо гемодинамикаи мувофиқи андозаҳои он муайян карда шавад, зеро маводи рентгенконтрастӣ ба вариди канорӣ ворид карда мешавад. Таҳқиқ бо ин усул дар речаи фаъл ва бо дохили варидӣ ворид кардани маводи контрастӣ ба 6 бемори гирифтори синуси перикраниалӣ ва гемангиомаҳои шараёнӣ-варидӣ бо истифода аз томографҳои «SIMENS Emotion» (Олмон, 2006) дар маркази ташхиси «Нурафзо» ва системаи «Philips InteraAchieva» (1500 тесла) дар маркази ташхиси «Арасту - асри XXI» дар ш. Душанбе анҷом дода шуд.

Ангиографияи рентгеноконтрастӣ. Таҳқиқоти ангиографӣ ба туфайли контрастикунонии маҷрои шараёнӣ имкон медиҳад, ки топографияи ташкила, навъи сохтори он ва дар асоси вақти контрастшавии варидҳо мавҷудияти шунтҳои шараёнӣ-варидӣ муайян карда шаванд. Ангиографияи рентгенконтрастӣ бо истифода аз дастгоҳҳои ангиографии «Infinix CC» (Тошиба, Ҷопон, с.2001) ва «Infinix VS-i» (Тошиба, Ҷопон, с. 2011) тариқи дастрасии трансфеморалӣ аз рӯи усули Селдингер дар 8 бемор ва инчунин, тариқи дастрасии трансрадиалӣ дар 4 бемор иҷро карда шуд.

Ҳамин тариқ, бо ёрии усулҳои шуоии таҳқиқ ангиоархитектоникаи малформатсияҳои мураккабе, ки дар маводи клиникаи мо ба назар расиданд, омукта шуд. Зухуроти клиникаи малформатсияҳои рағҳо гуногун буданд ва аз минтақаи ҷойгиршавӣ, намуди малформатсия, динамикаи афзоиши онҳо, инчунин, хусусияти гардиши хун дар онҳо, вобаста буданд.

Ҳамаи нишондиҳандаҳои рақамии дар ҷараёни таҳқиқот ба даст омада, ба анкетаи махсуси бемор бо мақсади таҳлили минбаъдаи омӯрӣ ворид карда шуданд. Барои коркарди омӯрии маълумоти рақамӣ мо барномаи Statistica 6.0-ро истифода бурдем. Бо усулҳои омӯри тавсифӣ тамоюлҳои миёна бо ҳисоб кардани арзиши миёнаи арифметикӣ ва хатои стандартӣ муайян карда шуд. Таҳлили дисперсионӣ бо усули ANOVA гузаронида шуд. Гипотезаи сифрӣ дар ҳолати $p < 0,05$ рад карда шудааст. Самаранокии вариантҳои гуногуни муолиҷаи консервативӣ, ҷарроҳӣ ё эндоваскулярӣ, инчунин, басомади оризаҳо ва ретсидивҳои беморӣ бо усули Каплан–Мейер муайян карда шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Тавсифи клиникӣ ва ташхиси асбобии ММР. Зухуроти клиникаи ММР сар ва гардан хеле гуногунанд. Он вобаста аз он аст, ки онҳо дар

кучо ҷойгир шудаанд, кадом сохторҳои анатомӣ ҷалб гардидаанд, бо кадом рағҳо алоқаманданди доранд, инчунин, синну соли беморон ва муҳлати пайдошавии ташкилаҳо чигуна аст.

Гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ. Ин намудҳои малформатсияи рағҳои сар ва гардан дар 86 бемор мушоҳида гардид. Ду намуди гемангиомаҳо буданд: гемангиомаҳои кавернозӣ яқоя бо гемангиомаҳои капиллярии пӯст ва гемангиомаҳои маҳдуди варидӣ. Дар мавриди аввал дар пӯст гемангиомаи капиллярии сатҳии ранги сурхи баланддошта, дар зери он бошад гемангиомаи варидӣ-кавернозӣ қайд карда шуд. Ин намуди гемангиома дар 25 бемор ба назар расид.

Ҳангоми намуди дуоми гемангиомаҳои варидӣ (61 ҳолат) зухуроти рӯйипӯстӣ, яъне гемангиомаи капиллярии пӯст вучуд нашофт. Дар мавзёи гемангиома, агар он дар таги пӯст ҷойгир бошад, барҷастагӣ бо ранги каме кабудчатоб ба назар расида, дар ҳолати амиқтар ҷойгир шудани он ранги кабудфои он дида намешуд. Хусусиятҳои гемангиомаҳои варидӣ тавассути сканкунии дуплексӣ муайян карда шуданд. Онҳо бо варидҳои магистрاليи гардан ва рӯй пайвасти мустақим нашоштанд. Варидҳои хуноваранда шохаҳои вариди юғии берунӣ ва варидҳои калони рӯй буданд. Макони дигари хос ва бештари ҷойгиршавии гемангиомаҳо нуги бинӣ буд. Гемангиомаҳои варидӣ-кавернозии забон ва луобпардаи ковокии даҳон, аз ҷумла ҳалқум ва димоғу ҳалқум фақат дар калонсолон вохурданд.

Гемангиомаҳои капиллярии сатҳӣ. Ин навъи гемангиомаҳо дар байни ангиодисплазияҳои сар ва гардан дар миёни хурдсолон ва навзодон аз ҳама бештар паҳншуда ба ҳисоб меравад. Се марҳилаи ҷараёни беморӣ фарқ карда мешавад. Марҳилаи якум - пролифератсия бо пешрафти ҷараён, марҳилаи дуюм – марҳилаи субот ва сеюм - марҳилаи инволютсия. Ба ҳисоби миёна инволютсия, дар ҳолати табиӣ будани ҷараёни беморӣ, метавонад дар фосилаи байни муҳлатҳои аз 5 то 7 сол давом ёбад.

Дар таҳқиқоти мазкур бо гемангиомаҳои капиллярии сатҳӣ 42 кӯдак шомил карда шуданд. Ранги сурхи баланди гемангиома танҳо дар сурати майл ба афзоиш ва васеъшавӣ доштани он ба назар мерасад. Ранги хираи гемангиома, мавҷудияти доғҳои сафед эҳтимол аз инволютсияи ҳудазҳудии гемангиома шаҳодат медиҳанд. Аломати аз ҳама барвақти аёнии марҳилаи суботи афзоиши гемангиома пайдо шудани ҷазирачаҳои ҳамвори сафедтоби гуногунондоза дар сатҳи он маҳсуб меёбад. Дар адабиёт онро нишонаи "маргимагас" меноманд. Паст шудани шиддат ва турғори гемангиома бо усули дигари ташхис – аломати "фурӯравӣ" исбот карда мешавад.

Гемангиомаҳои шараёний-варидӣ. Малформатсияи шараёний-варидӣ - патологияи аз ҷиҳати гемодинамикӣ ғайри рағҳо бо суръати баланди

чараёни хун мебошад, ки дар натиҷаи мавҷуд будани нуқсон дар системаҳои шараёни ва вариدي бо ташаккулёбии пайвастиҳои мустақим байни рағҳои гуногунодози хунгард инкишоф меёбад. Дар синни барвақт дар кӯдакон МШВ метавонанд зоҳир нашаванд ва метавонанд ҳамчун гемангиомаи вариدي баҳогузори шаванд. Бо гузашти синну сол, аксаран баъди 10-солагӣ, суръати чараёни хун афзудан мегирад. Маъмултарин мавзеи ҷойгиршавии ин намуди малфформатсияи рағҳо дар беморони мо лабҳои поёни ва болоӣ буданд, ки дар 6 ҳолат мушоҳида шуданд. Дар маҷмуъ МШВ дар 15 бемор мушоҳида шуд. Пайвастиҳои шараёни-вариدي (шунтҳо) метавонанд шакли микрофистулярӣ ё макрофистулярӣ дошта бошанд. Ҳангоми намуди микрофистулярӣ нишонаҳои хос ин гуна буданд: баландшавии ҳарорати мавзей, набудани набззани, сианози сабук, набудани вариदҳои ниҳоят васеъшуда, танҳо ҷо-ҷо дамиши варидҳои торикфом. Хос аст аломати "исфанҷ" - ҳангоми фишор овардан кам шудани ҳаҷми он дар натиҷаи хориҷ шудани хун аз омос ва баъди қатъи фишороварӣ зуд боз хун пур шудани он. Ларзиши систолики ва шавшуви рағҳо мушоҳида намешаванд.

Барои ташхис сканкунии дуплексӣ арзиши хоса дорад, ки ҳангоми қорбурди он дар минтақаи лаби поёни, наздик ба он шараёни васеъшуда бо хунгардиши баландсуръат муайян карда мешавад, чараёни хун бошад хусусияти омехтаи шараёни-вариدي дорад. Барои муайян кардани пайвастиҳои шараёну вариदҳо дар лабҳо (бештар дар лаби поёни) мо гузаронидани ангиографияи селективии шараёни хобиро пешниҳод намудем. Дар натиҷаи ангиография тактикаи табобатиро муайян намудем (барои он патент гирифта шудааст). Зимнан, ҳама вақт шараёни ғайримуқаррарии хунтаъминкунонда муайян гардид, ки он мустақиман аз шараёни хобии беруна ба лаби поёни майл дошт. Дар ҷадвали 3 натиҷаҳои муайян кардани суръати ҳаттии хунгардиш дар шараёнҳои аномалии бо хун таъминкунондаи гемангиома оварда шудаанд.

Ҷадвали 3. – Нишондиҳандаҳои суръати ҳаттии хунгардиш дар шараёнҳои аномалии бо хун таъминкунондаи гемангиома

Шараёни бо хун таъминкунондаи гемангиома	Суръати миёнаи ҳаттии хунгардиш (см/с)		p
	дар муоинашудагон	дар меъёр	
Шараёнҳои аномалии лабҳо (n=6)	45,2±6,6	22,4±3,8	<0,05
Шараёнҳои аномалии хунтаъминкунондаи ҷойгиршавии дигардоштаи рӯй ва гардан (n=9)	52,6±4,8	28±3,7	<0,05

Эзоҳ – p - аҳамияти омории нишондиҳандаҳои тибқи меъёри Манна-Уитни

Бояд қайд кард, ки дар шараёни магистралӣ чараёни хун ҳамеша назар ба шараёни ҳамсони муқобил баландтар буд. Маълумоти ХДР ва

ангиография имкон медиҳанд, ки тактикаи минбаъдаи табобат дақиқ ба нақша гирифта шуда, намуд ва ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ муайян карда шавад.

Гемангиомаи варидии гунбади косахонаи сар – синуси перикраниалӣ (Sinus pericranii). Синуси перикраниалӣ (sinus pericranii) шакли камчини малформастияи падоишашон варидӣ мебошад, ки барояш сохтори аномалии дренажи варидӣ аз синусҳои интракраниалӣ ба системаи экстракраниалӣ тавассути варидҳои диплоэ - эмиссарийҳои гунбади сар хос мебошанд. Маъмулан, малформатсия қад-қади хатти сагитталӣ дар проексияи синуси болоии тулӣ ҷойгир мешавад. Дар ҳолатҳои хеле кам ҷойгиршавии латералии малформатсияи мазкур - sinus pericranii мушоҳида мешавад.

Шаклу навъи малформатсия аз хусусиятҳои варидҳои дренажкунанда дар қисми экстракраниалии сар вобаста буд. Ҳангоми шакли маъмулӣ доштани гемангиома варидҳои дренажкунандаи хунихроҷкунанда намуди магистралӣ доштанд ва хунро аз гемангиома ба самти паси сар, пешонӣ ё ҷакаи сар ба воситаи варидҳои бузурги тунукдевор мебароварданд. Ҳангоми навъи паҳнғаштаи он варидҳои хунихроҷкунанда гемангиома аз сабаби дренажи нокифоя шакли омосмонанд доштанд (2 ҳолат). Дар 4 ҳолат малформатсия қад-қади хатти сагитталӣ ҷойгир буд, дар ду ҳолат бошад ҷойгиршавии латералӣ дошт. Харитасозии доплерии ранга ҳангоми ташҳиси ибтидоӣ нақши арзанда дошт, зеро барои пурра муайян намудани ангиоархитектоника ва хунгардиши он имкон намедиҳад.

Аз ҳама сермаълумоттарин барои ташҳис венографияи МР мебошад, ки ҳангоми он пуршавии ҷудогонаи синуси варидӣ бо моддаи контрастӣ, аз ҷумла варидҳои дренажкунанда низ, ки навъи магистралӣ ва паҳнғашта мешаванд, ба даст овардан мумкин аст. Дигар усули ташҳиси он, ки иттилоотнокиаш кам нест, ангиографияи рентгеноконтрастӣ бо контрастикунонии шарёнҳои хобӣ мебошад.

Лимфангиомаҳои сар ва гардан – малформатсияҳои лимфатикӣ. Лимфангиома – ин омоси расидаи хушсифати модарзодӣ аз рағҳои лимфатикӣ мебошад. Он аслан як нуқсони инкишофи системаи лимфавӣ бо таъхири рушди он мебошад. Лимфангиомаҳо бо афзоиши назаррас ва босуръати инфилтративӣ фарқият доранд. Хусусияти дигарашон ин аст, ки онҳо ба бофтаҳо ворид намешаванд ва онҳоро вайрон намеkunанд, балки танҳо ба тарафҳо бечо меkunанд.

Ҳамагӣ бо лимфангиома, яъне малформатсияҳои лимфатикӣ 42 бемор таҳти мушоҳида қарор доштанд, намуди кавернозӣ дар 32 бемор, кистозӣ бошад - дар 8 бемор мавҷуд буданд. Ҳангоми таҳқиқоти

ултрасадоӣ ташкилаи бисёрхучрагии моеъдор муайян мешавад. Дар вақти фишурдан шаклаш тағйир меёбад, аммо дар қиёс бо гемангиомаи варидӣ-кавернозӣ, он пурра ҳолӣ намегардад ва ҷараёни хун низ муайян карда намешавад. Инчунин, он сарҳадҳои возеҳ ва ғилофаи тунукдевор дорад.

Лимфангиомаҳои кистозӣ бо мавҷудияти як кистаи калон ё якчанд кистаҳои ба ҳам пайваст тавсиф мешаванд. Аксар вақт лимфангиомаҳои кистозӣ аз сабаби набудани ихроҷи лимфа то андозаҳои калон рушд мекунанд. Одатан ҳангоми ташҳиси ултрасадоӣ ковокии пур аз моеъро, ки бо ғилофак ихота шудааст, дарёфт мегардад, ки андозаҳои он ҳангоми фишорорӣ бо қосидак хурд намешаванд, хунгардиш бошад дар дарунаш умуман муайян карда намешавад. Ҳангоми муоина истифодаи ТК ё ТМР ба тафриқа намудани онҳо аз дигар патологияҳои дорои зухуроти монанд, ба мо имконият дод.

Барои ташҳиси ниҳони намудҳои гуногуни малформатсияҳо муоинаи маҷмуии асбобӣ, бо фарогирии усулҳои ултрасадоӣ, ангиографӣ, ангиофлебографияи ТК ё ТМР вобаста аз хусусияти хунгардиши онҳо, тақозо мешавад. Танҳо ҳангоми гемангиомаҳои капиллярии сатҳӣ усулҳои асбобии мураккаби ташҳис тамоман талаб карда намешавад, зеро имкони гузоштани ташҳиси дуруст дар асоси азназаргузаронии клиникӣ ва муоинаи ангиологӣ мумкин аст. Аз ҷониби мо алгоритми усулҳои шуоии ташҳиси ММР сар ва гардан тақмил дода шуд (расми 2).



Расми 2. - Алгоритми усулҳои шуоии ташҳиси малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан

Усулҳои табobati малформатсияҳои рағҳои сар ва гардан. Гемангиомаҳои бо ғаёлнокии баландтарини рушд бе сарфаи вақт барои истифодаи усулҳои сершумори ғайриҷарроҳии муолиҷавӣ бояд ба табobati ҷарроҳӣ фаро гирифта шаванд. Истифодаи усулҳои табobati ҷарроҳӣ ҳангоми гемангиомаҳои қисмати рӯю чеҳра ва гардан, ҳамчун усули радикалӣ аз сабаби мураккабии анатомӣ ва ҷанбаи косметикии масъала, на ҳамеша имконпазир аст. Аз ин сабаб, даҳолати ҷарроҳӣ қадами ниҳой дар табobati малформатсияҳои рағҳои сар ва гардан аст. Агар имкони табобат бо усулҳои миниинвазивӣ, ба монанди нурафкании лазерӣ, ҳароратҳои паст ё баланд ва склерооблитератсия мавҷуд бошад, аз ин усулҳо, лоақал дар якҷоягӣ бо мудоҳилаҳои ҷарроҳӣ ба хоҳири кам кардани осебрасонӣ, истифода бояд кард. Дар ҷадвали 4 усулҳои омехтаи табobati малформатсияҳои рағҳои сар ва гардан оварда шудаанд.

Ҷадвали 4. - Усулҳои омехтаи табobati малформатсияҳои рағҳои сар ва гардан

Намуди ММР	Тактикаи табобат			
	СТЯ + БГ	СТЯ	БШАХ+ СТЯ	ЭШАХ+ СТЯ
Гемангиомаи варидӣ-кавернозӣ (n=86)	61	25	0	0
Гемангиомаи шараёний-варидӣ (n=15)	0	0	9	6
Синуси перикраниалӣ (n=6)	6	0	0	0
Гемангиомаи капиллярии сатҳӣ (n=42)	42	0	0	0
Лимфангиома (n=42)	42	0	0	0
Ҳамагӣ	151	25	9	6

Эзоҳ: СТЯ – склеротерпия; БГ – бурриши гемангиома; БШАХ - бастанӣ шараёни аномалии хунтаъминкунанда; ЭШАХ - эмболизатсияи шараёни аномалии хунтаъминкунанда

Гемангиомаи варидӣ-кавернозӣ. Мо тактикаи зерини табобати ро бобаста аз макони ҷойгиршавӣ, андозаҳо ва хусусиятҳои гемангиомаи варидӣ-кавернозӣ интиҳоб намудем: танҳо склеротерапия; склеротерапия дар якҷоягӣ бо амалиётҳои ҷарроҳӣ; танҳо табobati ҷарроҳӣ. Склеротерапияи ҷудогона ба 25 бемори гирифтори гемангиомаҳои андозаҳояшон хурди ҷойгиршавиашон гуногун гузаронида шуда, он бо шифоёбии пурра анҷомид. Барои склеротерапия маҳдӯлҳои “Этоксисклерол” ё “Фибро-вейн” бо вояҳои 0,5%, 1,0% ё 3,0% вобаста ба диаметри рағҳои аномалии варидӣ дар гемангиома истифода шуданд. Шумораи протседураҳо аз 3 то 7 тағйир ёфта, фосилаи байни онҳо 1-2 ҳафта ро ташкил намуд.

Бо гемангиомаҳои варидии луобпардаи ковокии даҳон ва забон 15 бемор назорат шуданд. Бояд қайд кард, ки ин гемангиомаҳо, ба фарқият аз онҳое, ки ҷойгиршавии дигар доштанд, хуб ва бомуваффақият бо склеротерапия табобат шуданд. Дар 61 ҳолат ба беморе, ки гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ амиқ ҷойгиршуда доштанд, пас аз тромбшавии гемангиомаҳо бо склерозант, дар марҳилаи дуҷум буриши онҳо бо усули ҷарроҳӣ анҷом дода шуд.

Гемангиомаи варидии гунбади косахонаи сар (синуси перикраниалӣ). Ин навъи малформатсияро мо дар 6 бемори синнашон аз 4 то 10-сола мушоҳида намудем. Ҳангоми намудҳои омосмонанди он тромбозкунонии пеш аз ҷарроҳии гемангомаҳо бомуваффақият буд, зеро он хунравиро кам ва бурида гирифтани гемангиомаро осонтар гардонид. Ҳангоми намуди дигар, бинобар диаметри калони варидҳои хунро ихроҷкунанда ва худи гемангиома, ки аз калобаҳои варидҳои бузургтар иборат буд, рағҳои калони варидиро ба таври зарурӣ склероз кардан ғайриимкон буд, баъдан табобати ҷарроҳӣ анҷом дода шуд.

Ба ин тариқ, «синуси перикраниалӣ», шакли хоса ва кам мушоҳидашавандаи гемангиомаи варидӣ буда, дар гунбади косахонаи сар, бештар қад-қадӣ хатти сагиталӣ ҷойгир мешавад ва навъу шаклҳои гуногун дорад. Усули радикалии табобат бо ҷарроҳии бурида рафъ намудани гемангиома мебошад, ки тариқи он шифоёбии комили бемор аз бемории мазкур таъмин мегардад.

Гемангиомаҳои шараёни-варидӣ. Ҳангоми ин намуди гемангиомаҳо табобати омехтаре истифода бурдем – усули ҷарроҳӣ бо иловаи склеротерапия. Усули ҷарроҳӣ асосан ба тарзи кушода иҷро карда шуд. Танҳо дар ду ҳолат технологияҳои эндоваскулявӣ ҳамчун усули асосии табобати ҷарроҳии беморон истифода бурда шуд. Дар маҷмӯъ 15 бемор аз ин намуди гемангиома табобат гирифтанд. Шараёни таъминкунандаи хун дар ҳама ҳолатҳо шохаи ба таври ғайримуқаррарӣ васеъшудаи шараёни хобии беруна буданд.

Яке аз шаклҳои маъмули МШВ-и сар ва гардан гемангиомаи шараёни-варидии лабҳо (аксаран лаби поёни) мебошад. Малформатсияи шараёни-варидии лабҳо бо калоншавӣ ва гипертрофияи лабҳо зухур меёбад. Дар марҳилаи аввали пешбурди беморон бо ин навъи малформатсияҳо мо склеротерапия мегузaronдем. Аммо дар ҷараёни табобат мутмаин гаштем, ки аз склеротерапия самара ба назар намерасад, чунки пас аз сеанси ин амал каме нагузашта ташкила ҳаҷман боз ҳам калонтар шуд. Дар робита ба ин, аз ҷониби мо усули ташхис ва табобати МШВ-и лабҳо пешниҳод гардид ва барои он патенти хурди ҚТ №ТJ1500 аз 11.06.2024с. гирифта шуд.

Бартариҳои усули таҳияшуда чунинанд: таҳқиқоти ангиографӣ барои дақиқи муайян намудани сабаб имкон медиҳад, яъне мавҷудияти шараёни аномалие, ки ба нуқсон хун мерасонад, муайян гардад; бастанӣ ҳадафноки ин шараён боиси қатъ гардидани чараёни хун тавассути он мегардад ва хунрасониҳо ба ташкила коҳиш дода, барои склерооблитератсияи самараноки носурҳои шараёни-варидии микрофистулярӣ замина фароҳам меорад.

Табоботи гемангиомаи капиллярии сатҳӣ. Бо ин навъи гемангиома 42 кӯдаки бемор табоботи амбулаторӣ гирифт. Тактикаи табобот ба тарзи рушди гемангиомаҳо - афзоишбанда ё афзоишнабанда - вобаста буд. Дар ҳолати регресси гемангиома тактикаи интизоршавӣ ва таъйини доруҳое, ки ба регресси нуқсонҳо мусоидат мекунанд, асоснок аст. Бо ин мақсад “Пропранолол” ба миқдори 5 мг ё 10 мг 1 маротиба дар шабонарӯз, вобаста ба синни бемор, барои муҳлати то 3 моҳ таъйин карда шуд. Тайи ин давра регресси пурраи гемангиома ба амал омад. Дар ҳолатҳое, ки регресс, сарфи назар аз табобот бо пропранолол, мушоҳида намешуд ё гемангиомаи фаъол ва босуръат афзоишбанда дар аввал ошкор карда мешуд, мо склеротерапияро ба кор мебардем ва ҳамзамон додани пропранололро ба миқдори 5 мг дар як рӯз идома медедем. Ба ин тариқ, ҳангоми гемангиомаҳои капиллярии фаъолна афзоишбанда склеротерапия усули самараноктарин ва аз ҷиҳати косметикӣ қобили қабули табобот мебошад.

Табоботи малформатсияҳои лимфавӣ – лимфангиомаҳо. Аз ҷониби мо дар умум 42 шакли гуногуни лимфангиомаҳо, ки ҳамаи онҳо дар гардан ҷойгир буданд, мушоҳида шуданд. Ҳамаи беморон ҷарроҳӣ шуданд. Вижагии амалиёти ҷарроҳӣ дар он аст, ки пас аз ҷудокунии ва кушодани киста қабри ковокӣ ва роҳҳои лимфагузар бо риштаи “викрил” бодикқат духта мешаванд ва қисми озоди парда резексия карда мешавад. Ҷарроҳӣ бо дренажгузори пассив бо истифода аз дренажи “редон” ё тасмачаи резинӣ анҷом меёбад. Дренажкунони фаъол иҷозат дода намешавад, зеро лимфорея аз манбаи ибтидоӣ метавонад муддати тулонӣ идома ёбад.

Дар бораи самаранокии баланди табоботи ҷарроҳии малформатсияҳои рағҳои лимфавӣ, инчунин, бисёр мутахассисон хабар медиҳанд. Аз ҷумла, тибқи маълумоти Р. С. Оганесян ва ҳаммуаллифон (2021) «ҷой доштани малформатсияи лимфавӣ худ аз худ нишондод барои амалиёти ҷарроҳӣ мебошад, аммо интиҳоби усули беҳтарини табобот то ҳол гуногунмаъно боқӣ мемонад. Ҳаҷми амалиётҳои ҷарроҳии кушода ҳангоми малформатсияҳои лимфавии минтақаи сар ва гардан аз шакл, ҷойгиршавӣ ва паҳншавии малформатсия

(паротидэктомияи консервативӣ, резексияи забон, даҳолатҳои эндоларингеалӣ ва ғ.) вобаста аст. Мувофиқи нишондодҳои онҳо, амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми малформатсияҳои лимфавӣ бо набудани сарҳадҳои дақиқи иллатёбӣ ва хатари осеби сохторҳои тағйирёфтаи зери он мушкул мегарданд. Ғайр аз ин, ҳангоми бурида гирифтани малформатсияҳои субдермалии васеъ, ки бо пӯст саҳт пайваст мебошанд, зарурати буридани қисми калони пӯсти дар раванд фарогирифташуда ба миён меояд, ки ин ба пластикаҳои мураккаби реконструктивӣ бо иваз кардани нуқсони бавучудода ба пӯстпораи кӯчонидашуда бо пояи васеъ оварда мерасонад» [15, саҳ. 141-144].

Ҳамин тариқ, бурида гирифтани дуруст ва ба таври герметикӣ духтани қаъри ковокӣ ва ҳамаи роҳҳо тақроршавии кистаро пешгирӣ ва шифоёбии пурраи беморро таъмин мекунад.

Натиҷаҳои табобати малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан. Натиҷаҳои бевосита ва наздики табобати гузаронидашуда дар муҳлати то 6 моҳ дар ҳамаи беморон омӯхта шуданд, дар давоми се сол бошад – дар 127 (66,5%) нафар бемор. Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои бевосита ҳамаи оризаҳои дохил- ва барвақти баъдиҷарроҳӣ, дар давраи наздик бошад - оқибатҳои боқимондаи оризаҳои зикршуда ба назар гирифта шуданд. Басомад ва хусусияти оризаҳои қайдшуда дар ҷадвали 5 оварда шудааст.

Ҷадвали 5. – Басомад ва хусусияти оризаҳои давраи наздики пас аз ҷарроҳӣ (n=127)

Намуди ММР	Ориза				Ҳамагӣ
	хунравӣ	некрози канора	фасодгирӣ	лимфорея	
Гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ (n=61)	0	1	2	0	3 (4,9%)
Синуси перикраниалӣ (n=6)	0	0	0	0	-
Гемангиомаҳои шарафӣ-варидӣ (n=15)	1	0	1	0	2 (13,3%)
Лимфангиомаҳо (n=42)	0	0	2	1	3 (7,1%)
Ҳамагӣ	1 0,8%	1 0,8%	5 3,9%	1 0,8%	8 6,3%

Дар давраи наздики пас аз ҷарроҳӣ танҳо дар 8 (6,3%) бемор оризаҳои гуногун инкишоф ёфтанд, ки онҳо ба натиҷаҳои ниҳой таъсир нарасониданд.

Натиҷаҳои дарозмуддати табобат. Меъёрҳои арзёбии натиҷаҳои дарозмуддати табобати ММР дар бар гирифтанд: дараҷаи радикалӣ будани амалиёти ҷарроҳӣ, аз ҷиҳати косметикӣ пазируфта шудани онҳо, такроршавии беморӣ. Натиҷаи хуб ҳисобида шуд бартарафшавии радикалии малформатсия ҳангоми табобати ҷарроҳӣ, натиҷаи косметикии қобили қабул (ҷой надоштани хадшаҳои баднамокунанда, деформатсияҳо), ҷой надоштани оризаҳои неврологӣ ва такрорёбии беморӣ.

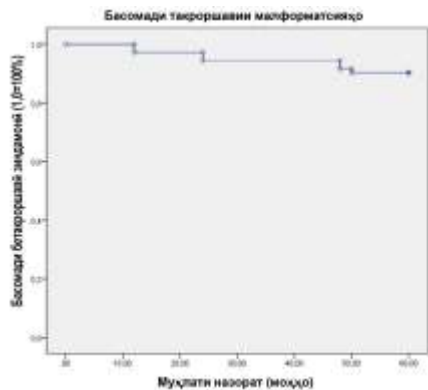
Натиҷаҳо қаноатбахш ҳисобида шуданд, дар ҳолатҳое, ки радикализи табобати гузаронидашуда бе такроршавии беморӣ дар давраҳои дур мушоҳида шуданд, аммо дефектҳои номақбули косметикӣ мавҷуд буданд. Ҳолатҳои такрорёбии беморӣ ба натиҷаҳои ғайриқаноатбахш мансуб дониста шуданд. Натиҷаҳои дури табобат дар ҷадвали 6 оварда шудаанд.

Ҷадвали 6. – Натиҷаҳои дури табобат

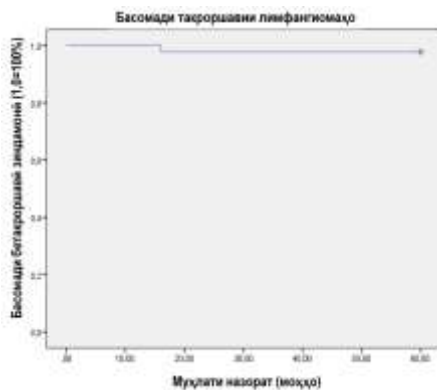
Намуди ММР	Ориза			Ҳамагӣ
	нест	нуқсонҳои косметикӣ	такроршавӣ	
Гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ (n=86)	79	0	7	7 (8,1%)
Синуси перикраниалӣ (n=6)	6	0	0	0
Гемангиомаҳои шараёнӣ-варидӣ (n=15)	14	1	0	1 (6,6%)
Лимфангиомаҳо (n=42)	41	0	1	1 (2,4%)
Гемангиомаҳои капиллярии сатҳӣ (n=42)	42	0	0	0
Ҳамагӣ	182 (95,3%)	1 0,5%	8 (4,2%)	9 (4,7%)

Ҳамагӣ такроршавии малформатсияҳо, яъне натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дар 8 (4,2%) ҳолат қайд гардид. Аз тамоми 8 ҳолати ретсидив 7-тоашро гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ ва яктоашро лимфангиома ташкил намуданд. Вобаста ба ин ба 5 бемор бо ретсидиви гемангиомаҳо ва як бемор бо лимфангиома ҷарроҳиҳои такрорӣ гузаронида шуд. Дар 182 (95,3%) бемори боқимонда натиҷаи хуб дар давраи пайгирӣ мушоҳида шуд. Бояд қайд намуд, ки ҳангоми арзёбии натиҷаҳои ниҳони дарозмуддати табобати ММР сар ва гардан ҷиҳатҳои эстетикӣ ва радикалии табобат ба эътибор гирифта шуданд. Зимнан, бо назардошти минтақаҳои ҷойгиршавӣ ҳусни зоҳирии натиҷаҳо, ки ба сифати ҳаёт ва равони бемор таъсир расонда метавонад, дар мадди

аввал аст. Зиндамони беморон бидуни такрорёбии ММР дар давраи дарозмуддат дар расмҳои 3 ва 4 оварда шудаанд.



Расми 3. – Зиндамони беморон бидуни такроршавии малформатсияҳои модарзодии рағҳои хунгард



Расми 4. – Зиндамони беморон бидуни такроршавии лимфангиомаҳо

Ҳамин тариқ, басомади баланди натиҷаҳои хуби табобати ҷарроҳӣ ва консервативии шаклҳои гуногуни ММР минтақаи сар ва гардан далели тактикаи дуруст ва интиҳоби усулҳои табобат вобаста ба намуд, макон, масоҳати иллат ва хусусиятҳои афзоиши гемангиома буданд. Ҳамзамон, табобати ҷарроҳӣ ҳангоми баъзе намудҳои ММР самаранокии баланд доштани худро тасдиқ намуд.

ХУЛОСАҶО

1. Сохтори малформатсияҳои модарзодии рағҳои минтақаи сар ва гардан мувофиқи маълумот оид ба муроҷиати беморон ба муассисаи махсусгардонидашуда бо бартарии гемангиомаҳои варидӣ-кавернозӣ (45,0%), инчунин, бо ҳиссаи назарраси гемангиомаҳои сатҳии капиллярӣ (22,0%) ва лимфангиомаҳо (22,0%) тавсиф мешавад. Гемангиомаҳои шараёнӣ-варидӣ (7,1%) ва гемангиомаҳои варидии гунбади косахонаи сар (3,1%) нисбатан камтар дучор мешаванд, ки ин паҳншавии нисбатан камтари шаклҳои баландҷараёни ангиодисплазияҳоро дар муқоиса бо малформатсияҳои сустҷараёни варидӣ ва лимфавӣ инъикос менамояд [1-М, 2-М, 4-М, 9-М, 14-М].

2. Зухуроти клиникии малформатсияҳо аз макони ҷойгиршавӣ, андозаҳо, робита бо рағҳои магистралӣ ва сохторҳои анатомии атроф, динамикаи афзоиши онҳо ва нишонаҳои хоси малформатсияҳои лимфавӣ вобаста буданд. Усули ниҳии ташҳиси лимфангиомаҳо ва

шаклҳои пастҷараёни варидии малформатсияҳои рағӣ технологияҳои тасвирунии ултрасадоӣ мебошанд, ки баҳодиҳии дақиқи сохтори морфологӣ ва хусусиятҳои гемодинамикии онҳоро таъмин менамоянд. Ҳамзамон, барои дақиқ муайян намудани ангиоархитектоникаи шаклҳои баландҷараёни ангиодисплазияҳо, гузаронидани усулҳои таҳқиқоти контрастӣ ҳатмӣ талаб карда мешавад, ки онҳо ба муайян кардани хусусиятҳои шунтшавии патологӣ хунгардиш ва носурҳои шараёнӣ-варидӣ имкон медиҳанд. Барои гемангиомаҳои шараёнӣ-варидӣ мавҷудияти шараёнҳои аномалии хунтаъминкунанда хос аст, ки дар онҳо суръати ҳаттии хунгардиш ($45,2 \pm 6,6$ см/с) нисбат ба шохаҳои тағйирнаёфтаи ($22,4 \pm 3,8$ см/с) шараёни ҳобии беруна ду маротиба баландтар мебошад [1-М, 2-М, 5-М, 8-М, 9-М, 15-М].

3. Тактикаи таҳияшудаи пешбурди беморон бо малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан заминаи асоси барои интиҳоби илман асоснокшудаи равишҳои оптималии табобатӣ ҳангоми шаклҳои пастҷараён ва баландҷараёни онҳо мебошад. Истифодаи стратегияи марҳилавии табобатӣ ҳангоми малформатсияҳои васеи варидӣ-кавернозӣ, ки склерооблитератсияи аввалия ва баъдан бо ҷарроҳӣ рафъ намуданро дар бар мегирад, коҳишёбии назарраси ҳаҷми тағйирёбии патологӣ, паст шудани ҳатари хунравии дохилиҷарроҳиявӣ ва ба натиҷаҳои баланди функционалӣ-эстетикӣ ноил гаштанро таъмин менамояд, ки ин ҳадафнокӣ ва самаранокии клиникий онро, тасдиқ менамояд [1-М, 2-М, 3-М, 7-М, 8-М, 10-М, 11-М, 13-М, 14-М, 15-М].

4. Ҳангоми гемангиомаҳои шараёнӣ-варидии минтақаи сар ва гардан, тактикаи оптималии табобатӣ ислоҳи марҳилавии хунгардиши патологиро пешбинӣ менамояд: сараввал шараёнҳои аномалии хунтаъминкунандаи гемангиома бо усули ҷарроҳӣ ё эндоваскулярӣ бартараф карда мешаванд, ки ҷараёни баланди хунгардишро қатъ менамояд. Дар марҳилаҳои баъдӣ склерооблитератсия гузаронида мешавад ва дар сурати ҷой доштани нишондодҳо – бо ҷарроҳӣ бурида гирифтани конгломерати боқимондаи гемангиоматозӣ анҷом дода мешавад. Истифодаи амалии чунин стратегияи пайдарпай ҷанбаи радикалии табобатро таъмин намуда, ба натиҷаи устувори клиникӣ ноил гаштан мусоидат менамояд [1-М, 3-М, 6-М, 8-М, 11-М, 12-М, 15-М].

5. Тактикаи пешниҳодгардидаи такмилдодашудаи табобат ва интиҳоби оптималии усулҳои бартарафсозии малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан имкон доданд, ки натиҷаҳои беҳтарин

бо шумораи камтарини ретсидивҳо ($n=8$; 4,2%) ва сатҳи баланди натиҷаҳои хуб ($n=182$; 95,3%) дар давраи дур ба даст оварда шавад [2-М, 4-М, 8-М, 10-М, 11-М, 13-М, 15-М].

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

1. Маълумотҳо оид ба хусусиятҳои зуҳуроти клиникии гемангиомаҳо ва лимфангиомаҳо ба табибон ва мутахассисони ихтисосҳои гуногун ҳангоми ташҳиси аввалия ва банақшагирии муоинаи минбаъдаи беморон кумаки амалӣ мерасонанд. Арзёбии хусусиятҳои афзоиш ё инволҷудсияи гемангиомаҳо ва лимфангиомаҳо барои дуруст интихоб намудани тактикаи табобат имконият медиҳад. Муайян кардани нишонаҳои регресси гемангиомаҳои капиллярии сатҳӣ барои канорагирӣ намудан аз усулҳои агрессивии табобат ва танҳо истифода шудани муолиҷаи консервативӣ, имконият медиҳад.

2. Интихоби тактикаи дурусти табобат имкон медиҳад, ки намуд ва ҳаҷми табобати маҷмӯӣ муайян ва натиҷаҳо беҳтар карда шаванд. Усули таҳияшудаи ташҳису табобати ҷарроҳии гемангиомаи шараёнӣ-варидии лабҳо барои ба даст овардани натиҷаҳои хуб усули самаранок мебошад. Такмили тарзи амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми лимфангиомаҳо бо роҳи пурра духтан баргараф кардани ҳамаи каналҳо ва чайбҳои лимфагузар, яъне манбаъҳои воридшавии лимфа, такрорёбии лимфангиомаро пешгирӣ менамояд.

3. Асоси заминавии табобати гемангиома татбиқи марҳила ба марҳилаи склеротерапияи миниинвазивӣ ва табобати ҷарроҳӣ дар якҷоягӣ мебошад. Табобати омехта ва марҳила ба марҳилаи гемангиома бо истифода аз склеротерапия ва ҷарроҳӣ сифати радикалии табобатро таъмин ва аз такрори беморӣ пешгирӣ мекунад.

4. Натиҷаҳои ба дастомада ва тавсияҳои амалии таҳияшуда ба беҳтар намудани ташкили кумаки махсусгардонидашудаи тиббӣ ба беморон бо малфформатсияҳои модарзодии рағҳои минтақаи сар ва гардан имконият дода, ҳамзамон, сатҳи огоҳии табибони гуногунихтисосро оид ба равишҳои муносири ташҳис ва табобати ин патологияҳо баланд мебардоранд.

ИНТИШОРОТ АЗ РУЙИ МАВЗУИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Салимов, Ф.М. Баъзе ҷанбаҳои этиопатогенез, ташҳис ва табобати малфформатсияи (ноҳинҷорӣ) сар ва гардан [Матн] / Ф.М. Салимов // Авҷи зуҳал. – 2024. – № 2. – С. 172-178.

[2-М]. Салимов, Ф.М. Венозно-кавернозная гемангиома свода черепа (прекраниальный синус) [Текст] / Ф.М. Салимов, Д.Д. Султанов, О. Неъматзода, Н.О. Джабборов, О.Ф. Солиев // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2025. – Т. 15, № 1. – С. 114-121.

[3-М]. Салимов, Ф.М. Эндоваскулярная эмболизация артерио-венозной мальформации губ [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.О. Джабборов, К.А. Абдусаматов, Д.Д. Султанов // Евразийский научно-медицинский журнал Сино”. – 2025. - № 3. – С. 54-63.

[4-М]. Салимов, Ф.М. Выбор тактики и результаты хирургического лечения кранио-цервикальных венозных мальформаций [Текст] / Ф.М. Салимов, О. Неъматзода, Д.Д. Султанов, Н.О. Джабборов, О.Ф. Солиев // Светоч науки. - 2025. – № 4. – С. 112-123.

Мақола ва фишурдаҳо дар маҷмуаҳои конференсияҳо

[5-М]. Салимов, Ф.М. Эффективность β-блокаторов при лечении гемангиом [Текст] / Ф.М. Салимов, А.Ш. Шохсаворбеков // «Актуальные вопросы современных научных исследований». Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 29 апреля 2022 г. – С. 328-329.

[6-М]. Салимов, Ф.М. Способ диагностики и комплексное лечение артериовенозной мальформации губ [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.Р. Курбанов, Д.Р. Раджабов // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием. – Душанбе, 25 ноября 2022 г. – С. 410-411.

[7-М]. Салимов, Ф.М. Лечение венозно-кавернозных гемангиом сложной анатомической локализации у детей раннего возраста [Текст] / Ф.М. Салимов, Х.А. Юнусов, О.Ф. Солиев // Сборник тезисов третьего венозного форума Ташкентская золотая осень Ассоциации флебологов Узбекистана. – Ташкент, 12-13 октября 2023 г. – С. 41-42.

[8-М]. Салимов, Ф.М. Выбор тактики и результаты лечения пациентов с врождёнными артериовенозными мальформациями головы и шеи [Текст] / Ф.М. Салимов, О. Неъматзода, Дж.Н. Усманов // «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». Материалы XIX научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 03 мая 2024 г. – С. 170.

[9-М]. Салимов, Ф.М. Редкие формы венозной гемангиомы (прекраниальный синус) [Текст] / Ф.М. Салимов, У. Каримов // «Молодежь и медицинские инновации: создание будущего сегодня». Материалы XIX

научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 03 мая 2024 г. – С. 169-170.

[10-М]. Салимов, Ф.М. Результаты комплексного лечения врожденных мальформаций кранио-цервикальной зоны [Текст] / Ф.М. Салимов, Д.Д. Султанов, О. Неъматзода, Дж.Н. Усманов // «Медицинская наука и образование – от традиций к инновациям». Материалы ежегодной XXX научно-практической конференции ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» с международным участием. – Душанбе, 11 октября 2024 г. – С. 170-171.

[11-М]. Салимов, Ф.М. Врождённые артериовенозные мальформации головы и шеи: выбор лечебной тактики и ближайшие результаты [Текст] / Ф.М. Салимов, О. Неъматзода, Дж.Н. Усманов // «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Материалы 72-ой годичной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 01 ноября 2024 г. – С. 155-156.

[12-М]. Салимов, Ф.М. Новые технологии в лечении врожденных артериовенозных мальформаций [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.О. Джабборов, Дж.К. Рахмонов // «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Материалы XX (юбилейной) научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, посвящённая голам развития цифровой экономики и инноваций 2025-2030. – Душанбе, 25 апреля 2025 г. – С. 67.

[13-М]. Салимов, Ф.М. Современная стратегия и результаты хирургического лечения врожденных мальформаций головы и шеи [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.О. Джабборов, О.Ф. Солиев // «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Материалы XX (юбилейной) научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием, посвящённая голам развития цифровой экономики и инноваций 2025-2030. – Душанбе, 25 апреля 2025 г. – С. 213.

[14-М]. Салимов, Ф.М. Венозная гемангиома свода черепа (перикраниальный синус) [Текст] / Ф.М. Салимов, Д.Д. Султанов, О.Ф. Солиев // “Избранные вопросы ангиологии и сосудистой хирургии. Взгляд в будущее” Сборник V-го съезда сосудистых хирургов Казахстана. – Туркестан, 23-24 мая 2025 г. – С. 73.

[15-М]. Салимов, Ф.М. Тактика и непосредственные результаты лечения врождённых артериовенозных мальформаций головы и шеи [Текст] / Ф.М. Салимов, Н.О. Джабборов, Д.Д. Султанов // «Новые горизонты в медицинской науке, образовании и практике». Материалы 73-ой годич-

ной научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» с международным участием. – Душанбе, 30 октября 2025 г. – С. 155-156.

Патент барои ихтироот

1. Салимов Ф.М., Султонов Д.Д., Ғоибов А.Ҷ., Неъматзода О., Саидов М.С., Юнусов Х.А. Патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон № ТҶ 1500 аз 11.06.2024 барои коркарди «Усули табobati ҷарроҳии малформатсияи шарёӣ-варидии лаби поён»

Рӯйхати ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ

БГ – бурриши гемангиома

БШАХ - бастанӣ шараёни аномалии хунтаъминкунанда

ММР - малформатсияҳои модарзодии рағҳо

МР – томографияи магнитӣ-резонансӣ

МШВ – малформатсияи шараёӣ-варидӣ

СТЯ – склеротерпия

ТК – томографияи компютерӣ

ХДР - харитасозии доплерии ранга

ЭШАХ - эмболизатсияи шараёни аномалии хунтаъминкунанда

Рӯйхати адабиёти истифодашуда

1. Буковецкая, М.С. Инфантильная гемангиома: современный взгляд на патогенез и лечение [Текст] / М.С. Буковецкая, Е.М. Камалтынова // Бюллетень сибирской медицины. - 2026. Т. 25, № 1. - С. 144-151.

2. Возницын, Л.В. Экспериментальное обоснование применения новой Блеомицин-Полидоканоловой мини-пенной композиции при лечении детей с венозными мальформациями головы и шеи [Текст] / Л.В. Возницын, О.З. Топольницкий, Е.Т. Ермуханова // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2021. - Т. 21, № 3. - С. 158-162.

3. Гиндич, О.А. Хирургическое лечение капиллярных мальформаций головы и шеи [Текст]: дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.03/ Гиндич Ольга Андреевна. - К., – 2015. – 167 с.

4. Дан, В.Н. Диагностика и хирургическое лечение [Текст]: дисс. ... д-ра мед наук: 14.01.17 / Василий Нуцович Дан. - М., 1989. - 300 с.

5. Дружинина, Н.А. Облитерационные методики в лечении пациентов с венозными мальформациями наружной локализации [Текст] / Н.А. Дружинина, С.В. Сапелкин // Диагностическая и интервенционная радиология. - 2024. - Т. 18, № S1.1. - С. 76.

6. Жизнеугрожающие воспалительные осложнения хирургического лечения детей с обширными сосудистыми мальформациями головы и шеи.

- Тактика челюстно-лицевого хирурга [Текст] / А.В. Петухов [и др.] // Детская хирургия. - 2022. - Т. 26, № S1. - С. 76.
7. Клинический случай врожденной артериовенозной мальформации сосудов головного мозга [Текст] / И.Н. Горяникова [и др.] // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. - 2024. - Т. 22, № 2. - С. 68-76.
8. Клинический случай реабилитации ребенка с артерио-венозной мальформацией [Текст] / М.О. Мосина [и др.] // Детская и подростковая реабилитация. - 2024. - № 4 (54). - С. 34-37.
9. Кочмашев, И.В. Опыт лечения экстракраниальных мальформаций головы [Текст] / И.В. Кочмашев // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. - 2024. - № S1-1. - С. 60.
10. Лечение ребёнка с обширной лимфовенозной мальформацией в области головы и шеи [Текст] / Ю. Комелягин [и др.] // Голова и шея. - 2019. - № 1. - С. 29-41.
11. Магнитно-резонансная томография лимфатических мальформаций лица и шеи [Текст] / С.С. Фролов [и др.] // Stomatology. - 2016. - Т. 95, № 6-2. - С. 102-103.
12. Махкамов, К.Э. Интраоперационные осложнения в хирургии артериовенозных мальформаций сосудов головного мозга и пути их решения [Текст] / К.Э. Махкамов, М.К. Махкамов // Вестник экстренной медицины. - 2020. - Т. 13, № 4. - С. 94-99.
13. Микропенная склеротерапия венозных мальформаций головы и шеи [Текст] / А.Ю. Дробышев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2022. - Т. 28, № 5. - С. 27-32.
14. Облитерационные методики в лечении венозных мальформаций [Текст] / С.В. Сапелкин [и др.] // Флебология. - 2022. - Т. 16, № 2-2. - С. 55-56.
15. Оганесян, Р.С. Хирургическое лечение лимфатических мальформаций области головы и шеи у детей [Текст] / Р.С. Оганесян, Н.С. Грачев // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2021. - Т. 100, № 3. - С. 141-146.
16. Сафарова, А.Н. Современные принципы лечения артерио-венозных форм врождённых ангиодисплазий периферических сосудов [Текст]: дисс... канд. мед. наук / А.Н. Сафарова. – Душанбе, 2013. – 113 с.
17. Смирнов, Я.В. Клинико-морфологические характеристики и оптимизация лечения детей с мальформациями кровеносных сосудов в области головы и шеи [Текст]: дисс... канд. мед. наук: 14.01.14/14.01.17 / Я.В. Смирнов. - Москва, 2018. - 148с.
18. Современные возможности хирургического лечения артерио-венозных ангиодисплазий [Текст] / А.Д. Гаилов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. Журнал им. академика А.В. Покровского. - 2013. - Т. 19, № 4. - С. 143-149.

19. Тактика лечения детей с сосудистыми поражениями головы и шеи [Текст] / Е.Ю. Гавеля [и др.] // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2018. - № 1. - С. 67-68.
20. Частота и структура гестационных осложнений у женщин с метаболическим синдромом [Текст] / М.С. Рустимова [и др.] // Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. -2024. - Т. 14, № 4. - С. 49-58.
21. Arteriovenous fistula in the head and neck - a systematic review and meta-analysis of clinical presentation [Text] / J.L.A. Embrechts [et al.] // Eur Arch Otorhinolaryngol. - 2026. - Vol. 283, № 2. - P. 661-669.
22. Combined-modality therapy for extensive arteriovenous malformation of head and neck: a case report [Text] / W. Zhang [et al.] // Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. - 2025. - Vol. 60, № 2. - P. 177-178.
23. Conservative management of brain arteriovenous malformations: results of the prospective observation registry of a pragmatic trial [Text] / T.E. Darsaut [et al.] // J Neurosurg. - 2024. - Vol. 142, № 3. - P. 637-646.
24. Head and neck venous malformations in children: clinical characteristics, therapeutic approach, and outcomes [Text] / A.F. González-Moreno [et al.] // Pediatr Dermatol. - 2025. - Vol. 42, № 6. - P. 1186-1189.
25. Hongo, H. Epidemiology and aetiology of cerebral cavernous malformations [Text] / H. Hongo, S. Miyawaki, N. Saito // Acta Neurochir Suppl. - 2025. - Vol. 136. - P 143-149.
26. Prevalence and outcomes of select rare vascular conditions in females: A descriptive review [Text] / R. Sorber [et al.] // Semin Vasc Surg. - 2023. - Vol. 36, № 4. - P. 571-578.
27. Wójcicki P. Epidemiology, diagnostics and treatment of vascular tumours and malformations [Text] / P. Wójcicki, K. Wójcicka // Adv Clin Exp Med. - 2014. - Vol. 23, № 3. - P. 475-484.

АННОТАЦИЯ

Салимов Фирдавс Мирзовалиевич

“Сосудистые мальформации головы и шеи: диагностика, тактика и методы лечения”

Ключевые слова: врожденные мальформации сосудов, ангиодисплазия, артерио-венозные свищи, венозно-кавернозная гемангиома, капиллярная мальформация, перикраниальный синус, эмболизация, склеротерапия, иссечение мальформаций

Цель исследования. Улучшение результатов комплексной диагностики и лечения врожденных мальформаций сосудов головы и шеи.

Методы исследования: Клинический материал включил в себя данные 191 пациентов перенесшие стационарное (124) или амбулаторное (67) лечение различных форм врожденных сосудистых мальформаций кранио-цервикальной области. Для диагностики ВСМ были использованы дуплексное сканирование, рентгено-контрастная или компьютерно-томографическая ангиография.

Полученные результаты и их новизна. Определены частота встречаемости и структура ВСМ кранио-цервикальной локализации по обращаемости в специализированный республиканский стационар. Установлено высокая частота встречаемости венозных форм мальформаций с низкопоточным характером кровообращения, локализующиеся чаще всего в области лица. Разработан диагностический алгоритм, позволяющий в зависимости от формы, строения, степени распространения в окружающие ткани, а также характера кровообращения сосудистых мальформаций, а также возраста пациентов выбрать наиболее оптимальный путь высокоточной их лучевой диагностики. На основании клинико-лучевых проявлений и характера кровообращения артериальных, артерио-венозных, венозно-кавернозных и лимфатических ангиодисплазий кранио-цервикальной области разработана оптимальная и эффективная тактика их лечения, предусматривающее применение консервативной и склерозирующей терапии при низкопоточных формах, а комбинацию эндоваскулярных и хирургических методов при лечении высокопоточных формах мальформаций. Разработан и успешно применен в практику способ диагностики и комбинированного хирургического лечения артерио-венозной ангиодисплазии нижней губы, позволяющий в один этап эндоваскулярным способом уточнить и устранить источник патологического артерио-венозного кровообращения, а в последующем хирургическим способом радикально удалить гемангиоматозный конгломерат. Путем изучения непосредственных и среднесрочных результатов комплексного лечения различных форм врожденных мальформация кровеносных сосудов области головы и шеи показано высокая эстетическая и функциональная эффективность сочетанного применения консервативных и склерозирующих методов лечения с эндоваскулярными и хирургическими способами оперативных вмешательств.

Рекомендации по использованию. Базовой основой тактики лечения гемангиом является сочетание поэтапного применения мини-инвазивного способа склеротерапии и оперативного лечения, обеспечивающие радикальность лечения, предупреждая рецидива.

Область применения: сердечно-сосудистая хирургия

АННОТАТСИЯ

Салимов Фирдавс Мирзовалиевич

“Малформатсияҳои рағҳои сар ва гардан: ташхис, тактика ва усулҳои табобат”

Калидвожаҳо: малформатсияҳои модарзодии рағҳо, ангиодисплазия, носурҳои шараёни-варидӣ, гемангиомаи варидӣ-кавернозӣ, малоформатсияи капиллярӣ, синуси перикраниалӣ, эмболизатсия, склеротерапия

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои ташхис ва табобати комплекси малформатсияҳои модарзодии рағҳои сар ва гардан.

Усулҳои таҳқиқот. Маводи клиникӣ маълумоти 191 беморро, ки табобати статсионарӣ (124) ё амбулаториро (67) нисбати шаклҳои гуногуни малформатсияҳои модарзодии рағҳои минтақаи сар ва гардан гирифта буданд, дар бар гирифт. Барои ташхиси ММР сканкунии дуплексӣ, ангиографияи рентгеноконтрастӣ ё томографӣ-компютерӣ истифода бурда шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва навоғии онҳо. Басомад ва сохтори ММР минтақаи сар ва гардан аз рӯи мурочиат ба муассисаи тиббии махсусгардонидашудаи ҷумҳуриявӣ омехта шуд. Муайян гардид, ки шаклҳои венозии малформатсияҳо бо хосияти хунгардиши сустчараён басомади баланд дошта, бештар дар минтақаи рӯй ҷойгир мешаванд. Алгоритми ташхисӣ таҳия карда шуд, ки имкон медиҳад вобаста ба шакл, сохтор, дараҷаи паҳншавӣ ба бофтаҳои атроф, хусусияти гардиши хун, инчунин синну соли беморон роҳи оптималии ташхиси дақиқи шуоъии малформатсияҳои рағӣ интиҳоб карда шавад. Дар асоси нишонаҳои клиникӣ-шуоӣ ва хусусияти хунгардиш дар ангиодисплазияҳои шараёни, шараёни-варидӣ, варидӣ-кавернозӣ ва лимфатикӣ дар минтақаи сар ва гардан тактикаи оптималӣ ва самараноки табобат таҳия гардид, ки он татбиқи табобати консервативӣ ва склерозкунандаро барои шаклҳои пастчараён ва омезиши усулҳои эндоваскулярӣ ва ҷарроҳиро барои шаклҳои баландчараёни малформатсияҳо дар бар мегирад. Тарзи ташхис ва табобати ҷарроҳии омехтаи ангиодисплазияи шараёни-варидии лаби поён таҳия ва ба амалия бомуваффақият ҷорӣ карда шуд, ки имкон медиҳад, ки дар як марҳила бо роҳи эндоваскулярӣ манбаи гардиши патологӣ дақиқ муайян ва бартараф карда шуда, дар марҳилаи баъдӣ бо роҳи ҷарроҳӣ конгломерати гемангиоматозӣ пурра хориҷ карда шавад. Бо роҳи омузиши натиҷаҳои наздик ва миёнамӯҳлати табобати комплекси шаклҳои гуногуни малформатсияҳои модарзодии рағҳои хунгузари сару гардан нишон дода шуд, ки самаранокии баланди эстетикӣ ва функционалӣ аз омезиши усулҳои консервативӣ ва склерозӣ бо усулҳои эндоваскулярӣ ва ҷарроҳии анъанавӣ ба даст меояд.

Тавсияҳо барои истифода. Асоси заминавии тактикаи табобати гемангиомаҳо аз истифодаи пайдарпайи усули мини-инвазивии склеротерапия ва табобати ҷарроҳӣ иборат буда, радикалии табобатро таъмин мекунад ва аз пайдоиши ретсидив пешгирӣ менамояд.

Соҳаи истифода: ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард.

ABSTRACT

Salimov Firdavs Mirzovalievich

“Vascular Malformations of the Head and Neck: Diagnosis, Strategy and Treatment Methods”

Keywords: congenital vascular malformations, angiodysplasia, arteriovenous fistulas, venous-cavernous hemangioma, capillary malformation, pericranial sinus, embolization, sclerotherapy

Objective: Improving the outcomes of comprehensive diagnosis and treatment of congenital vascular malformations of the head and neck.

Methods. The clinical material included data from 191 patients who underwent either inpatient (124) or outpatient (67) treatment for various forms of congenital vascular malformations of the cranio-cervical region. Duplex scanning, X-ray contrast angiography, or computed tomographic angiography were used for the diagnosis of vascular malformations.

Results and novelty. The incidence and structural characteristics of cranio-cervical CVM among patients referred to a specialized republican hospital were determined. A high prevalence of low-flow venous malformations, most localized in the facial region, was established. A diagnostic algorithm was developed that enables the selection of the most optimal and high-precision imaging approach depending on the type, morphology, extent of involvement of surrounding tissues, hemodynamic characteristics of the malformation, and the patient's age.

Based on the clinical and radiological features and the hemodynamic patterns of arterial, arteriovenous, venous-cavernous, and lymphatic angiodysplasias of the cranio-cervical region, an optimal and effective treatment strategy was developed. It includes the use of conservative and sclerosing therapy for low-flow malformations, and a combination of endovascular and surgical methods for the management of high-flow malformations.

A diagnostic and combined surgical treatment method for arteriovenous angiodysplasia of the lower lip was developed and successfully implemented in clinical practice. This approach allows, within a single stage, to identify and eliminate the source of pathological arteriovenous shunting using an endovascular technique, followed by radical surgical removal of the hemangiomatous conglomerate.

Analysis of the immediate and mid-term outcomes of comprehensive treatment of various forms of congenital vascular malformations of the head and neck demonstrated high aesthetic and functional effectiveness of combining conservative and sclerosing therapies with endovascular and surgical interventions.

Recommendations for use. The fundamental basis of hemangioma treatment strategy is the staged combination of minimally invasive sclerotherapy and surgical intervention, which ensures treatment radicality and prevents recurrence.

Field of application. Cardiovascular surgery.