

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ИНСТИТУТ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

***УДК 616.22-006.52-089-053.2***

**ШАМСИДИНОВ БОБОНАЗАР НАСРИДИНОВИЧ**

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ,  
БОЛЬНЫХ ПАПИЛЛОМАТОЗОМ ГОРТАНИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертация на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

по специальности 14.01.03 – Болезни уха, горла и носа

**Душанбе – 2021**

Работа выполнена на кафедре оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Научный консультант:** **Гаффарова Матлуба Абдузунуновна** - д.м.н., профессор

**Официальные оппоненты:** **Виноградов Вячеслав Вячеславович** - д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии Факультет дополнительного профессионального образования, Руководитель научно-клинического отдела опухолей головы и шеи "Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства" России.

**Нерсесян Марина Владиславовна** - д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии Медицинского института Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов»

**Назаров Шохин Кувватович** - д.м.н., заведующей кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

**Ведущая организация:** ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН Республики Таджикистан.

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. в «\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета бД.КОА-025 при ГОУ «Таджикском государственном медицинском университете Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикском государственном медицинском университете Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук**

**Юнусов И.А.**

## Введение

### **Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации**

Несмотря на успехи, достигнутые за последние годы в решении проблем респираторного папилломатоза, важнейшие вопросы в плане диагностики, хирургического и консервативного лечения (противорецидивное), а также прогнозирования течения и исхода заболевания остаются нерешенными. Поэтому проблема лечения респираторного папилломатоза является одной из наиболее важных и актуальных в оториноларингологии. Её значимость обусловлена тем, что, поражая гортань, папилломатозные разрастания суживают её просвет, что приводит к нарушению голосообразовательной и дыхательной функции. Развивающаяся в связи с этим хроническая респираторная гипоксемия является причиной нарушений физического, психомоторного и эмоционального развития ребенка [Свистушкин В.М. и др., 2017; Егоров В.И. и др. 2018; Малец Е.Л., 2018; Малыгина В.В., 2018; Мустафаев Д.М. и др., 2018; Fita A.M. et al., 2015; Best S.R. et al., 2017; Deenadayal D.S. et al., 2018; Zephania S.A. et al., 2019; Seedat R.Y., 2020].

За последние годы во всем мире, в том числе и в Республике Таджикистан, сохраняется тенденция к увеличению числа пациентов с папилломатозом гортани, при этом возрастает количество больных с тяжелой обтурирующей и распространенной формами заболевания, ухудшается качество их жизни в результате ограничения физической и социальной активности, в то время как одной из важных задач современной медицины является улучшение качества жизни детей, снижение заболеваемости, обеспечение возможности полноценного развития ребенка [Мрочко И.В., и др. 2013; Солдатский Ю.Л., 2016; Волкова К.Б., 2017; Нажмудинов И.И., 2018; Chadha N.K., 2017; Goon P.K., 2017; Sawant M.R., 2017; Malabanan M.L. et al., 2018; Swain S.K. et al., 2019]. Несмотря на то, что современная медицина достигла больших успехов в разработке разных способов консервативного и хирургического лечения папилломатоза гортани, результаты их не всегда удовлетворительны. Заболевание часто рецидивирует, плохо поддается лечению.

Основным методом лечения детей с рецидивирующим респираторным папилломатозом на сегодняшний день остается хирургический, несмотря на то, что, по сути, он является паллиативным. Микроларингоскопия и эндоларингеальная микрохирургия значительно расширили лечебные возможности при папилломатозе гортани. Введение в хирургическую практику щадящих эндоскопических технологий, современного анестезиологического обеспечения позволяет минимизировать риск развития осложнений при эндоларингеальных операциях, в том числе и у пациентов младшего возраста [Тулбаев Р.К., 2016; Усманова С.Ш. и др., 2017; Гусейнов И.Г., 2018; Shamim F. et al., 2015; Workeneh S.A. et al., 2017].

Установлен факт большей эффективности лечения папилломатоза гортани с использованием комплексного метода, сочетающего хирургическое вмешательство с использованием адьювантной терапии, по сравнению с

общепринятым лечением [Дайхес Н.А. и др., 2015; Кирасирова Е.А. и др., 2015; Портнов Г.В., 2016; Мазин Н.К. и др., 2018; Ahn J. et al., 2016; Andrew J.B. et al., 2016; Meacham R.K. et al., 2017; Zur K.B. et al., 2017; Donovan B. et al., 2018; Rosenberg T. et al., 2019].

Однако, несмотря на многообразие лекарственных препаратов, методов и технического оснащения, проблема далека от разрешения, частота рецидивов остается высокой, особенно у детей младшего возраста, и не имеет тенденции к снижению. Так, в 28% случаев РРП встречается в первые 6 месяцев жизни. Около 25% заболевших выявляется в возрасте до 1 года, затем следует пик – 75% в возрасте от 3 до 5 лет, что, вероятно, связано с так называемым физиологическим иммунодефицитом, функциональной незрелостью иммунной системы и системы ИФН [Исаков В.А. и др., 2014; Лусс Л.В., 2015; Кушнарера М.В., 2016; Савенкова М.С. и др., 2016; Сагымбаева А.А., 2016; Юнусова Е.И. и др., 2018].

Данные обстоятельства побуждают в целях оптимизации лечения детей с респираторным рецидивирующим папилломатозом менять схемы терапии, с учетом качества лечения данной патологии, искать новые группы препаратов, воздействующих на различные звенья иммунитета и противовирусную активность организма, разрабатывать реабилитационные мероприятия.

Анализ данных литературы отечественных и зарубежных авторов, занимающихся проблемами респираторного папилломатоза у детей, указывает на отсутствие единого мнения о состоянии иммунологической защиты организма, что и обусловило необходимость изучения иммунологических показателей, не только для установления возможно имеющегося дефицита, но и для подбора адекватной научно-обоснованной патогенетической терапии.

Исследования, направленные на изучение проблемы папилломатоза гортани у детского населения в различные возрастные периоды, в Республике Таджикистан не проводились. Выявление закономерностей и медико-социальных аспектов респираторного папилломатоза детского населения на современном этапе является важной и актуальной задачей, позволяющей своевременно диагностировать заболевание, усовершенствовать, разработать и внедрить оптимальные схемы лечения. Опыт клиники, занимающейся этой проблемой на протяжении более 25 лет и основанный на длительном лечении и наблюдении большого числа пациентов, с впервые выявленным заболеванием, так и повторно госпитализированных в детское оториноларингологическое отделение после хирургического и противорецидивного лечения, позволяет проанализировать ошибки диагностики и лечения детей с респираторным папилломатозом.

Таким образом, папилломатоз гортани - заболевание со сложным этиопатогенезом, требующее комплексных подходов в диагностике и лечении, а также разработки методов профилактики и реабилитации. Необходимость повышения эффективности лечения папилломатоза гортани у детей указывает на актуальность темы, отсутствие данных об эффективности имеющихся комбинированных методов лечения на частоту рецидивирования папилломатоза гортани, динамику иммунологических показателей и, особенно, на отдаленные результаты лечения, подтверждают важность и значимость проведенного исследования. Разработка и внедрение в клиническую практику комплексных

методов на основе передовых технологий существенно улучшит результаты лечения этого заболевания.

### **Степень изученности научной проблемы**

Учитывая высокую распространенность ПГ, эта проблема широко изучается и дискутируется среди научного сообщества стран всего мира. Мы изучили работы отечественных ученых [Мустафаев Д.М. и др. 2015; Мустафаев Д.М. и др. 2015; Рябова М.А. и др. 2015; Гусейнов И.Г., 2018; Свистушкин В.М. и др., 2019], авторов ближнего [Заболотный Д.И. и др., 2014; Чернокур А.А., 2014; Сагымбаева А.А. и др., 2016; Жайсакова Д.Е. и др., 2017] и дальнего зарубежья [Wicox L.J. et al., 2014; Donne A.J. et al., 2016; Campisi P., 2017; Chadha N.K., 2017; Rizka F. P. et al., 2017]. При этом выяснилось, что истинная распространенность респираторного папилломатоза до конца не определена. Так, распространенность папилломатоза гортани в США составляет 4,3 на 100 000 детей, в Дании - 3,62 на 100 000, в Канаде среди детей до 14 лет - 0,24 на 100 000 чел, в Великобритании 1,42 на 100 000 человек, в Московской области РФ - 2,3 на 100 000 детей [Егоров В.И. и др., 2018; Мустафаев Д.М. и др., 2018; Donne A.J. et al., 2016; Campisi P., 2017].

Эпидемиологические данные о распространенности папилломатоза гортани в РФ отсутствуют, как и не разработаны методы лечения данной патологии с целью уменьшения частоты рецидивов. При этом данная информация представляет научный интерес и имеет практическое значение в связи с наблюдающимся в последнее время ростом заболеваемости папилломатозом гортани у детей.

Данные литературы свидетельствует о сложности проблемы респираторного папилломатоза и значительном интересе исследователей к различным аспектам данной патологии [Рябова М.А. и др. 2015; Волкова К.Б. и др., 2016; Wong J.L. et al., 2014; Novakovic D. et al., 2018]. Совершенствование программы обследования и лечения пациентов с папилломатозом гортани, прогнозирование отдаленных результатов в послеоперационном периоде должны заключаться в формировании рациональной комплексной терапии, способах динамического наблюдения на системном, органном, тканевом и клеточно - органном уровнях, свойстве функционирования организма, что позволит оптимизировать лечение, увеличить межрецидивный период, улучшить качество жизни [Богомильский М.Р. и др., 2013; Захарова И.Н. и др., 2014; Кирасирова Е.А. и др., 2015; Малыгина В.В., 2018; Kono T. et al., 2017; Swain S.K. et al., 2019]. Снижение заболеваемости папилломатозом гортани возможно путем проведения профилактических и лечебных мероприятий с целью раннего выявления очагов дисплазии в эпителии гортани [Старостина С.В. и др., 2019; Fita A.M. et al., 2015; Karatayli-Ozgursoy S. et al., 2016; Kono T. et al., 2017; Ongkasuwan J. et al., 2017; Swain S.K. et al., 2019] в учреждениях общей лечебной сети и специализированных оториноларингологических отделениях, клиниках.

### **Теоретическое и методологические основы исследования**

Теоретической базой исследования явились проведенные ранее и опубликованные работы авторов ближнего и дальнего зарубежья, отечественных учёных по проблеме распространённости, диагностики, лечения и профилактики, папилломатоза гортани у детей.

В настоящей работе использованы статистические и клинические данные, ретроспективного анализа историй болезни детей папилломатозом гортани и проспективного исследования заболеваемости папилломатоза гортани у детей, с учётом пола, возраста, региона проживания, факторов риска. Оценена эффективность различных методов хирургического (эндоларингеальное удаление папиллом под эндотрахеальным наркозом холодными инструментами - гортанными полипными щипцами и эндоларингеальное удаление папиллом с применением струйного инъекционного метода искусственной вентиляции легких с использованием опорной и оптической системы) и консервативного лечения с применением различных комбинаций противовирусных и иммуномодулирующих препаратов в сочетании с гелий-неоновым лазером.

### **Общая характеристика работы**

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения папилломатоза гортани у детей за счет применения комбинации различных препаратов в сочетании с лазерной терапией, определение оптимального способа ИВЛ.

### **Объект исследования**

Объектом исследования оказались истории болезней 140 детей с папилломатозом гортани в возрасте от 1 года до 15 лет (ретроспективная часть), которые в период с 1997 по 2006 г. находились на стационарном лечении в детском оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра МЗ и СЗН Республики Таджикистан. Объектом исследования явились 132 ребенка в возрасте от 1 года до 15 лет, которые находились на обследовании и лечении в детском оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра МЗ и СЗН Республики Таджикистан в период с 2007 по 2016 г. (проспективная часть исследования).

### **Предмет исследования**

Предметом изучения являлось установление факторов риска развития заболевания, причин рецидива папилломатоза гортани, клинических форм заболевания, возрастных особенностей болезни, морфо-цитологической картины папиллом, иммунологических параметров, противовирусной системы защиты организма, виды хирургического вмешательства, свойства, применяемых лекарственных препаратов, особенности воздействия гелий-неонового лазера, мер профилактики.

### **Задачи исследования**

1. Провести ретроспективный анализ и проспективное исследование, используемых в практике методов лечения папилломатоза гортани у детей, выявить их преимущества и недостатки.

2. Проанализировать причины и соответствующие им факторы риска развития и рецидива папилломатоза гортани у детей.

3. Усовершенствовать методику хирургического удаления папиллом с использованием струйного (инъекционный) метода искусственной вентиляции легких.

4. Изучить эффективность различных методов лечения папилломатоза гортани. Оценить эффективность комбинированного лечения папилломатоза гортани.

5. Оценить значение иммунного и интерферонового статуса для клинического течения заболевания, предложить способ его контроля и коррекции в процессе лечения

6. Организация комплекса профилактических и лечебных мероприятий по ранней диагностике папилломатоза гортани у детей, предупреждения рецидивов.

7. Разработать рекомендации по совершенствованию организационных мероприятий, необходимых для раннего прогнозирования, выявления и устранения нерешенных вопросов в диагностике, лечении и реабилитации детей с папилломатозом гортани.

#### **Методы исследования**

Для решения поставленных задач в данной работе были применены клинические исследования, исследование ЛОР-органов, эндоскопическое исследование гортани (прямая и непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия), рентгенологическое исследование (обзорная рентгенография, КТ, МРТ) органов шеи и грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания, ПЦР диагностика, иммунологические, цитологическое и морфологические исследования, анкетирование больных.

#### **Область исследования**

Результаты исследования соответствуют паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по научной специальности 14.01.03 - Болезни уха, горла и носа, пунктам 2, 3, 4, 5, 6, 7.

#### **Этапы исследования**

На I-ом этапе исследования для определения факторов риска, клинических проявлений, сроков госпитализации, частоты рецидивов, функциональных нарушений, сравнения эффективности, применяемых методов лечения проведен анализ истории болезней 140 детей с папилломатозом гортани в возрасте от 1 года до 15 лет, которые в период с 1997 по 2006 г. находились на стационарном лечении в детском оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

На II -ом этапе проведено комплексное обследование и лечение 132 детям с папилломатозом гортани в возрасте от 1 года до 15 лет, которые находились в детском оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра и на базе кафедры оториноларингологии Государственного образовательного учреждения «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» МЗ и СЗН РТ в период с 2007 по 2016 г.

#### **Основная и информационная и исследовательская базы**

В работе была изучена научная информация: материалы диссертаций, съездов конференций, симпозиумов, научные статьи журналов, монографии авторов ближнего и дальнего зарубежья и отечественных учёных.

#### **Достоверность диссертационных результатов**

Достоверность результатов исследования подтверждается достаточным объемом наблюдений. Обследовано 132 ребенка с папилломатозом гортани.

Проведен ретроспективный анализ 140 историй болезни детей, находившихся на лечении в детском оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра МЗ и СЗН Республики Таджикистан. Используются принципы рандомизации, стратификации, сравнения с контролем, дифференцированного статистического анализа полученных результатов.

#### **Научная новизна исследования**

В работе решена новая научная проблема современного комплексного подхода к лечению папилломатоза гортани у детей. Впервые дана сравнительная оценка эффективности различных вариантов лечения и их комбинаций, применяемых с противорецидивной целью у детей с респираторным папилломатозом, на основании динамики клинического течения заболевания, морфо-функциональных изменений, показателей иммунного и интерферонового статусов. Определен дифференцированный подход к терапии респираторного папилломатоза с учетом тяжести течения и формы заболевания. Дано обоснование патогенетической роли выявленных нарушений в развитии папилломатоза гортани у детей. Установлены определенные закономерности в динамике восстановления утраченных функций гортани в зависимости от избранных вариантов комбинированного лечения. Применение щадящей эндоскопической эндоларингеальной микрохирургия для радикального удаления папиллом гортани с использованием способа струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких в качестве анестезиологического обеспечения позволило минимизировать риск развития осложнений, у пациентов младшего возраста. Впервые изучено влияние проводимой терапии на показатели иммунного и интерферонового статусов. Предложены варианты терапии рецидивирующего папилломатоза гортани с применением иммуностимулирующих и противовирусных препаратов.

**Теоретическая ценность исследования** заключается в том, что основные положения исследования, вопросы диагностики и лечения папиллом гортани могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов, ЛОР-кабинетах поликлиник и ЛОР-отделениях областных и Республиканских больниц, а также при составлении программ по подготовке высококвалифицированных оториноларингологов.

#### **Практическая ценность исследования**

1. На основании результатов научного исследования разработана схема диагностики, лечения и профилактики рецидива папилломатоза гортани у детей, включающая эндоларингеальное удаление папиллом гортани в сочетании с различной комбинацией лекарственных средств и лазерной терапии, которые способствуют восстановлению утраченной дыхательной и голосовой функции гортани.

2. В практику внедрен метод щадящего эндоларингеального хирургического вмешательства с применением оптических систем при папилломатозном процессе на голосовых складках.

3. Оценка характера течения заболевания, прогнозирования его исхода и выбора типа иммуномодулирующей и интерфероновой терапии, основаны на определении иммунного и интерферонового статуса.



4.Предложенный комбинированный метод лечения детей с папилломатозом гортани демонстрирует его преимущества перед другими способами лечения.

5.Доказано преимущество применения наркоза со струйной высокочастотной искусственной вентиляцией легких, который обеспечивает выполнение операции при полном обзоре операционного поля с максимальным функциональным результатом перед традиционными методами операции.

6.Использование медикаментозного лечения в сочетании с психотерапией и фонопедическими занятиями способствуют восстановлению голосовой и дыхательной функций.

7.Разработаны критерии для формирования группы риска с целью раннего выявления папилломатоза гортани у детей. Для снижения заболеваемости рекомендовано проведение профилактических осмотров с применением комплексного метода исследования.

#### **Положения, выносимые на защиту**

1.Изучение факторов риска, клинико-функциональных особенностей течения заболевания с использованием цито-морфологических, функциональных, иммунологических исследований, полимеразной цепной реакции эффективны для ранней диагностики и своевременного начала комплексного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей.

2.Щадящая эндоларингеальная микрохирургия с применением высокочастотной искусственной вентиляции легких является эффективным методом анестезиологического обеспечения при хирургическом лечении папилломатоза гортани у детей.

3.Показана значимость предложенных комбинированных способов лечения папилломатоза гортани у детей, по сравнению с традиционными.

4.Выяснить эффективность комбинированного лечения папилломатоза гортани у детей путем оценки ближайших и отдаленных результатов на основе функциональных показателей.

5.Папилломатоз гортани у детей протекает на фоне сдвига показателей иммунного и интерферонного статусов, а динамика их восстановления под действием препаратов, обладающих иммуномодулирующей, противовирусной и антигуморогенной активностью, отражает эффективность патогенетической терапии заболевания.

6.Предложенный комбинированный метод лечения детей с папилломатозом гортани в сочетании с психотерапией и фонопедическими занятиями способствует раннему восстановлению голосовой и дыхательной функций и демонстрирует его преимущества перед другими способами лечения.

7.Предложенная схема реабилитационных и профилактических мероприятий способствует предупреждению развития и рецидивирования папилломатоза гортани у детей.

#### **Личный вклад соискателя**

Автором совместно с научными руководителями выбрана тема диссертации, определены цель и задачи, объект исследования, базы и методы исследования клинического материала. Соискателем самостоятельно проведен патентно-информационный поиск по проблеме исследования, разработаны алгоритмы

обследования детей (100%). Автор самостоятельно проводил работу с архивными данными, обследовал детей с папилломатозом гортани, систематизировал материал диссертационного исследования, лично проводил оперативное и консервативное лечение, реабилитационные мероприятия, диспансерное наблюдение за детьми с респираторным папилломатозом (100%). Ведение историй болезни, заполнение карт стационарного больного проводились лично автором (100%). Забор материала для диагностики ВПЧ осуществлялся соискателем (100%). Самостоятельно была составлена электронная база данных, проводилась статистическая обработка материала, разработан дизайн графического представления результатов исследования, написаны статьи и главы диссертации. Доля личного участия автора в проведении данного исследования составила 100%, в анализе, систематизации и обосновании полученных выводов, написании статей и глав диссертации – 100%.

Основные научные результаты отражены соискателем в монографии, личный вклад автора – 90%, в статьях в журналах, включенных в перечень научных изданий ВАК при Президенте РТ для опубликования результатов диссертационных исследований, личный вклад автора - 90%, в рецензируемых сборниках научных статей, материалах международных и республиканских научно-практических конференций, методических рекомендациях, учебном пособии, личный вклад автора - 90%. Анализ и обобщение материалов по всем направлениям исследования проведены лично автором (100%).

#### **Апробация диссертации и информация об использовании её результатов**

Основные положения диссертационного исследования доложены на 55-й ежегодной научно - практической конференции Таджикского государственного медицинского университета, посвященной 75-летию член-корр. РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки «Актуальные вопросы семейной медицины» (Душанбе, 2007); на XI конгрессе педиатров Евроазиатских стран (Душанбе, 2011); на Республиканской научно-практической конференции отоларингологов с международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии», посвященной 80-летию член-корр. РАМН профессора Ю.Б.Исхаки (Душанбе, 2012); II - научно-практической конференции «Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных заболеваний в детской оториноларингологии» (Ташкент, 2012); Республиканской научно - практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины» (Самарканд, 2014); XXII научно - практической конференции с международным участием ГОУ ИПО в СЗ РТ «Роль последиplomного образования в развитие медицины РТ» (Душанбе, 2016). Апробация диссертации проведена на межкафедральной научной конференции кафедр оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и ГОУ ИПО в СЗ РТ, хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПО в СЗ РТ (Душанбе, 2020), Республиканском научно-практическом обществе оториноларингологов и хирургов (Душанбе, 2018 - 2020).

**Опубликование результатов диссертации.** По материалам диссертации,

опубликованы 70 научных статей, из них 19 - в изданиях, рецензируемых ВАК при Президенте РТ, получен 1 патент на изобретение, 9 удостоверений на рационализаторские предложения. Патент на изобретение Республики Таджикистан «Способ комбинированного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей» № TJ 1082 от 20.02.2020, заявка № 1901333 от 11 июля 2019 г.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 296 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, указателя литературы, иллюстрирована 56 таблицей, 49 рисунками. Список литературы включает в себя 226 источников, из них 103 работы на русском и 123 на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Материал и методы исследования.** Работы выполнены на базах детского оториноларингологического отделения Национального медицинского центра МЗиСЗН Республики Таджикистан и кафедры оториноларингологии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере Здравоохранения Республики Таджикистан» МЗиСЗН РТ.

Для реализации цели и решения поставленных задач, оптимизации лечения проведен анализ архивных данных (ретроспективная часть) 140 историй болезней пациентов с папилломатозом гортани, находившихся на стационарном лечении в детском оториноларингологическом отделении НМЦ МЗ и СЗН РТ и кафедре оториноларингологии с 1997 по 2006 гг. и 132 детей (перспективную часть), находившихся на обследовании и лечении в том же медицинском учреждении с 2007 по 2016 гг.

Критерии включения пациентов в исследование.

1. Добровольное информированное согласие больных (и/или их родителей у детей до 14 лет).
2. Верифицированный диагноз «папилломатоз гортани».
3. Возраст больных 1 - 15 лет.

Дизайн исследования включал в себя соблюдение медицинских рекомендаций после операции и выписки из стационара, а также динамическое наблюдение за больными на протяжении всего периода исследования.

Методы исследования выбирались, исходя из постановки решаемых задач, с учетом особенностей исследуемых детей и патологии. Пациентам помимо стандартного протокола обследования производилась прямая и непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия или видеоларингоскопия с видеофиксацией эндоскопической картины. Выполнялось рентгенологическое, цитологическое и гистологическое исследование, спирометрия, типирование папилломавирусов с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для уточнения диагноза, оценки прогрессирования заболевания возможных рисков оперативного вмешательства и анестезиологического пособия проводилась компьютерная томография. Изучался иммунный и интерфероновый статусы.

Контрольную группу составили 18 практически здоровых детей того же возраста.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

### **Характеристика результатов обследования и лечения ретроспективной группы (архивный материал)**

На I-ом этапе научной работы для определения факторов риска, клинических проявлений, сроков госпитализации, частоты рецидивов, функциональных нарушений, сравнения эффективности, применяемых методов лечения проведен анализ истории болезней 140 детей с папилломатозом гортани в возрасте от 1 года до 15 лет (**ретроспективная часть**), которые в период с 1997 по 2006 г. находились на стационарном лечении в детском оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра МЗ и СЗН Республики Таджикистан. Среди обследованных мальчиков - 83 (59,3%), девочек - 57 (40,7%). Большинство обследуемых детей было в возрасте от 4 до 6 лет (41,5%) и от 1 года до 3-х лет (28,5%). В старшей возрастной группе (13 - 15 лет) количество детей, страдающих папилломатозом гортани, было значительно меньше (2,1%).

Жалобы на изменение голоса различной степени выраженности после голосовой нагрузки выявлены у 140 пациентов. У 70 мальчиков и у 44 девочек голос был тихим и слабым. Афония отмечена у 13 мальчиков и у 13 девочек. При анализе архивного материала установлено, что 60,7% детей - первенцы, 21,4% детей - рожденные вторым по счету ребенком в семье, 10,7% пациентов - третьим и более ребенком, рождены юными матерям  $19 \pm 0,3$  лет, в большинстве случаев - 82,1% - роды вагинальные. У 25% матерей акушерско-гинекологический анамнез был отягощен. В 40% случаев наблюдался неблагоприятный семейный анамнез по папилломавирусной инфекции. Сопутствующие заболевания отмечены у 80% детей с папилломатозом гортани. Патология ЛОР-органов диагностирована у 63,6% детей, ЖКТ - у 17,1%, вирусная инфекция (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, вирус Эпштейна - Барра, ОРВИ) - у 21,4% детей, ассоциация ВПЧ с вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом, вирусом Эпштейна - Барра встречалась в 9,3% случаев, аллергопатология - у 25,7% детей. У 63 родителей (45%) профессия была связана с вредными условиями труда (рабочие промышленных предприятий - 25 (17,9%) чел., агропромышленного комплекса - 38 (27,1%) чел.), у 24 (17,1%) детей отцы являлись курильщиками. С первичным папилломатозом гортани было 59 детей, с рецидивирующим - 81. Ограниченная форма первичного ПГ имела у 23 (16,4%) пациентов, распространенная - у 24 (17,1%), обтурирующая - у 12 (8,6%) пациентов. При рецидивирующем ПГ ограниченная форма встречалась у 20 (14,3%) человек, распространенная - у 37 (26,4%) и обтурирующая - у 24 (17,1%). В зависимости от вида лечения дети были разделены на группы (таблица 1).

**Таблица 1. - Распределение пациентов в зависимости от вида лечения**

Группы	Проводимое лечение	Возраст (в годах)	Пол		Всего
			м	д	
1 гр.	Хирургическое лечение (монотерапия)	1 - 3	12	8	20
2 гр.	Эндолярингеальное удаление папиллом + виферон (суппозитории ректальные)	1 - 3	12	8	20
3 гр.	Эндолярингеальное удаление папиллом + проспидин (ингаляции)	4 - 6	17	12	29
4 гр.	Эндолярингеальное удаление папиллом + реаферон ЕС	4 - 6	16	13	29
5 гр.	Эндолярингеальное удаление папиллом + циклоферон + электрофорез с гидрокортизоном	7 - 9	9	7	16
6 гр.	Эндолярингеальное удаление папиллом + циклоферон + амиксин®	7 - 9	9	6	15
7 гр.	Эндолярингеальное удаление папиллом + тактивин + ацикловир	10 - 15	8	3	11

В зависимости от частоты рецидивирования дети были разделены на 3 группы. Первую группу (редко рецидивирующий ПГ) - составили 53 (37,9%) пациента, во вторую группу (часто рецидивирующий ПГ) вошли 55 (39,3%) пациентов, в третьей группе с очень часто рецидивирующим ПГ было 32 (22,9%) больных.

В **1 группе** было 20 детей (1 - 3 года), им проводилось эндолярингеальное удаление папиллом (монотерапия). За период наблюдения однократно удалены папилломы у 7 пациентов, дважды - у 7 пациентов, трижды - у 3, четыре раза - у 4 пациентов. Средний межрецидивный период составил  $4,8 \pm 0,2$  мес. Проведено 55 операций по удалению папилломатозных образований. В среднем, по 2,8 операции на одного пациента. Во время операции объемную ИВЛ проводили через эндотрахеальную трубку.

Во **2 группе** также было 20 детей (1 - 3 года), после эндолярингеального удаления папиллом назначался виферон ректальные суппозитории по 150 000 МЕ 2 раза в день в течение 10 дней. Однократно оперировано 8 детей, дважды - 5 детей и трижды - 7 детей. Проведена 51 операция. В среднем, 2,6 операции на 1 пациента. Межрецидивный период в среднем составил  $6,5 \pm 0,1$  мес. Во 2 группе по сравнению с 1 группой увеличился межрецидивный период.

В **3 группу** вошли 29 детей (4 - 6 лет), эндолярингеальное удаление папиллом сочетали с аэрозольными ингаляциями проспидина ежедневно (0,1 - 0,2 г препарата) по 10 мин. На курс лечения 15 процедур. Побочных реакций во время терапии не было. По показаниям назначали антибактериальную терапию (супракс в суточной дозе от 5 до 10 мл, в течение 7 - 10 дней). Повторный курс терапии проводили через 3 - 4 месяца (профилактика рецидива заболевания),

не менее 10 сеансов ингаляций проспидина. Однократно папилломы удалены у 10 пациентов, дважды - у 12, трижды — 7. Межрецидивный период равнялся  $8\pm 0,3$  мес. Произведено 74 операции по удалению папиллом гортани, что составило 2,6 операций на 1 больного.

**В 4 группе** было 29 детей (4 - 6 лет), эндоларингеальное удаление папиллом сочетали с ингаляциями и внутримышечным введением реферона ЕС в дозе 250 000 МЕ 3 раза в неделю в течение 1 месяца. Для усиления его противоопухолевого и противовирусного действия всем детям в первые 10 суток после операции проводились ингаляции реферона ЕС с помощью небулайзера. Повторные курсы назначались с интервалом в 3 месяца. Однократно папилломы удалены у 11 пациентов, дважды - у 12, трижды - у 6 пациентов. Межрецидивный период равнялся  $9,5\pm 0,2$  мес. Проведена 71 операция, что составляло 2,4 операции на 1 пациента.

**В 5 группе** было 16 (7 - 9 лет) детей, эндоларингеальное удаление папиллом в сочетании с циклофероном и электрофорезом с гидрокортизоном. Циклоферон назначали 1 раз в сутки по 2 таблетки (300 мг.) на прием на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14 сутки. Курс лечения 14 таблеток. Повторный курс проводился через 3 недели после окончания первого. Препарат принимался в той же дозировке на 1, 2, 4, 6, 8 сутки. Электрофорез с гидрокортизоном проводился ежедневно, длительность процедуры 20 минут. Однократно удалены папилломы у 7 пациентов, двукратно - у 6, трехкратно - у 3 пациентов. Средние сроки межрецидивного периода составили  $10\pm 0,2$  мес. Всего проведено 37 операций, в среднем, по 2,3 операции на пациента.

**В 6 группе** было 15 детей 7 - 9 лет, эндоларингеальное удаление папиллом сочетали с циклофероном и амиксином. Циклоферон назначали внутрь 1 раз в сутки по 2 таблетки (300 мг.) на прием, амиксин® 60 мг (1 таблетка) на прием на 1, 2, 4, 6, 8, 10 сутки. Повторный курс лечения проводился через 2 недели после окончания первого курса. Препараты назначались в той же дозировке на 1, 2, 4, 6, 8-е сутки. При рецидивах препараты принимали на 1, 2, 4, 6, 8, 10 сутки. В 6 случаях произведено однократное удаление папиллом, в 5 случаях папилломы удалялись дважды и в 3 случаях - трижды. Межрецидивный период равнялся  $12\pm 0,3$  мес. Проведено 34 хирургических вмешательства, что составляло 2,3 операции у одного больного.

**В 7 группе** было 11 детей 10 - 15 лет, эндоларингеальное удаление папиллом сочетали с противорецидивной терапией тактивиним и ацикловиром. Ацикловир назначали по 200 мг 4 раза/сут в течение 5 дней. Тактивин вводили п\к ежедневно в течение 10 дней в комплексе с ацикловиром. Последующее введение препарата - по 1 инъекции 1 раз в 10 дней в течение 3 мес. Ацикловир назначали по 1 таблетке (200 мг) 4 раза в день. Продолжительность лечения 5 дней. Для подавления рецидивов назначали по 1 таблетке (200 мг) 4 раза в день или по 2 таблетки 2 раза в день. Удаление папиллом однократно произведено 3 пациентам. Дважды оперированы 4 пациентов, трижды - 4. Произведено 31 вмешательство на гортани, в среднем, по 2,7 вмешательства на 1 больного. Средний срок периода ремиссии составлял  $8\pm 0,3$  мес.

Хорошие результаты лечения в ретроспективной группе были у 53 (37,9%)

пациентов, удовлетворительные - у 55 (39,3%) и неудовлетворительные - у 32 (22,9%) пациентов.

Таким образом, наибольший межрецидивный период в ретроспективной группе детей достигнут при сочетании хирургического лечения с использованием комбинации циклоферона и амиксина, циклоферона с гидрокортизоном, реферона. У пациентов, которым проводилась монотерапия (только удаление папиллом), восстановительный период был дольше, а рецидивы наступали в более короткие сроки.

**Сравнительная характеристика результатов обследования и лечения проспективной группы.** Для проведения сравнительного анализа эффективности лечения папилломатоза гортани, у детей выполнено проспективное исследование. Объектом исследования стали 132 пациента с папилломатозом гортани по возрасту и полу сопоставимые с ретроспективной группой. Возраст детей колебался в пределах 1 - 15 лет. Мальчиков – 79 (59,8%), девочек - 53 (40,2%), большинство детей было в возрасте от 4 до 6 лет (38,6%) и от 1 года до 3-х лет (28,8%). Пик манифестации РРП у обследованных детей приходился на возраст от 4 до 6 лет, что, вероятно, связано с так называемой функциональной незрелостью иммунной системы и системы ИФН.

Проанализированы сроки обращения детей с ПГ в специализированные медицинские учреждения. В 45,5% случаев (60 детей) до госпитализации в детское оториноларингологическое отделение пациенты проходили курс амбулаторного лечения, включавшего антибактериальную и витаминотерапию, введение в гортань лекарственных препаратов и масел, ингаляции с антигистаминными препаратами и глюкокортикостероидами, бронхолитиками, муколитиками. На фоне и после проведенной терапии часть больных отмечала положительную динамику. При обращении за медицинской помощью впервые 13,6% детям ошибочно был поставлен диагноз «острый ларингит», 12,9% - ларинготрахеит, 9,8% - острый ринофарингит, 4,5% - острый бронхит, 3,1% - инородное тело гортаноглотки, 1,5% - отек гортани. У 54,5% детей заболевание было выявлено во время обращения в детское оториноларингологическое отделение.

Жалобы на нарушение голосовой функции предъявляли все пациенты, на тихий и слабый голос жаловались 81,8% детей, на отсутствие голоса - 18,2%, одышку при физической нагрузке - 81,8%, одышку в покое - 18,2%, кашель - 36,4%, ощущение инородного тела в горле - 29,5%, поперхивание при еде - 21,2%.

Анализ патологии, влияющей на формирование и течение папилломатоза гортани у детей проспективной группы показал, что преобладали воспалительные заболевания ЛОР-органов, которые отмечены у 72% детей, заболевания желудочно-кишечного тракта - у 31,1% пациентов. Отягощенный аллергоанамнез выявлен у 30,3% пациентов. Ассоциации ВПЧ с вирусом простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирусом (ЦМВ), вирусом Эпштейна-Барра (ВЭБ) установлены у 23,5%, эндокринные нарушения - у 3,8% пациентов.

Факторами риска инфицирования ВПЧ явились: возраст матери  $19 \pm 0,3$  лет, начало половой жизни < 18 лет. У 69,7% детей матери были первородящими, т.е. дети - первенцы, в 30,3% - повторнородящие. Вторым по счету ребенком в семье родились 18,2%, третьим - 7,6%, четвертым и более - 4,5% Акушерско-

гинекологический анамнез отягощен у 25,8% матерей. Частота своевременных родов (через естественные родовые пути) составила 83,3% случаев. Операция кесарево сечение произведена 16,7% матерям. Родители 18 (13,6%) детей состояли в родственном браке (двоюродные и троюродные братья и сестры), что также могло повлиять на возникновение ПГ. У 42,4% (56) детей наблюдался неблагоприятный семейный анамнез по папилломавирусной инфекции. У 28 (21,2%) детей отцы были курящими, у 17,4% (23) родителей работали в промышленном секторе, у 23,5% (31) - в агропромышленном комплексе. В 21,2% случаев родители по разным причинам временно не работали, что отразилось на социально – бытовом уровне семьи. Лишь 14 (10,6%) детей родились в социально - благополучных семьях. На вскармливании материнским молоком в первые 6 месяцев жизни было достоверно меньше  $35,5 \pm 3,4$  детей, чем на искусственном вскармливании  $50,2 \pm 4,3\%$ .

С первичным ПГ оказалось 72 (54,5%) пациента, с рецидивирующим - 60 (45,4%). Ограниченная форма отмечена у 52 (39,3%) детей, распространенная - у 51 (38,6%), обтурирующая - у 29 (22,1%).

Редко рецидивирующий папилломатоз гортани выявлен у 57 (43,2%) детей, часто рецидивирующий - у 52 (39,4%), очень часто (непрерывно) рецидивирующий - у 23 (17,4%).

Все дети были разделены на группы в зависимости от получаемого лечения (таблица 2).

**Таблица 2. - Распределение пациентов в зависимости от используемого лечения**

Группы	Проводимое лечение	Возраст (в годах)	Пол		Всего
			м	д	
1 гр.	Хирургическое лечение + гелий-неоновый лазер	1 - 3	11	8	19
2 гр.	Эндоларингеальное удаление папиллом + генферон® (суппозитории ректальные) + гелий-неоновый лазер	1 - 3	10	9	19
3 гр.	Эндоларингеальное удаление папиллом + изопринозин + полиоксидоний	4 - 6	16	10	26
4 гр.	Эндоларингеальное удаление папиллом + ацикловир + изопринозин + гелий-неоновый лазер	4 - 6	15	10	25
5 гр.	Эндоларингеальное удаление папиллом + циклоферон + полиоксидоний + гелий-неоновый лазер	7 - 9	10	5	15
6 гр.	Эндоларингеальное удаление папиллом + гелий-неоновый лазер +	7 - 9	10	5	15



	полиоксидоний + гроприносин®				
7 гр.	Эндоларингеальное удаление папиллом + гелий-неоновый лазер + кагоцел + гроприносин®	10 - 15	7	6	13

Лечение у детей с папилломатозом гортани начинали с удаления папиллом. При удалении папилломатозных образований особое внимание уделяли анестезиологическому обеспечению, так как особенностью данной операции является работа хирурга и анестезиолога на одном операционном поле. Хирургическое удаление папиллом проводили с применением струйного (инжекционного) метода искусственной вентиляции легких (ИВЛ). ИВЛ осуществляли без интубации трахеи, тем самым обеспечивая выполнение операции при полном обзоре операционного поля с максимальным функциональным результатом. Ларингоскопия проводилась ларингоскопом Reicker - Kleinsasser, с опорной системой (рисунок 1).



а) до операции

б) ч/з 2 мес. после операции

**Рисунок 1. - Вид операционного поля через клинок ларингоскопа**

В 1 группе было 19 детей в возрасте от 1 года до 3-х. Под общей анестезией с ВЧ ИВЛ с инъекцией кислорода произведено эндоларингеальное удаление папиллом. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводился курс лазерной терапии на биологически активные точки и эндоларингеально в течение 10 дней. С целью профилактики рецидива ПГ лазеротерапию проводили с интервалом раз в 3 месяца. Однократно оперированы 8 детей, дважды оперированы - 5 детей, трижды - 4, четыре раза - 2 детей. Межрецидивный период равнялся  $6,5 \pm 0,2$  мес. В данной группе пациентов за период наблюдения произведено 49 хирургических вмешательств. В среднем, 2,6 операции на 1 пациента. На фоне сочетания эндоларингеальной хирургии с лазерной терапией несколько удлинился межрецидивный период, по сравнению с монотерапией.

Во 2 группу вошли 19 детей с ПГ в возрасте от 1 года до 3 лет, которым

после эндоларингеального удаления папиллом назначали генферон®ЛАЙТ (ректальные суппозитории) в сочетании с местным применением гелий - неоновый лазер. Ректальные свечи назначали в дозировке по 125 000 МЕ два раза в день в течение 5 дней, три курса по альтернирующей схеме с 20 - дневным перерывом. Однократно папилломы удалены у 7 больных, дважды - у 9 пациентов, трижды - у 3 пациентов. Всего проведено 46 операций по удалению папиллом. В среднем, на 1 пациента приходилось 2,4 операции. Межрецидивный период равнялся  $8,5 \pm 0,2$  мес. При сравнительном анализе результатов лечения первой и второй групп больных (ретро-и проспективная группы) лучшие результаты отмечены у детей 2 группы проспективной части исследования.

**В 3 группе** находились дети в возрасте от 4 до 6 лет (26 чел). После эндоларингеального удаления папиллом им назначали изопринозин и полиоксидоний. Изопринозин принимали по 250 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней. С целью профилактики назначали по 250 мг изопринозина 2 раза в день в течении 7 дней. Полиоксидоний назначался ректально 6 мг 1 раз в сутки. На курс лечения 10 свечей. Для профилактики свечи назначали через день. Курс - 10 суппозиторияев, повторный курс спустя 3 мес. При рецидивах заболевания Полиоксидоний назначали ежедневно в сочетании с изопринозином в течение 10 дней. Однократно произведено удаление папиллом 10 детям. Дважды оперированы 11 детей, трижды - 5. Межрецидивный период равнялся  $9,5 \pm 0,2$  мес. Проведено 63 операций. В среднем, на 1 пациента приходится 2,4 случая оперативного вмешательства.

**В 4 группе** было 25 детей с ПГ в возрасте от 4 до 6 лет. Дети этой группы после хирургического вмешательства с противорецидивной целью получали ацикловир и изопринозин в сочетании с местным применением гелий-неоновый лазер. Ацикловир назначали по 200 мг (1 таблетка) 4 раза в сутки 10 дней. При рецидиве ПГ ацикловир принимали по 200 мг 3 раза в сутки 5 дней. Изопринозин назначали по 250 мг 2 раза в сутки на протяжении 14 дней. Повторный курс при рецидивах по 250 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней с ацикловиром. На фоне курса медикаментозной терапии после операции проводили лазерную терапию. Однократно оперировано 11 пациентов, дважды - 11 пациентов и трижды - 3. Межрецидивный период равнялся  $10,5 \pm 0,2$  мес. Всего было проведено 56 операций, в среднем, на 1 пациента приходится 2,3 операции. В группах сравнения эффективность лечения была почти одинаковой.

**В 5 группу** вошли 15 детей в возрасте от 7 до 9 лет. Эндоларингеальная хирургия сочеталась с приемом циклоферона и полиоксидония с лазерной терапией. Циклоферон назначали в той же дозировке, что и в ретроспективной группе. Полиоксидоний назначался ректально 6 мг 1 раз в сутки. На курс лечения 10 свечей. Для профилактики суппозитории полиоксидония 6 мг назначали через день. Курс - 10 суппозиторияев, повторный курс спустя 3 мес. При рецидивах заболевания циклоферон принимали ежедневно по схеме в сочетании с полиоксидонием и лазерной терапией. Гелий-неоновый лазер использовали эндоларингеально и на биологически активные точки. Проводили комплекс дыхательных, артикуляционных и голосовых упражнений для восстановления голосовой функции. У 8 пациентов однократно удалены папилломы, у 5 - дважды

и у 2 - трижды. Межрецидивный период равнялся  $12 \pm 0,3$  мес. Всего проведено 33 операции. В среднем, по 2,2 операции у больного. При использовании повторных курсов лечения сроки ремиссии удлинились. Результаты лечения в группах сравнения почти идентичны.

**В 6 группу** вошли 15 детей (7 - 9 лет). Лечение включало эндоларингеальное удаление папиллом с использованием полиоксидония и гроприносина® с лазерной терапией. Гроприносин® назначали по 250 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней в сочетании с полиоксидонием 6 мг по 1 свече 1 раз в сутки. На курс лечения 10 свечей. К лечению добавлена лазерная терапия на биологически активные точки и эндоларингеально. Лечение проводили курсами по 14 дней с интервалом в 1 месяц. Детям проводили комплекс дыхательных и голосовых упражнений для восстановления голосовой функции. Важную роль в реабилитации пациентов после операции играют фонопедические упражнения и психотерапия. Рецидив папиллом выявлен у 8 больных, из них 6 пациентов оперированы дважды, 2 пациента - трижды. В 7 случаях однократно произведено удаление папиллом. За период наблюдения проведено 33 вмешательства по удалению папиллом, что в среднем составило 2,2 операции на 1 пациента. Межрецидивный период равнялся  $12 \pm 0,5$  мес.

**7 группа** была укомплектована из детей 10 - 12 и 13 - 15 лет из-за их небольшого количества - 13 чел. После удаления папиллом детям назначали кагоцел в первые два дня - по 1 таблетке 3 раза в сутки, в последующие 2 дня - по 1 таблетке 2 раза в сутки. На курс продолжительностью 4 дня - 10 таблеток, перерыв в течение 5 дней, затем цикл повторяли. Длительность профилактического курса 2 месяца с перерывами в 5 дней. Гроприносин® назначали по 250 мг 3 раза в сутки в течение 14 дней. Затем проводили еще 2 курса, каждый с интервалом в 1 месяц. Пациенты также получали лазерную терапию, комплекс дыхательных и голосовых упражнений для восстановления голосовой функции. Дважды оперировано 5 пациентов, трижды - 2 пациента, однократно - 6 пациентов. Проведено 29 операций, в среднем, это составляло 2,2 операции на пациента. Межрецидивный период равнялся  $12 \pm 0,4$  мес.

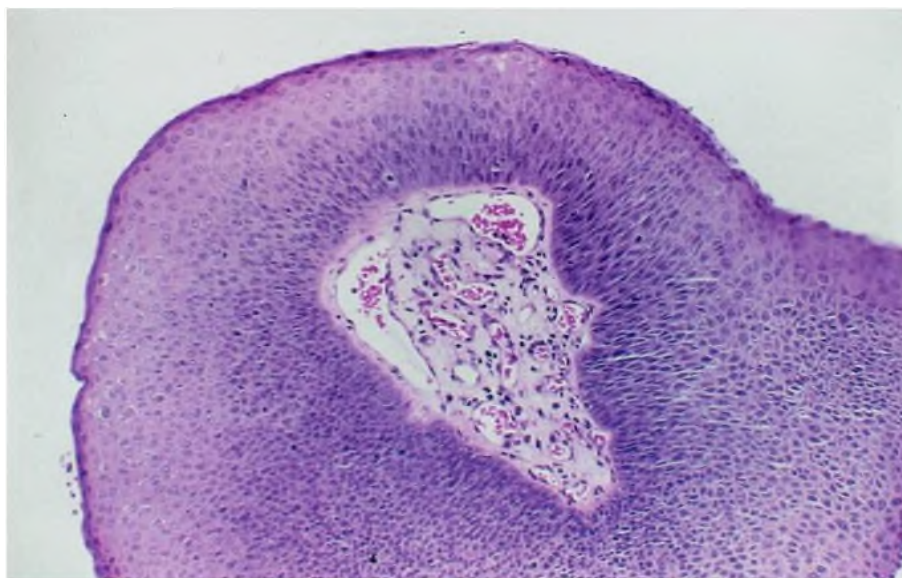
При оценке отдаленных результатов комплексного лечения респираторного папилломатоза у детей замечено, что раннее начало лечения достоверно улучшает вероятность клинического выздоровления (отсутствие рецидивов или удлинение сроков ремиссии). У пациентов этой группы, во время лечения отмечена, более быстрая динамика улучшения послеоперационной картины. На фоне фонопедических занятий и психотерапии значительно быстрее восстанавливалась голосообразовательная функция.

До лечения у детей проспективной группы имело место умеренное снижение ЖЕЛ, ФЖЕЛ и ОФВ<sub>1</sub>,  $p < 0,05$ ; ПСВ,  $p < 0,05$ ; МОС<sub>25</sub> и МОС<sub>50</sub>,  $p > 0,05$ ; МОС<sub>75</sub>,  $p < 0,05$ . У детей с распространенной формой папилломатоза гортани, по сравнению с показателями контрольной группы, были выявлены значимые различия по следующим показателям: ЖЕЛ ( $p < 0,01$ ); ФЖЕЛ ( $p < 0,01$ ); ОФВ<sub>1</sub> ( $p < 0,01$ ); ПСВ ( $p < 0,01$ ); МОС<sub>25</sub> ( $p > 0,05$ ); МОС<sub>50</sub> ( $p < 0,01$ ); МОС<sub>75</sub> ( $p < 0,01$ ). При сравнении данных детей с обтурирующей формой с контрольной группой были получены более выраженные снижения показателей ФВД - ЖЕЛ ( $p < 0,01$ );

ФЖЕЛ ( $p < 0,001$ ); ОФВ<sub>1</sub> ( $p < 0,001$ ); ПСВ ( $p < 0,01$ ); МОС<sub>25</sub> ( $p > 0,05$ ); МОС<sub>50</sub> и МОС<sub>75</sub> ( $p < 0,01$ ). В результате лечения улучшились показатели ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МОС<sub>25</sub>, МОС<sub>50</sub>, МОС<sub>75</sub>, что отражает уменьшение аэродинамического сопротивления в гортани в результате удаления папилломатозных масс. Исследование функции внешнего дыхания необходимо для выявления признаков сужения гортани, наличие и проявление которых могут повлиять на выполнение хирургического вмешательства.

У детей с папилломатозом гортани во всех возрастных группах до лечения наблюдались признаки иммунодефицита-снижение процентного и абсолютного количества субпопуляций лимфоцитов, несущих CD3+, CD4+ и CD8+-рецепторы. Уровни CD16+ и CD19+-лимфоцитов были повышены, по сравнению с контрольной группой. Напряженность гуморального иммунитета выражалась в снижении содержания Ig A, M и G. После лечения возрастало относительное и абсолютное содержания CD3+, CD4+ и CD8+лимфоцитов. Увеличение объема T-системы сопровождалось повышением ее активности. Относительное и абсолютное число B - лимфоцитов относительно здоровых детей оставалось повышенным, но имело тенденцию к снижению. Произошло повышение резервных возможностей синтеза интерферонов ИФН- $\alpha$  и ИФН- $\gamma$ .

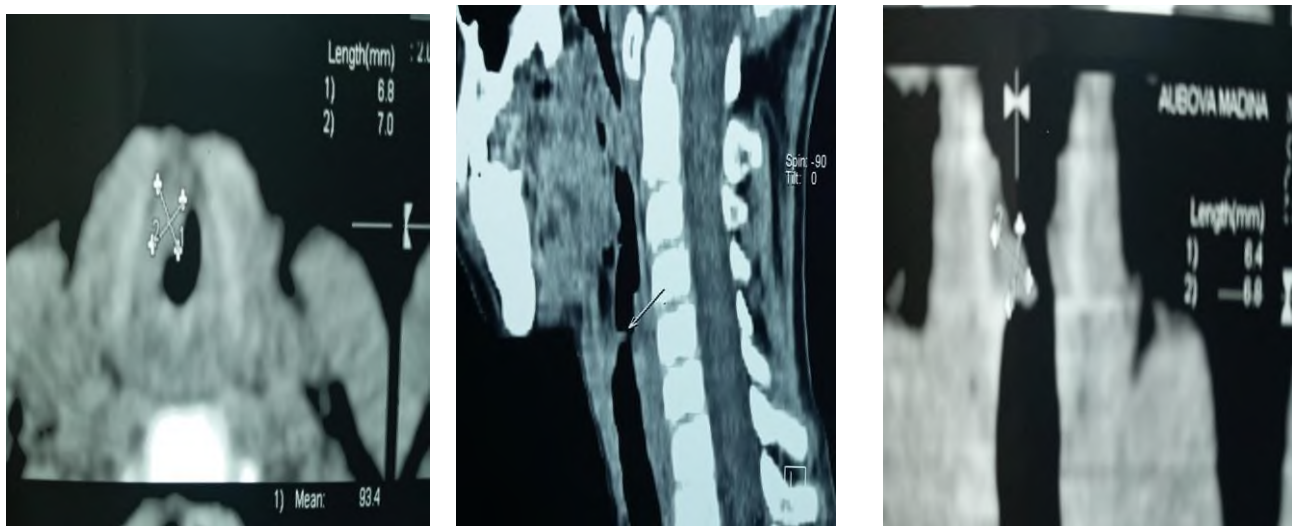
Положительные данные у пациентов этой группы нашли подтверждение при цитологическом и гистологическом исследовании (рисунок 2).



**Рисунок 2. - Цитологическая картина папилломатоза гортани (200×, окраска гематоксилином и эозином)**

Гистологическое исследование выявило преобладание обильно васкуляризованных соединительнотканых элементов. Имела место значительная равномерная пролиферация эпителиальной и соединительной ткани папилломы, что выражалось в большом количестве митозов в эпителии, наличие рыхлой, нежнволокнутой стромы, содержащей большое количество сосудов и инфильтратов.

На серии КТ гортани визуализировалось неправильно овальной формы с четкими, неровными контурами образование в области голосовых связок с распространением на переднюю комиссуру гортани. Признаков инвазии в подлежащих структурах не отмечалось. На представленной КТ гортани голосовая щель справа сужена и деформирована за счет образования размером 0,68x0,7см (папиллома голосовой складки справа). На рисунке 3 представлены КТ пациентов с ПГ в различной проекции.

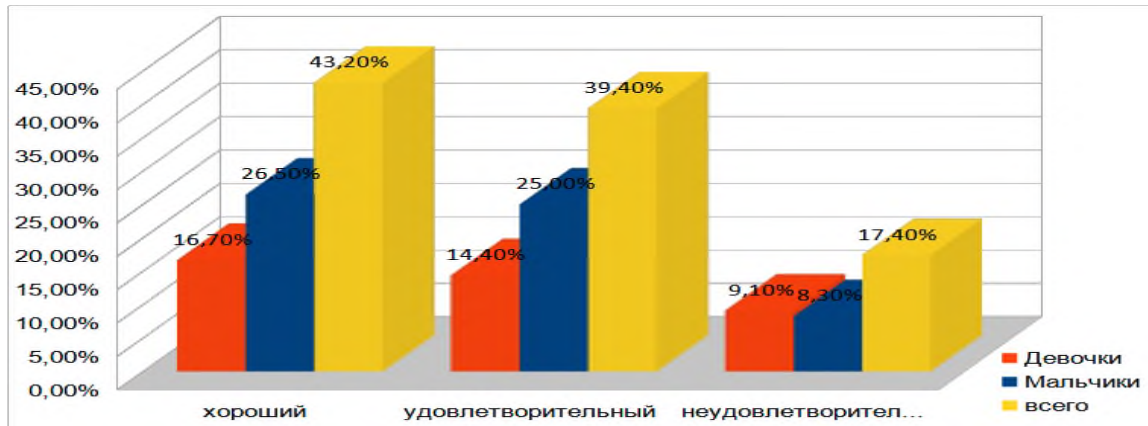


**Рисунок 3. - КТ гортани в различной проекции (ПГ справа)**

При инфицировании ВПЧ - 11 и ассоциацией ВПЧ - 6 с ВПЧ - 11, заболевание протекало более тяжело, с частыми рецидивами, короткими межрецидивными периодами.

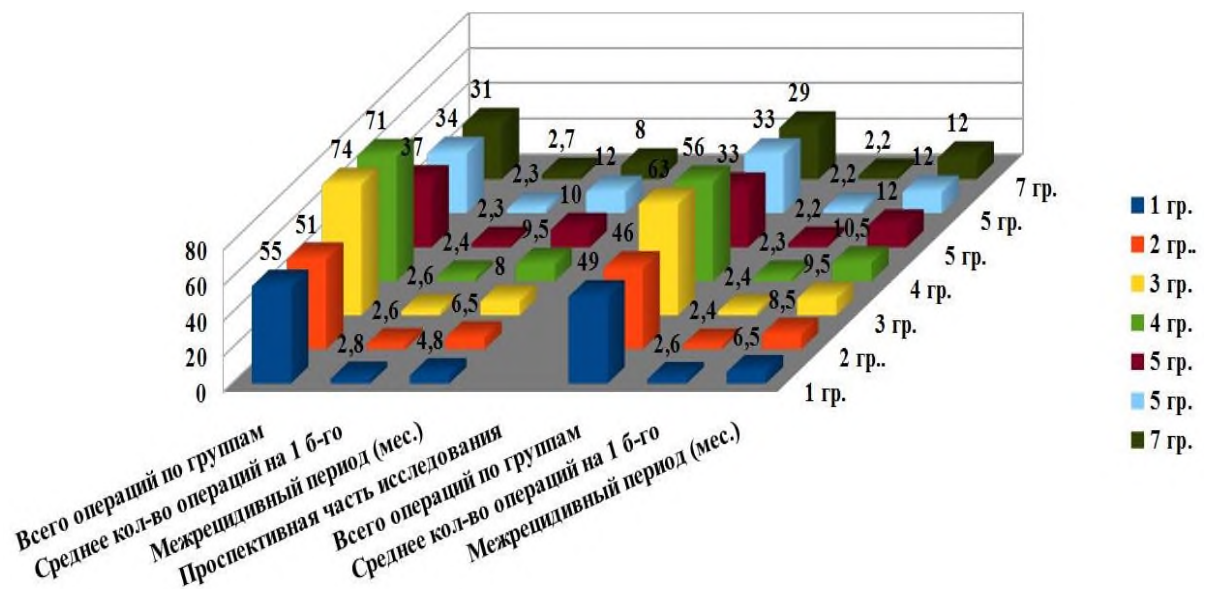
В проспективной группе исследования оптимальные результаты получены при сочетании эндоларингеальной хирургии с циклофероном, полиоксидонием и лазерной терапией, эндоларингеальной хирургии в сочетании с полиоксидонием, гроприносином<sup>R</sup> и лазерной терапией, эндоларингеальной хирургии в комбинации с кагоцелом, гроприносином<sup>R</sup> и лазерной терапией. Хотя при использовании других комбинаций лекарственных препаратов с эндоларингеальной хирургией также получены удовлетворительные результаты. При этом все препараты характеризуются высокой безопасностью и хорошей переносимостью, что позволяет рекомендовать их использование при лечении детей с ПГ.

Хорошие результаты после проведенного лечения в проспективной части исследования выявлены у 57 (43,2%) пациентов, удовлетворительные - у 52 (39,4%) и неудовлетворительные - у 23 (17,4%) пациентов (рисунок 4).



**Рисунок 4. - Результаты лечения детей с ЛГ в проспективной группе**

Анализ результатов лечения детей с ЛГ различными способами показал, что при сравнении показателей ретроспективной и проспективной групп наилучшие результаты отмечены в группе детей с папилломатозом гортани проспективной части исследования. Так, в ретроспективной группе, согласно архивному материалу, произведено 353 операции по удалению папиллом, что в среднем составляет 2,5 операций на 1 пациента. В то же время в проспективной части исследований произведено 309 хирургических вмешательств по удалению папиллом. В среднем, количество операций на 1 пациента составляло 2,2 - 2,3 вмешательства. Улучшение ларингоскопической картины, восстановление голосовой и дыхательной функций наступало раньше, уменьшалась частота рецидивов, удлинялся межрецидивный период, достоверно улучшались показатели иммунного и интерферонового статусов. На рисунке 5 представлена сравнительная оценка результатов лечения пациентов ретро - и проспективной части исследования.



**Рисунок 5. - Сравнительная оценка результатов лечения групп детей с ЛГ**

Таким образом, понимание преимущества того или иного способа лечения позволяет применять их при различных клинических ситуациях, в зависимости от возраста, продолжительности болезни, изменений в иммунном и ИФН статусах. Результаты, полученные при анализе ретроспективной группы, послужили поводом к проведению дальнейшего изучения применения различных комбинаций лекарственных средств в сочетании с методами физического воздействия. Попытка выбора оптимального метода лечения направлена на уменьшение рецидивов заболевания, удлинения межрецидивных периодов, что в итоге будет способствовать улучшению качества жизни детей. Применение комбинированного способа лечения (эндоларингеальное удаление папиллом, медикаментозная терапия, лазерная терапия, фонopedические занятия) продемонстрировало хорошие функциональные и клинические результаты. Лечение позволило восстановить работоспособность голосового аппарата, способствовало нормализации измененных показателей иммунного и интерферонового статусов. Применение струйного (инъекционного) метода искусственной вентиляции легких при эндоларингеальном удалении папиллом обеспечивало выполнение операции при полном обзоре операционного поля с максимальным функциональным результатом. В ходе хирургического вмешательства папилломы удалялись без повреждения здоровой ткани. Отмечалась низкая кровоточивость во время операции. Отсутствие случаев рубцевания в зоне хирургического вмешательства в послеоперационном периоде у детей с папилломатозом гортани показывает преимущества использования данной методики. Применение низкоинтенсивного гелий-неонового лазера при лечении папилломатоза гортани у детей в послеоперационном периоде показало хорошие результаты, что можно расценивать, как замену применению другим методам физического воздействия. Мы выделяем лазеротерапию не как самостоятельный способ лечения при папилломатозе гортани, а как вспомогательный метод, который позволяет избежать осложнений эндоларингеальных хирургических вмешательств. Множество применяемых нами лекарственных средств, является результатом индивидуального подхода к пациенту при подборе схемы лечения.

Комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации детей с папилломатозом гортани способствовал разработке тактики, которая позволила повысить результативность лечения и достичь полноценной реабилитации детей. Комплексное лечение при папилломатозе гортани - оптимальный способ, улучшающий голосообразовательную и дыхательную функции гортани, качество жизни детей, оказывает позитивное влияние на иммунологическую реактивность организма, активизирует противовирусную защиту организма.

После удаления папилломатозных новообразований для профилактики рецидива заболевания необходима терапия противовирусными препаратами, иммуномодуляторами, индукторами интерферона. Лечение не гарантирует прекращения инфекционного процесса, не предотвращает выделения вируса из организма больного. Меры по предотвращению реализации механизма передачи вируса папилломы человека сводятся к санитарно - просветительной работе, направленной на профилактику ранней сексуальной жизни, на пропаганду здорового образа жизни, на информирование населения о папилломавирусной инфекции и мерах ее профилактики. В настоящее время набирает обороты массовая вакцинация подростков против вируса папилломы человека (ВПЧ). Ежегодно, несмотря на высокую стоимость вакцины, многие страны внедряют данную прививку в свои национальные программы иммунизации. Вакцинация против ВПЧ является эффективной мерой профилактики.

В Республике Таджикистан вакцинация против ВПЧ не охватывает детей подростков и молодых женщин, не входит в календарь прививок. Из-за дороговизны вакцины профилактика ВПЧ не вошла в Национальную программу. Кроме того в Республике не развита система мониторинга по распространенности вируса и вызываемых им заболеваний.

Анализ проведенного исследования показал, всю сложность и неоднозначность проблемы ПГ у детей. Проблема требует разработки новых и совершенствование имеющихся подходов к лечению папилломатоза гортани у детей. Остается актуальным поиск этиотропных методов лечения папилломатоза гортани совместными усилиями оториноларингологов, иммунологов, вирусологов.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### Основные научные результаты исследования

1. При сравнении показателей ретроспективной и проспективной групп наилучшие результаты лечения отмечены в группе детей с папилломатозом гортани проспективной части исследования. За период наблюдения в ретроспективных группах произведено 353 удаления папиллом, что в среднем составляет 2,5 операции на 1 пациента, в проспективной части исследований произведено 309 хирургических вмешательств по удалению папиллом. В среднем, количество операций на 1 пациента составляло 2,2 - 2,3. Время установления диагноза «папилломатоз гортани» от момента начала заболевания в проспективной группе равнялось  $1,1 \pm 0,03$  года, в ретроспективной группе -  $1,8 \pm 0,02$  года [3-А, 7-А, 9-А, 16-А, 22-А, 47-А].

2. Значимыми факторами риска возникновения папилломатоза гортани у детей являются: рождение юными матерями ( $19 \pm 0,3$  лет), первый ребенок в семье - 92 (69,7%), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у матери - 34 (25,8%), рождение через естественные родовые пути - 110 (83,3%), хронические заболевания ЛОР-органов - 95 (72%), неблагоприятный семейный анамнез по папилломавирусной инфекции - 56 (42,4%), отягощенный аллергологический анамнез - 40 (30,3%), родственные браки - 18 (13,6%), характер питания: достоверно меньшее количество детей  $35,5 \pm 3,4\%$  на естественном вскармливании, по сравнению с искусственным  $50,2 \pm 4,3\%$  [10-А, 14-А, 16-А, 47-А].

3. Для успешного проведения прямых эндоларингеальных вмешательств при папилломатозе гортани у детей необходимо применение комбинированного наркоза с искусственной вентиляцией легких методом инъекции кислорода. Применение данного способа позволяет не только более щадяще, но и более радикально удалять папилломы под контролем микроскопа [5-А, 8-А, 17-А, 18-А, 60-А].

4. Ретро - и проспективный анализ показывает, что комбинированный метод является более эффективным и позволяет достичь средней продолжительности межрецидивного периода до  $12 \pm 0,2$  месяцев, что превышает эффективность лечения папилломатоза гортани с применением только эндоларингеального удаления папиллом, продолжительность межрецидивного периода при котором составляет  $4,8 \pm 0,1$  месяцев. Применение комбинированного способа лечения (эндоларингеальная хирургия, медикаментозная терапия и методы физического воздействия) продемонстрировало хорошие функциональные и клинические результаты [6-А, 8-А, 18-А, 41-А].

5. При папилломатозе гортани у детей выявлено снижение числа Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+ и CD8+ лимфоцитов), CD4/CD8, повышение числа CD16+ и CD19+-клеток, угнетена способность лейкоцитов продуцировать ИФН- $\alpha$  и ИФН- $\gamma$ . Лечение с применением противовирусных и иммуностимулирующих средств способствует статистически значимому повышению показателей клеточного иммунитета с одновременным понижением уровней CD16+ и CD19+-клеток, усилению синтеза ИФН- $\alpha$  и ИФН- $\gamma$ . Колебания в иммунном и

интерфероновом статусах совпадают с изменениями клинического течения ПГ, что проявляется удлинением ремиссии [4-А, 20-А, 21-А, 26-А, 32-А, 38-А, 55-А].

6. Для профилактики рецидива заболевания необходима терапия не только противовирусными препаратами, иммуномодуляторами, индукторами интерферона, методами физического воздействия, но и реабилитационные мероприятия с проведением фонопедических упражнений и психотерапии, которые способствуют улучшению работоспособности голосового аппарата [1-А, 18-А, 49-А, 50-А, 57-А].

7. С целью предупреждения частого рецидивирования папилломатоза гортани у детей, показана необходимость проведения всестороннего комплексного обследования. Лечение папилломатоза гортани проводить совместными усилиями оториноларингологов, иммунологов, вирусологов, педиатров, гинекологов [15-А, 28-А, 40-А, 49-А, 50-А, 53-А].

### **Рекомендации практического использования**

1. В диагностику папилломатоза гортани у детей необходимо включить: изучение анамнеза заболевания, прямую и непрямую ларингоскопию, фиброларингоскопию, видеоларингоскопию, спирометрию, гистологические и цитологические исследования, исследование иммунного и интерферонового статусов, ПЦР - диагностика. Предлагаемая схема обследования пациентов с папилломатозом гортани оптимизирует период обследования, сокращает сроки лечения больных и позволяет на ранних сроках выявить рецидив заболевания [71-А, 74-А, 80-А].

2. При планировании эндоларингеального вмешательства имеет большое значение выбор наиболее эффективного и щадящего метода эндоларингеальной операции, правильный подбор модели ларингоскопа и его размеров [74-А, 79-А].

3. Для проведения общей анестезии при эндоларингеальных хирургических вмешательствах у пациентов с папилломатозом гортани оптимальным является использование комбинированного наркоза с искусственной вентиляцией легких методом инъекции кислорода. Хирургическое вмешательство производить с применением микроскопа [72-А, 73-А, 74-А].

4. Для повышения эффективности противорецидивной терапии папилломатоза гортани у детей рекомендуется применение комплексного лечения, представляющего собой сочетание эндоларингеального удаления папиллом гортани с применением низкоинтенсивного излучения гелий-неонового лазера, а также противовирусных (ацикловир, полиоксидоний, изопринозин, гроприносин), противоопухолевых (проспидин) и иммунных препаратов (препараты тимуса - тактивин, рекомбинантные интерфероны - виферон, генферон ЛАЙТ, реаферон ЕС, индукторы интерферона — циклоферон, амиксин, кагоцел) [71-А, 75-А, 76-А, 77-А, 78-А, 79-А, 80-А].

5. Использование индукторов ИФН и иммуномодулирующих средств с целью профилактики рецидива папилломатоза гортани у детей целесообразно после эндоларингеального удаления папиллом, а также в межрецидивном периоде

[71-А, 73-А, 80-А].

6. Всем детям с папилломатозом гортани требуется длительное диспансерное наблюдение, как и матерям с генитальными кондиломами и другими папилломавирусными инфекциями. Рекомендуются интеграция профилактических мероприятий в поликлиниках и общеобразовательных учреждениях [72-А, 73-А].

7. Для профилактики развития рецидива папилломатоза гортани, необходимо проведение комплексного обследования больных, позволяющее повысить эффективность и качество лечения детей [73-А, 80-А].

## **СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### **Статьи в рецензируемых журналах**

[1-А] Шамсидинов Б.Н. Лечение папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов //Здравоохранение Таджикистана № 1-2, стр 29-30, Душанбе 2003.

[2-А] Шамсидинов Б.Н. Табобати салиласории ханчара дар кӯдакон /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Здравоохранение Таджикистана № 3, стр 131-132, Душанбе 2004.

[3-А] Шамсидинов Б.Н. Ближайшие и отдаленные результаты реабилитации детей папилломатозом гортани /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, Х.Х. Нурматов, Д.Д. Ирматова, А.А. Абдухалилов //Здравоохранение Таджикистана № 3, стр 56-57, Душанбе 2005.

[4-А] Шамсидинов Б.Н. Динамика показателей иммунного статуса у детей с папилломатозом гортани / Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.С. Каримова //Вестник Авиценны (приложение), стр 81-84, Душанбе 2007.

[5-А] Шамсидинов Б.Н. Опыт лечения респираторного папилломатоза у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, А.А. Алиев //Вестник Авиценны № 2, стр 65-70, Душанбе 2009.

[6-А] Шамсидинов Б.Н. Современные методы лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова, З.Х. Холиков, С.С. Шайдоев, Т.Х. Олимов //Здравоохранение Таджикистана № 1, стр 112-113, Душанбе 2015.

[7-А] Шамсидинов Б.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов //Вестник педагогического университета № 2 (63-2), стр 257-260, Душанбе 2015.

[8-А] Шамсидинов Б.Н. Сравнительный анализ эффективности некоторых методов лечения респираторного папилломатоза у детей /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, Т.Р. Халимова //Российская оториноларингология № 6, стр 72-74, Санкт-Петербург 2015.

[9-А] Шамсидинов Б.Н. Некоторые эпидемиологические особенности папилломатоза гортани у детей в Республике Таджикистан /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова, С.С. Шайдоев, Г.Б. Гулмамадова //Вестник Авиценны № 4, стр 39-42, Душанбе 2015.

[10-А] Шамсидинов Б.Н. Оценка эффективности комплексного лечения детей с респираторным папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р.

- Мухторова //Здравоохранение Таджикистана № 4, стр 63-69, Душанбе 2015.
- [11-А] Шамсидинов Б.Н. Эпидемиологическая характеристика папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова, С.С. Шайдоев, Т.Х. Олимов //Журнал «Вестник академии медицинских наук Таджикистана» № 1, стр 37-40, Душанбе 2015.
- [12-А] Шамсидинов Б.Н. Современная стратегия диагностики и лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Г.Б. Гулмамадова, С.С. Шайдоев //Вестник Авиценны № 2, стр 131-136, Душанбе 2016.
- [13-А] Шамсидинов Б.Н. Стратегия лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, Т.Р. Халимова //Российская оториноларингология № 4(83), стр 103-109, Санкт-Петербург 2016.
- [14-А] Шамсидинов Б.Н. Социально-гигиеническая характеристика папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Т.Р. Халимова //Российская оториноларингология № 5 (86), стр 88-91, Санкт-Петербург 2016.
- [15-А] Шамсидинов Б.Н. Особенности клинико-морфологической картины папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, П.Р. Мухторова, Г.Б. Гулмамадова, С.С. Шайдоев //Известия Академии наук Республики Таджикистан № 3 (194), стр 63-69, Душанбе 2016.
- [16-А] Шамсидинов Б.Н. Эпидемиологические и клинические аспекты папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, П.Р. Мухторова //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения № 2, стр 91-95, Душанбе 2017.
- [17-А] Шамсидинов Б.Н. Отдаленные результаты лечения доброкачественных новообразовательных процессов гортани /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов, А.А. Бегов, С.С. Шайдоев //«Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения» № 4, стр 61-55, Душанбе 2018.
- [18-А] Шамсидинов Б.Н. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с узелками голосовых складок / Б.Н. Шамсидинов, З.А. Ахророва, А.А. Файзоев, С.С. Шайдоев, Ш.Ф.Тагоймуродова, Г.Б. Гулмамадова //Журнал «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения» № 3, стр 84-88, Душанбе 2019.
- [19-А] Шамсидинов Б.Н. Применение CO<sub>2</sub> лазера при удалении папилломатоза гортани /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, З.А. Ахророва, П.Р. Мухторова //Известия Академии наук Республики Таджикистан № 3 (206), стр 80-85, Душанбе 2019.

#### **Публикации в материалах конференций и других научных изданиях:**

- [20-А] Шамсидинов Б.Н. Иммунокорректирующая терапия в комплексном лечении папилломатоза гортани /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //Аллергология и Иммунология Т.5, № 1,стр 161, Москва 2004.
- [21-А] Шамсидинов Б.Н. Использование в комплексном лечение папилломатоза гортани иммунокорректирующих препаратов /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов,

З.А. Абдухалилов //Сборник статей «Актуальные вопросы клинической медицины», посвященный 40-летию РКБ. им А.М.Дьякова г.Душанбе 2004г стр 219-222.

[22-А] Шамсидинов Б.Н. Папилломатоз гортани /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //Сборник статей 52-годовой науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные вопросы стоматологии» г.Душанбе 2004г стр 145-146.

[23-А] Шамсидинов Б.Н. Комбинированное хирургическое и консервативное лечение папилломатоза гортани у детей, основа реабилитации /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, Д.А. Сатторова, А.Ш. Юсупов //Сборник статей «Современные вопросы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов» г.Душанбе 2004г стр 85-86.

[24-А] Шамсидинов Б.Н. Оиди ташхиси тафрикии папилломатози ханчара дар кўдакон /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Сборник статей «Современные вопросы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов» г.Душанбе 2004 стр 102-103.

[25-А] Шамсидинов Б.Н. Ювенильный папилломатоз гортани /Б.Н. Шамсидинов М.А. Гаффарова //Материалы 53-й годичной науч.-практ. конф. ТГМУ с междунар. участием «Лекарства и здоровье», посвященной 1025-летию со дня рождения Абуали ибни Сино г.Душанбе 2005 стр 337-338.

[26-А] Шамсидинов Б.Н. Использование интерферона в комплексной терапии папилломатоза /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.С. Каримова, Д.С. Умаров, С.А. Зарипов //Материалы республиканской науч.-практ. конф. хирургов и травматологов в «Актуальные вопросы хирургии повреждений» г.Турсунзаде 2006 стр 182.

[27-А] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение папилломатоза гортани у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //Сборник тезисов Республиканской науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы детской оториноларингологии» г.Ташкент 2006 стр 182-183.

[28-А] Шамсидинов Б.Н. Современное состояние проблемы обезболивания с респираторным папилломатозом у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, Д.С. Умаров //Ежегодная Х11 науч.-практ. конф. Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров с междунар. участием «Медицина 21 века. Актуальные вопросы и пути их решения» г.Душанбе 2006 стр 264-266.

[29-А] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение рецидивирующего папилломатоза гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.С. Каримова, М.Г. Тохирова //Современная медицина и качество жизни пациента г.Душанбе 2006 стр 132-133.

[30-А] Шамсидинов Б.Н. Сочетанная терапия рецидивирующего папилломатоза гортани у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //Аллергология и Иммунология Т.7, №3, стр 331-332, Москва 2006.

[31-А] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, С.А. Зарипов //Сборник статей «Успехи детской хирургии за годы независимости Республики Таджикистан» г.Душанбе 2007 стр 322-326.

[32-А] Шамсидинов Б.Н. Индукторы интерферона в лечении папилломатоза

гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.С. Каримова, //Материалы 55-й науч.-практ. конф ТГМУ «Актуальные вопросы семейной медицины», посвященной 75 - летию член-корр РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки г.Душанбе 2007 стр 311-312.

[33-А] Шамсидинов Б.Н. Сочетанное применение проспирина и низко-энергетического лазерного излучения в противорецидивном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов //Материалы 55-й науч.-практ. конф ТГМУ «Актуальные вопросы семейной медицины», посвященной 75- летию член-корр РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки г.Душанбе 2007 стр 312-313.

[34-А] Шамсидинов Б.Н. Лечение детей с респираторным папилломатозом /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Сборник тезисов совместной Республиканской науч.-практ. конф. «Перспективы развития фундаментальных наук в Таджикистане», 56-й годич. науч.-практ. конф. ТГМУ «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане» г.Душанбе 2008 стр 371-372.

[35-А] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение папилломатоза гортани у детей, основа реабилитации /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, А.Ш. Юсупов //Сборник тезисов совместной Республиканской науч.-практ. конф. «Перспективы развития фундаментальных наук в Таджикистане», 56-й годич. научно-практ. конф. ТГМУ «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане» г.Душанбе 2008 стр 372-373.

[36-А] Шамсидинов Б.Н. Противорецидивное лечение папилломатоза гортани у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //II съезд детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана г.Душанбе 2008 стр 312-313.

[37-А] Шамсидинов Б.Н. Изучение антиоксидантной системы защиты у больных детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова А.М. Сабурова, М.Б. Назирмадова //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 1, стр 52-53, Душанбе 2009.

[38-А] Шамсидинов Б.Н. Состояние иммунного статуса у больных детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.Т. Тагоймуродов, М.Б. Назирмадова //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 2, стр 50-51, Душанбе 2009.

[39-А] Шамсидинов Б.Н. Лечение респираторного папилломатоза у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.Т. Тагоймуродов, М.Б. Назирмадова //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 2, стр 47-49, Душанбе 2009.

[40-А] Шамсидинов Б.Н. Рецидивирующий респираторный папилломатоз гортани у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, А.Ш. Юсупов //57-я годич. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященная 70-летию образования Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино г.Душанбе 2009 стр 339-341.

[41-А] Шамсидинов Б.Н. Проблема лечения респираторного папилломатоза /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, М.Б. Назирмадова //57-я годич. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященная 70-летию образования Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино г.Душанбе 2009 стр 509-511.

[42-А] Шамсидинов Б.Н. Combined treatment of laryngeal papillomatosis in children

/Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, З.Х. Холиков //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 3, стр 119-120, Душанбе 2011.

[43-А] Шамсидинов Б.Н. Сравнительная оценка эффективности некоторых методов лечения папилломатоза гортани у детей /М.О. Бустонов, Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, А.А. Беков, С.С. Шайдоев //Науч. - практ. журнал ТИППМК № 2, стр 80-82, Душанбе 2011.

[44-А] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение рецидивирующего папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, С.С. Шайдоев, М.М. Собиров, А.Ш. Юсупов //Науч. - практ. журнал ТИППМК № 3, стр 147, Душанбе 2011.

[45-А] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров //II науч.-практ. конф. «Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных патологий в детской оториноларингологии» г.Ташкент 2012 стр 82.

[46-А] Шамсидинов Б.Н. Непосредственные и отдаленные результаты лечения детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, А.А. Файзоев //Материалы науч.-практ. конф. оториноларингологов Республики Таджикистан с междунар. участием «Актуальные вопросы оториноларингологии», посвященной 80-летию член-корр. РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки, 70-летию организации кафедры оториноларингологии ТГМУ г.Душанбе 2012 стр 115-117.

[47-А] Шамсидинов Б.Н. Респираторный папилломатоз гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, С.С. Шайдоев, Ф.Т. Тагоймуродов //Материалы науч.-практ. конф. оториноларингологов Республики Таджикистан с междунар. участием «Актуальные вопросы оториноларингологии», посвященной 80 - летию член-корр. РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки, 70 - летию организации кафедры оториноларингологии ТГМУ г.Душанбе 2012 стр 118-119.

[48-А] Шамсидинов Б.Н. Баходихии мукоисавии баъзе усулҳои табобати папилломатози ханчара дар кудакон /Б.Н. Шамсидинов, С.С. Шайдоев, Г.Б. Гулмамадова //Авчи зухал № 2, стр 56-58, Душанбе 2012.

[49-А] Шамсидинов Б.Н. Значение вируса папилломы человека в развитии папилломатоза гортани у детей (обзор литературы) /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 1, стр 67-70, Душанбе 2012.

[50-А] Шамсидинов Б.Н. Значение путей заражения вирусом папилломы человека у больных детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Г.Б. Гулмамадова //Материалы науч.-практ. конф., посвященной 90-летию города Душанбе «Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка» г.Душанбе, 2014, стр 215-216.

[51-А] Шамсидинов Б.Н. Особенности клинического течения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов, Г.Б. Гулмамадова, Ш.Ф. Тагоймуродова //Науч.-практ. журнал ТИППМК № 3, стр 60-64, Душанбе 2014.

[52-А] Шамсидинов Б.Н. Лечение рецидивирующего папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Аллергология и Иммунология, Т. 15,

№ 4, стр 28, Москва 2014.

[53-А] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение и реабилитация детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, Т.Х. Олимов //Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины» г.Самарканд 2014 № 4(80), стр 278.

[54-А] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, Т.Х. Олимов //Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана «Современные направления в оториноларингологии» г.Ташкент, 2015 стр 126-127.

[55-А] Шамсидинов Б.Н. Баъзе нишондодҳои системаи масуният хангоми папилломатози ханчара дар кӯдакон /Б.Н. Шамсидинов, С.С. Шайдоев, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 3, 38-39, Душанбе 2014.

[56-А] Шамсидинов Б.Н. Методы лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, Т.Р. Халимова //Материалы XIX съезда оториноларингологов России. г.Казань 2016 стр 194.

[57-А] Шамсидинов Б.Н. Медико-социальная характеристика больных детей с папилломатозом гортани и факторы, способствующие их развитию в условиях республики Таджикистан /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров С.С. Шайдоев //Материалы XIX съезда оториноларингологов России г.Казань 2016 стр 195.

[58-А] Шамсидинов Б.Н. Оценка эффективности комплексной терапии папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, Т.Р. Халимова, Т.Х. Олимов //Материалы XIX съезда оториноларингологов России г.Казань 2016 стр 196.

[59-А] Шамсидинов Б.Н. Об особенностях тактики лечения детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Т.Р. Халимова //Материалы VI Петербургского международного форума оториноларингологов России г.Санкт-Петербург 2017 стр 79.

[60-А] Шамсидинов Б.Н. Папилломатоз гортани у детей. Современная тактика лечения /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, С.С. Шайдоев, Т.Х. Олимов, З.Х. Холиков //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения (Приложение) г.Душанбе 2017 стр 187-188.

[61-А] Шамсидинов Б.Н. Современные способы лечения папилломатоза гортани у детей с применением CO<sub>2</sub> лазера /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, З.А. Ахророва, П.Р. Мухторова //Сборник статей науч.-практ. конф. оториноларингологов Республики Таджикистан с междунар. участием. «Современные аспекты диагностики и лечения в оториноларингологии». Вестник Академии медицинских наук Таджикистана (Приложение) г.Душанбе 2018 стр 98-100.

[62-А] Шамсидинов Б.Н. Морфологические изменения эпителия при папилломатозе гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, П.Р. Мухторова //Материалы ежегодной XXIV науч.-практ. конф. «Юбилейные научные чтения» и симпозиума по детской хирургии «Современные тенденции науки и практики в детской хирургии». Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения (Приложение) г.Душанбе 2018 стр 245-247.



[63-А] Шамсидинов Б.Н. Сочетанное применение препаратов виферона и анаферона в комплексной терапии папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов// Материалы Украинской научно-практ. конф. «Проблемы питания диагностики и лечения детей с соматической патологией» г.Харьков 2020 стр 199-200.

### **Учебно-методические работы**

[64-А] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Инкибози шадида ханчара ва хирной. Ерии таъчили. Трахеостомия. - Методические рекомендации. - Душанбе, 2000. - 8 с.

[65-А] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Муоличаи хамчояи зиддиазнавпайдошавии папилломатози ханчара дар кӯдакон. - Методическое информационное письмо. - Душанбе, 2005. - 8 с.

[66-А] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Папилломатози ханчара дар кӯдакон. - Учебно-методическая разработка. - Душанбе, 2007. - 24 с.

[67-А] Шамсидинов Б.Н., Шайдоев С.С. Вазъи муосири папилломатози ханчара дар кудакон. - Монография. - Душанбе: ООО «Офсет-Империя», 2015. - 169 с.

[68-А] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Беморихои бодигарми ва папилломатози ханчара дар кӯдакон. - Учебное пособие. - Душанбе, 2009. - 64 с.

[69-А] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Папилломатоз гортани у детей. - Учебное пособие. - Душанбе: Шарки озод, 2017. - 96 с.

[70-А] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Папилломатози ханчара дар кудакон: этиоптогенез, таъхис, табобат ва рохҳои пешгири. - Методические рекомендации. - Душанбе, 2020. - 24 с.

### **Рационализаторские предложения**

[71-А] Шамсидинов Б.Н. Способ эндоларингиального удаления папилломатоза гортани в сочетании с использованием индукторов интерферона и тималина /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Рационализаторское предложение № 3026/Р241 25.10.2004 г.

[72-А] Шамсидинов Б.Н. Способ противорецидивного лечения ювенильного респираторного папилломатоза /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Рационализаторское предложение № 3141/Р443 20.06.2006 г.

[73-А] Шамсидинов Б.Н. Способ лечения папилломатоза гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Рационализаторское предложение № 3140/Р442 20.06.2006 г.

[74-А] Шамсидинов Б.Н. Способ комбинированного наркоза с искусственной вентиляцией лёгких методом инъекции кислорода /Б.Н. Шамсидинов, //Рационализаторское предложение № 121 18.10.2006 г.

[75-А] Шамсидинов Б.Н. Способ комплексного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов //Рационализаторское предложение № 122 18.10.2006 г.

[76-А] Шамсидинов Б.Н. Способ применения препарата в иноседа в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, С.С.Шайдоев //Рационализаторское предложение № 000183 22.06.2017 г.

[77-А] Шамсидинов Б.Н. Способ применения низкоэнергетического лазера в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов //Рационализаторское предложение № 000180 22.06.2017 г.

[78-А] Шамсидинов Б.Н. Способ применения препаратов проспирина и виферона в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, З.А. Ахророва //Рационализаторское предложение № 000228 06.09.2018 г.

[79-А] Шамсидинов Б.Н. Способ применения препаратов изопринозина и ацикловира в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, З.Х. Назаров //Рационализаторское предложение № 000275 05.09.2019 г.

### Патент

[80-А] Шамсидинов Б.Н. Способ комбинированного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, С.С.Шайдоев //Патент на изобретение ТЈ 1901333 11.07.2019.

### СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВПГ	Вирус простого герпеса
ВПЧ	Вирус папилломы человека
ВЭБ	Вирус Эпштейна-Барра
ВЧ ИВЛ	Высокочастотная искусственная вентиляция легких
ЖЕЛ	Жизненная емкость легких
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
ИФН	Интерферон
КТ	Компьютерная томография
МЗиСЗН	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
МРТ	Магнитно – резонансная томография
МОС <sub>25</sub>	Мгновенная объемная скорость на уровне 25% форсированной жизненной емкости легких
МОС <sub>50</sub>	Мгновенная объемная скорость на уровне 50% форсированной жизненной емкости легких
МОС <sub>75</sub>	Мгновенная объемная скорость на уровне 75% форсированной жизненной емкости легких
ОРВИ	Острая респираторная вирусная инфекция
ОФВ	объем форсированного выдоха за первую секунду
ПГ	папилломатоз гортани
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РРП	рецидивирующий респираторный папилломатоз
ТГМУ	Таджикский государственный медицинский университет
ФВД	функция внешнего дыхания
ЦМВ	цитомегаловирус

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ “ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ  
БАЪДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ СОҶАИ ТАНДУРУСТИИ  
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН”**

**УДК616.22-006.52-089-053.2**

**ШАМСИДИНОВ БОБОНАЗАР НАСРИДИНОВИЧ**

**БАЛАНД БАРДОШТАНИ САМАРАНОКИИ МУОЛИҶА ВА  
ОФИЯТБАХШИИ КУДАКONI БЕМОРИ ГИРИФТОРИ  
ПАПИЛЛОМАТОЗИ ҲАНҶАРА**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии

доктори илмҳои тибб

аз рӯи ихтисоси 14.01.03 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ

**Душанбе - 2021**

Таҳқиқот дар МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон анҷом дода шудааст.

**Мушовири илмӣ:** **Ғаффорова Матлуба Абдузунуновна** - д.и.т., профессор

**Муқарризони расмӣ:** **Виноградов Вячеслав Вячеславович** - д.м.н., профессори кафедраи оториноларингологияи Факултети таҳсилоти касбии иловагӣ, Сардори баҳши илмию клиникии омосҳои сару гардани “Маркази тиббию таҳқиқотии оториноларингологияи агентии федералии тиббию биологи”-и Россия.

**Нерсесян Марина Владиславовна** - д.м.н., профессори кафедраи оториноларингологияи донишкадаи тиббии федералии автономии давлатии муассисаи таълимии олии “Донишгоҳи дӯстии халқҳои Россия”

**Назаров Шохин Кувватович** - д.м.н., мудири кафедраи бемориҳои чарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино.

**Муассисаи пешбар:** МД “Маркази илмии саратоншиносии ҷумҳуриявӣ”-и ВТ ва ҲИА ЧТ

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2021, соати «\_\_» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии БД.КOA-010 МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” баргузор мегардад.

**Суроға:** 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

Бо рисола дар Китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино», дар суроғаи ш. Душанбе, х. Рӯдакӣ, 139 шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2021 ирсол шуд.

**Котиби илмии  
шӯрои диссертатсионӣ,  
доктори илмҳои тиб:**

**Юнусов И.А.**

## МУҚАДДИМА

### Мубрам ва матлуб будани баргузори таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия

Сарфи назар аз он ки тайи солҳои охир дар роҳи ҳалли проблемаи папилломатози роҳи нафас комёбиҳо ба даст омадаанд, вале ҳанӯз муҳимтарин масъалаҳои таҳқиқ, муолиҷаи ҷарроҳӣ ва ҳифозатӣ (зиддитакроршавӣ), инчунин пешгӯии ҷараён ва пайомади беморӣ ҳалношуда боқӣ мондаанд. Бинобар ин, проблемаи муолиҷаи папилломатози роҳи нафас яке аз муҳимтарин ва мубрамтарин дар оториноларингология ба ҳисоб меравад. Аҳамияти проблемаи папилломатози ҳанчара дар он аст, ки афзудаҳои папилломатозӣ ба ҳанчара осеб расонида, сӯроҳии онро танг мекунад, ки он боиси ихтилолоти амалкарди овозбарорӣ ва минбаъд нафаскашӣ мегардад. Гипоксемияи музмини роҳи нафас дар ин замина ба вучуд омада, сабаби ихтилол дар инкишофи ҷисмонӣ, равонию ҳаракатӣ ва отифавии кӯдак мегардад [Свистушкин В.М. и др., 2017; Егоров В.И. и др. 2018; Малец Е.Л., 2018; Малыгина В.В., 2018; Мустафаев Д.М. и др., 2018; Fita A.M. et al., 2015; Best S.R. et al., 2017; Deenadayal D.S. et al., 2018; Zephania S.A. et al., 2019; Seedat R.Y., 2020].

Тайи солҳои охир дар саросари ҷаҳон, аз ҷумла дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳам тамоюли афзоиши шумораи беморони гирифтори папилломатози ҳанчара идома дорад, дар ин ҳол теъдоди беморони гирифтори шаклҳои вазнини масдудкунанда ва паҳнгардидаи беморӣ афзоиш намуда, сифати зиндагии кӯдакони бемор дар натиҷаи маҳдудшавии фаъолияти ҷисмонӣ ва иҷтимоии онҳо табоҳ мегардад, дар ҳоле ки яке аз муҳимтарин вазифаҳои тибби муосир беҳсозии сифати зиндагии кӯдакон, коҳиш додани беморшавӣ ва таъмини имкони рушди ҳаматарафаи кӯдакон мебошад [Мрочко И.В., и др. 2013; Солдатский Ю.Л., 2016; Волкова К.Б., 2017; Нажмудинов И.И., 2018; Chadha N.K., 2017; Goon P.K., 2017; Sawant M.R., 2017; Malabanan M.L. et al., 2018; Swain S.K. et al., 2019]. Новобаста аз он, ки тибби муосир дар коркарди усулҳои нави муолиҷаи ҳифозатӣ ва ҷарроҳии папилломатози ҳанчара ба дастовардҳои назаррас ноил гардида бошад ҳам, натиҷаҳои онҳо на ҳамеша қонеъкунанда мебошанд. Беморӣ, аксаран, такрор мешавад, хуб муолиҷа намешавад.

Имрӯз ҷарроҳӣ методи асосии муолиҷаи кӯдакони гирифтори папилломатози такроршавандаи роҳи нафас мебошад, қатъи назар аз он ки моҳиятан он методи паллиативӣ мебошад. Микроларингоскопия ва микроҷарроҳии эндоларингеалӣ имконоти муолиҷаи папилломатози ҳанчараро хеле густариш доданд. Дар амалияи ҷарроҳӣ ҷорӣ намудани технологияҳои эндоскопӣ, таъмини бедардгардонии муосир имкон медиҳад, ки хатари пайдошавии оризаҳо ҳангоми ҷарроҳии эндоларингеалӣ, аз ҷумла дар беморони хурдсол ба ҳадди ақал расонида шавад [Тулебаев Р.К., 2016; Усманова С.Ш. и др., 2017; Гусейнов И.Г., 2018; Shamim F. et al., 2015; Workeneh S.A. et al., 2017].

Далели самаранокии баланди муолиҷаи папилломатози ҳанчара бо истифодаи методи маҷмӯӣ, амали ҷарроҳӣ ҳамроҳ бо корбасти табобати мададгорӣ, дар қиёс бо муолиҷаи маъмулӣ, муқаррар гардидааст [Дайхес Н.А. и др., 2015; Кирасирова Е.А. и др., 2015; Портнов Г.В., 2016; Мазин Н.К. и др., 2018; Ahn J. et al., 2016;

Andrew J.B. et al., 2016; Meacham R.K. et al., 2017; Zur K.B. et al., 2017; Donovan B. et al., 2018; Rosenberg T. et al., 2019].

Аммо бо вучуди гуногунии доруҳо, методҳо ва ҷиҳозоти техникӣ, проблема ҳанӯз ҳам хеле дур аз ҳалшавӣ аст, басомади такроршавиҳо, махсусан дар кӯдакони хурдсол баланд буда, тамоюл ба коҳишёбӣ надорад. Чунончи дар 28% ҳолатҳо папилломатози такроршавандаи роҳи нафас (ПТРН) дар 6 моҳи аввали зиндагии кӯдак дучор мешавад. Дар ҳудуди 25% кӯдакони бемор дар синни то 1-солагӣ ва минбаъд авҷи беморӣ - 75% дар синни аз 3 то 5 -солагии кӯдакон ошкор мегардад, ки падидаи мазкур эҳтимолан бо норасоии масунии физиологӣ, ноболиғии функционалии низоми масуният ва низоми ИФН алоқамандӣ дорад [Исаков В.А. и др., 2014; Лусс Л.В., 2015; Кушнарева М.В., 2016; Савенкова М.С. и др., 2016; Сағымбаева А.А., 2016; Юнусова Е.И. и др., 2018].

Ҳолатҳои мазкур водор месозанд, ки бо мақсади муносибгардони муолиҷаи кӯдакони гирифтори папилломатози такроршавандаи роҳи нафас бо дарназардошти сифати муолиҷаи патологияи мазкур ангораи табобат иваз карда шуда, гурӯҳҳои нави доруҳоеро ҷустуҷӯ намуд, ки ба ҳалқаҳои гуногуни масуният ва фаъолнокии зиддивирсии организм таъсиррасон бошанд, ҳамчунин тадбирҳои тавонбахшӣ таҳия гарданд.

Таҳлили маълумоти адабиёти муаллифони ватанӣ ва хориҷии машғулбуда ба проблемаи папилломатози роҳи нафаси кӯдакон нишон дод, ки андешаи ягона дар бораи ҳолати ҳифозати масуниятшиносии организм вучуд надорад ва он зарурати омӯхтани нишондиҳандаҳои масуниятшиносиро муайян намуд, то ки на танҳо ҷанбаи норасоии мавҷуда тадқиқ гардад, балки табобати мувофиқи илман асосноки патогенетикӣ интихоб гардад.

Таҳқиқоти ба омӯзиши проблемаи папилломатози ҳанчара дар аҳолии хурдсол равонашуда вобаста ба давраҳои синнусолии гуногун дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳанӯз роҳандозӣ нашудааст. Қонуниятҳо ва ҷанбаҳои тиббию иҷтимоии ошкоргардидаи папилломатози роҳи нафаси аҳолии хурдсол дар марҳилаи кунунӣ вазифаи муҳиму мубрам аст, ки имкон медиҳад беморӣ саривақт ташхис гардида, ангораи муносиби муолиҷа такмил, таҳия ва ҷорӣ карда шавад. Таҷрибаи клиникае, ки муддати 25 сол ба проблемаи мазкур машғул буда ва ба муолиҷаи тӯлонӣ ва мушоҳидаи шумораи зиёди беморон асос ёфтааст, аз ҷумла ҳам бо беморони бори нахуст ошкоршуда ва ҳам аввалин маротиба бистаригардида дар шуъбаи бемориҳои гӯшу гулу ва бинии кӯдакон пас аз муолиҷаи ҷарроҳӣ ва зиддитақроршавии беморӣ, имкон медиҳад, ки дар бораи иштибоҳҳои ташхис ва муолиҷаи кӯдакони гирифтори папилломатози роҳи нафас иттилоъ дода шавад.

Ҳамин тавр, папилломатози ҳанчара – бемориест, ки этиопатогенези муракаб дорад, ки ташхису табобат, инчунин тартиб додани чораҳои маҷмӯии беҳдоштӣ ва тавонбахширо талаб менамояд. Зарурати баланд бардоштани самаранокии муолиҷаи папилломатози ҳанчараи кӯдакон мубрам будани мавзӯ, набудани маълумот оид ба самарабахшии методҳои омехтаи муолиҷа ба басомади такроршавии папилломатози ҳанчара, пешравии нишондиҳандаҳои масуниятшиносӣ ва махсусан натиҷаҳои дурдасти муолиҷа, муҳим ва

пураҳаммият будани таҳқиқоти баргузоргардидаи мазкурро нишон медиҳад. Тартиб дода чорӣ намудани усулҳои маҷмӯӣ дар амалияи клиникӣ, дар асоси технологияи пешрафта ба самаранокии табобати бемории мазкур беҳбудии назаррас мерасонад.

### **Дарачаи омӯхта шудани проблемаи таҳқиқот**

Бо дарназардошти паҳншавандагии баланди папилломатози ҳанчара (ПХ), проблемаи мазкур дар миёни ҷомеаи илмӣ ҳамаи кишварҳои ҷаҳон мавриди омӯзиш ва мувоҳида қарор дорад. Дар ҷараёни иҷро намудани таҳқиқот мо асарҳои илмӣ донишмандони ватанӣ [Мустафаев Д.М. и др. 2015; Мустафаев Д.М. и др. 2015; Рябова М.А. и др. 2015; Гусейнов И.Г., 2018; Свистушкин В.М. и др., 2019], муаллифони кишварҳои хориҷаи наздик [Заболотний Д.И. и др., 2014; Чернокур А.А., 2014; Сағымбаева А.А. и др., 2016; Жайсакова Д.Е. и др., 2017] ва дурро [Wicoh L.J. et al., 2014; Donne A.J. et al., 2016; Campisi P., 2017; Chadha N.K., 2017; Rizka F. P. et al., 2017] мавриди омӯзиш қарор додем. Дар ин ҳол ошкор гардид, ки паҳншавии ҳақиқии папилломатози роҳи нафас то охир муайян нашудааст. Чунончи, паҳншавии папилломатози ҳанчара дар ИМА 4,3 ба 100 000 кӯдак, дар кишвари Дания 3,62 ба 100 000 кӯдак, дар Канада дар миёни бачаҳои то 14- сола 0,24 ба 100 000 нафар, дар Британияи Кабир 1,42 ба 100 000 нафар ва дар вилояти Москваи ФР - 2,3 ба 100 000 кӯдакро ташкил медиҳад [Егоров В.И. и др., 2018; Мустафаев Д.М. и др., 2018; Donne A.J. et al., 2016; Campisi P., 2017].

Нишондодҳо оиди паҳншавии папилломатози ҳанчара дар ЧТ мавҷуд, нест, ҳамчунин усулҳои табобати бемории мазкур бо мақсади коҳиш додани миқдори такроршавиҳо тартиб дода нашудааст. Аз ин рӯ, нуқтаи қайдгардида вобаста ба болоравии афзоиши бемории папилломатози ҳанчара дар кӯдакон, ҷанбаҳои илмӣ ва аҳамияти амалӣ аз бар менамояд.

Маълумоти адабиёти соҳавӣ дар бораи мураккабии проблемаи папилломатози роҳи нафас ва рағбати пештари пажӯҳишгарон ба ҷанбаҳои гуногуни патологияи мазкур шаҳодат медиҳад [Рябова М.А. и др. 2015; Волкова К.Б. и др., 2016; Wong J.L. et al., 2014; Novakovic D. et al., 2018]. Такмили барномаи таҳқиқ ва муолиҷаи беморони гирифтори папилломаи ҳанчара, пешгӯии натиҷаҳои алоҳида дар давраи баъдичарроҳӣ бояд фарогири ташаккули табобати оқилонаи маҷмӯӣ, равишҳои таҳаввулии мушоҳидаҳо дар сатҳҳои системавӣ, узвӣ, бофтавӣ ва ҳуҷайравӣ узвӣ, ҳосияти амалкардии организм бошад, ки беҳтаршавии сифати ҳаётро имконпазир месозад [Богомильский М.Р. и др., 2013; Захарова И.Н. и др., 2014; Кирасирова Е.А. и др., 2015; Малыгина В.В., 2018; Kono T. et al., 2017; Swain S.K. et al., 2019]. Коҳишбандии гирифторӣ ба бемории папилломатози ҳанчара бо роҳи баргузори муоинаҳои пешгирикунанда бо истифодаи методи таҳқиқот бо мақсади ошкорсозии барвақтии манбаҳои дисплазия дар эпителияи ҳанчара [Старостина С.В. и др., 2019; Fita A.M. et al., 2015; Karatayli-Ozgursoy S. et al., 2016; Kono T. et al., 2017; Ongkasuwan J. et al., 2017; Swain S.K. et al., 2019] дар шабакаи муассисаҳои умумии табобатӣ ва дар шӯъбаҳо ва клиникаҳои соҳавии бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ имконпазир мебошад.

### **Асосҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот**

Заминаи назариявии таҳқиқот асарҳо ва таълифоти қаблан анҷомёфта ва интишоргардидаи донишмандони ватанӣ ва муаллифони кишварҳои хориҷаи наздику дур оид ба проблемаҳои паҳншавандагӣ, ташхиси саривақтӣ, муолиҷаю пешгирий ва вижагиҳои папилломатози ҳанҷараи кӯдакон мебошанд.

Дар таҳқиқоти мазкур маълумоти омӯрӣ ва клиникӣ оид ба пажӯҳишҳои ретроспективӣ ва проспективии беморшавии папилломатози ҳанҷара дар кӯдакон, бо дарназардошти чинс, синнусол, минтақаи зист ва омилҳои хатар истифода шудааст. Ҳамчунин самаранокии методҳои гуногуни муолиҷаи чарроҳӣ (бартаарафкунии эндоларингеалии папиломаҳо бо ёрии микроанбурҳои ҳанҷараи таҳти наркози эндотрахеалӣ ва бартаарафкунии эндоларингеалии папиломаҳо бо корбурди ларингоскопи таъҷӣ бо истифодаи низоми оптикӣ наркози пошдиҳанда) ва методи муолиҷаи ҳифозатӣ зиддивирӯсӣ (корбурди якҷояи генферона<sup>R</sup> Лайт бо табобати лазерӣ, изопринозин бо полиоксидоний, атсикловир бо изопринозин ва лазери гелий-неонӣ, сиклоферон бо полиоксидоний ва табобати лазерӣ, полиоксидоний бо гроприносин<sup>R</sup> ва нурафшонии пастшиддати лазери гелий-неонӣ, каготсел бо гроприносин<sup>R</sup> ва табобати лазерӣ ва ғайра), бо истифодаи коркарди омӯрӣ арзёбӣ гардидааст.

#### **Тавсифи умумии таҳқиқот**

**Мақсади таҳқиқот.** Баланд бардоштани самаранокии муолиҷаи папилломатози ҳанҷараи кӯдакон аз ҳисоби истифодаи бурдани маводҳои гуногуни муштарак дар ҳамҷоягӣ бо табобати лазерӣ, муайян намудани усули мувофиқи таҳвилии сунъии шушҳо.

#### **Объекти таҳқиқот**

Объекти таҳқиқот роҳандозии таҳлили таърихи бемории 140 нафар беморони (бахши ретроспективӣ) гирифтори папилломатози ҳанҷара дар синни аз 1 то 15 – солагӣ буданд, ки дар шуъбаи оториноларингологии кӯдакони Маркази миллии тиббии ВТВаҶИА Ҷумҳурии Тоҷикистон солҳои 1997 - 2006 бистари буданд. Объекти таҳқиқот 132 нафар кӯдакони аз 1 то 15 – сола буданд, ки барои таҳқиқ ва муолиҷа дар шуъбаи кӯдакони гӯш, гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии ВТВаҶИА Ҷумҳурии Тоҷикистон тайи солҳои 2007 - 2016 қарор доштанд (бахши таҳқиқи проспективӣ).

#### **Ҷиҳози таҳқиқот**

Ҷиҳози омӯзишро татбитқи омилҳои хатари инкишофи беморӣ, шаклҳои клиникӣ беморӣ, хусусиятҳои синусолии беморӣ, тафсири морфоологию ситологии папиллом, ҷанбаҳои масуният, системаи ҳифозати зиддивирӯсии бадан, намудҳои амалиёти чарроҳӣ, хусусиятҳои маводҳои доругии истифодашаванда, хусусиятҳои таъсири лазери гелий-неонӣ, чораҳои беҳдоштӣ ташкил менамоянд.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Баргузори таҳлили ретроспективӣ ва проспективӣ дар амал истифода намудани методҳои муолиҷаи папилломатози ҳанҷараи кӯдакон, ошкор намудани бартаариҳо ва норасоҳои онҳо.

2. Таҳлил намудани сабабҳо ва омилҳои ба онҳо мувофиқи хатари пайдошавӣ ва такроршавии папилломатози ҳанҷараи кӯдакон.

3. Дар кори амалии шуъбаи бемориҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ ҷорӣ намудани



усули бартарафкунии ташкилаҳои папилломатозӣ бо истифодаи методи фавворавии (пошандаи) таҳвияи сунъии шуш бо истифодаи ҷиҳози оптикӣ.

4. Арзёбии муқоисавии ҷарроҳии эндоларингеалӣ (яктабобатӣ) дар кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанчара ва муолиҷаи патогенетикии ҳамроҳ бо ҷарроҳии эндоларингеалӣ бо табобати мададгорӣ ва лазерӣ.

5. Таҳқиқ намудани пешравии нишондиҳандаҳои мақомҳои масунӣ ва интерферонӣ дар беморони гирифтори папилломатози ҳанчара пеш ва баъд аз муолиҷа.

6. Татбиқ намудани методҳои тавонбахшӣ ва пешгирӣ ҳангоми муолиҷаи папилломатози ҳанчараи кӯдакон.

7. Таҳия намудани тавсияҳо ҷиҳати такмил додани ҷорабиниҳои ташкилии зарурӣ барои ташҳиси барвақтӣ, ошкорсозӣ ва бартарафнамоии масъалаҳои ҳалнашуда дар бобати ташҳис ва муолиҷаи папилломатози ҳанчараи кӯдакон.

### **Методҳои таҳқиқот**

Барои ҳаллу фасл намудани масъалаҳои матраҳгардида дар таҳқиқоти мазкур пажӯҳишҳои клиникӣ, таҳқиқоти узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ, таҳқиқоти эндоскопии ҳанчара (ларингоскопияи мустақим ва ғайримустақим, фиброларингоскопия), пажӯҳишҳои рентгенӣ (рентгенографияи муоинавӣ, ТК, ТМР) узвҳои гардан ва қафаси сина, таҳқиқоти функсияи нафаскашии берунӣ, ташҳиси ВПЗ, пажӯҳишҳои масуниятшиносӣ ва морфологӣ ба қор бурда шуданд.

Ҳамчунин пурсишномаи беморон бо мақсади муайянкунии сабабҳои имконпазири беморӣ ва омилҳои хатари он анҷом дода шуд.

### **Марҳилаҳои таҳқиқот**

Дар марҳилаи I-уми таҳқиқот барои муайян намудани омилҳои хатар, зуҳури клиникӣ, муддати бистаришавӣ, миқдори такроршавиҳо, вайроншавиҳои вазоифӣ, муқоисаи самаранокии усулҳои муолиҷаи истифодашуда, таҳлили 140 таърихи бемории кӯдакони аз 1 то 15 сола бо папилломатози ҳанчара анҷом дода шуд, ки дар давраҳои аз соли 1997 то соли 2006 дар шӯъбаи кӯдаконаи гӯш, гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии ВТ ва ХИА ЧТ бистарӣ гардидаанд.

Дар марҳилаи II-юм таҳқиқоти маҷмӯӣ ва табобати 132 беморони синнашон аз 1 то 15 сола бо папилломатози ҳанчара гузаронида шуд, ки дар шӯъбаи кӯдаконаи гӯш, гулӯ ва бинии Маркази миллии тиббии ВТ ва ХИА ЧТ ва базаи кафедраи бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинии Муассисаи давлатии таълимии “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” дар давраҳои аз соли 2007 то соли 2016 бистарӣ гардидаанд.

### **Пойгоҳи асосӣ, иттилоотӣ ва таҳқиқотӣ**

Дар раванди таҳқиқот иттилооти илмӣ аз қабилӣ маводи диссертатсияҳо, анҷуманҳо, конференсияҳо, симпозиумҳо, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, монографияҳои муаллифони кишварҳои хориҷии наздику дур ва асарҳои илмӣ донишмандони ватанӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуданд.

### **Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ**

Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот бо ҳаҷми кофии мушоҳидаҳо тасдиқ мешавад. 132 нафар кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанчара таҳқиқ шудаанд. Таҳлили ретроспективи 140 таърихи бемории кӯдакони таҳти муолиҷа

ва таҳқиқотбуда дар шуъбаи оториноларингологии кӯдакони Маркази миллии тиббии ВТваҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон роҳандозӣ шудааст. Принсипҳои интихоби тасодуфӣ, қишрбандӣ, муқоиса бо назорат, таҳлили омории тафриқавии натиҷаҳои бадастомада истифода гардидааст.

#### **Навгонии илмӣ таҳқиқот**

Дар таҳқиқоти диссертатсионӣ проблемаи нави илмӣ равиши мачмӯии муосир ба муолиҷаи папилломатози ҳанҷараи кӯдакон ҳаллу фасл гардидааст. Нахустин бор арзёбии муқоисавии самарабахшии гунаҳои мухталифи муолиҷа ва гунаҳои омехтаи он бо мақсади зиддитақроршавии беморӣ дар кӯдакони гирифтори папилломатози роҳи нафас дар асоси пешравии чараёни клиникӣ беморӣ, тағйироти морфо-функционалии нишондиҳандаҳои мақоми масунӣ ва интерферонӣ фароҳам оварда шудааст. Равиши тафриқавӣ нисбат ба табобати папилломатози роҳи нафас бо дарназардошти вазнинии чараён ва шакли беморӣ муайян гардидааст. Асосноккунии нақши патогенитикии ихтилолотӣ ошкоршуда дар инкишофи папилломатози ҳанҷарои кӯдакон дода шудааст. Қонуниятҳои муайян дар пешравии барқароршавии функсияҳои гумшудаи ҳанҷара вобаста ба гунаҳои интихобшудаи муолиҷаи омехта муқаррар гардидааст. Корбурди микроҷарроҳии боэҳтиёти эндоскопии эндоларингеалӣ барои бартарафкунии бунёдии папилломаҳои ҳанҷара ба сифати таъмини таҳдиршиносӣ истифода намудани усули фавворавии баландбасомади таҳвияи сунъии шуш имкон дод, ки хатари инкишофи оризаҳо дар беморони хурдсол ба ҳадди ақал расонида шавад. Барои бартарафкунии бунёдии папилломаҳои ҳанҷара ба сифати таъмини таҳдиршиносӣ истифодаи усули фавворавии баландбасомади таҳвияи сунъии шуш имкон дод, ки хатари инкишофи оризаҳо дар беморони хурдсол ба ҳадди ақал расонида шавад. Нахустин бор таъсири табобат ба нишондиҳандаҳои мақоми масунӣ ва интерферонӣ мавриди омӯзиш қарор гирифт. Гунаҳои оқилонаи табобати папилломатози тақроршавандаи ҳанҷара бо истифодаи доруҳои масуниятангезанда ва зиддивирусӣ пешниҳод карда шуданд.

Дар амалияи ҷарроҳӣ ҷорӣ намудани технологияҳои боэҳтиёти эндоскопӣ, таъмини таҳдиршиносии муосир имкон дод, ки хатари инкишофи оризаҳо ҳангоми ҷарроҳии эндоларингеалӣ дар беморони хурдсол ба ҳадди ақал расонида шавад.

**Аҳаммияти назариявӣ таҳқиқот** дар он аст, ки нуктаҳои асосии таҳқиқот, масъалаҳои ташҳис ва муолиҷаи папилломаҳои ҳанҷара метавонанд дар раванди таълими муассисаҳои таҳсилоти олии тиббӣ, дар амалияи утоқҳои гӯшу гулӯ ва бинии дармонгоҳҳо ва шуъбаҳои гӯшу гулӯ ва бинии беморхонаҳои вилоятӣ ва ҷумҳуриявӣ, инчунин ҳангоми тартиб додани барномаҳо оид ба оморасозии мутахассисони баландтаҳассуси соҳаи оториноларингология мавриди истифода қарор гиранд.

#### **Аҳаммияти амалии таҳқиқот**

1. Дар асоси натиҷаҳои таҳқиқоти илмӣ ангораи муносиби ташҳис, муолиҷа ва пешгирии тақроршавии папилломатози ҳанҷараи кӯдакон, аз ҷумла бартарафсозии эндоларингеалии папилломаҳои ҳанҷара якҷоя бо табобати омехтаҳои гуногуни доруй ва табобати лазерӣ коркард гардид, ки ба

барқароршавии функсияҳои гумшудаи нафаскашӣ ва овозбарорӣ ханчара мусоидат мекунад.

2. Методи амали ҷарроҳии боэҳтиёти эндолярингеалӣ бо истифодаи ҷиҳози оптикӣ хангоми раванди папилломатозӣ дар садопардаҳо дар амал ҷорӣ гардид.

3. Омӯзиши тағйирот дар мақомҳои масунӣ ва интерферонӣ имкон медиҳад, ки ҷанбаи ҷараён ва пайомадҳои эҳтимолии беморӣ пешгӯӣ карда шавад.

4. Методи омехтаи пешниҳодгардидаи муолиҷаи кӯдакони гирифтори папилломатози ханчара бартарихӣ онро нисбат ба дигар усулҳои муолиҷа нишон медиҳад.

5. Бартарии корбурди наркоз бо таҳвияи фавворавии баландбасомади сунӣи шуш, ки иҷрои ҷарроҳиро бо намоёнии пурраи майдони ҷарроҳӣ бо натиҷаи ҳадди аксари функционалӣ нисбат ба методҳои анъанавӣ ҷарроҳӣ таъмин менамояд.

6. Истифодаи муолиҷаи дорӯӣ якҷо бо равондармонӣ ва машғулиятҳои фонопедӣ ба барқароршавии функсияҳои овозбарорӣ ва нафаскашӣ мусоидат мекунад.

7. Барои ташаккули гурӯҳи хатар бо мақсади ошкорсозии барвақти папилломатози ханҷараи кӯдакон меъёрҳо таҳия гардиданд. Барои коҳишдиҳии беморшавӣ баргузор намудани муоинаҳои пешгирӣ бо корбасти методи маҷмӯии таҳқиқот зарурат дорад.

#### **Нуктаҳои, ки ба ҳимоя бароварда мешаванд**

1. Омӯзиши омилҳои хатар, вижагиҳои ҷараёни клиникаию функционалии беморӣ бо истифодаи пажӯҳишҳои морфологӣ ва масуниятшиносӣ, инчунин баргузорию воқуниши полимеразии занҷирӣ барои ташҳиси барвақтӣ ва оғози муолиҷаи саривақтии маҷмӯии зиддитакроршавӣ хангоми папилломатози ханҷараи кӯдакон.

2. Микрочарроҳии боэҳтиёти эндолярингеалӣ таҳти таҳдири умумӣ бо корбурди таҳвияи фавворавии баландбасомади сунӣи шуш методи самараноки интиҳоби муолиҷаи папилломатози ханҷараи кӯдакон мебошад.

3. Самаранокии усулҳои пешниҳодгардидаи омехтаи муолиҷаи папилломатози ханҷараи кӯдакон дар муқоиса бо методҳои анъанавӣ таъбабат бар мабной натиҷаҳои дурдасти таҳқиқот исбот гардидааст.

4. Усули пешниҳодгардидаи муолиҷаи ҷарроҳии папилломатози ханҷара натиҷаҳои функционалии муолиҷаро хангоми басомади камтари такроршавиҳо дар муқоиса бо методҳои анъанавӣ нишон медиҳад.

5. Папилломатози ханҷараи кӯдакон дар пасманзари норасоии нишондиҳандаҳои мақомҳои масунӣ ва интерферонӣ ҷараён дошта, пешравии барқароршавии онҳо дар зери таъсири дорӯҳои дорои фаъолнокии масуниятсозанда, зиддивирӯсӣ ва зиддигуморогенӣ самаранокии таъбабати патогенетикии бемориро инъикос мекунад.

6. Методи пешниҳодгардидаи омехтаи муолиҷаи кӯдакони гирифтори папилломатози ханҷара якҷо бо равондармонӣ ва машғулиятҳои фонопедӣ ба барқароршавии барвақтии функсияи овозбарорӣ ва нафаскашӣ мусоидат мекунад ва бартарияти онро нисбат ба дигар усулҳои муолиҷа нишон медиҳад.

7. Анҷораи таҳиягардидаи ҷорабиниҳои тавонбахшӣ ва пешгирӣ бо мақсади

роҳ надодан ба инкишоф ва такроршавии папилломатози ҳанҷараи кӯдакон мусоидат мекунад.

### **Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия**

Аз тарафи муаллиф якҷо бо мушовирони илмӣ мавзӯи диссертатсия интихоб шуда, мақсад ва вазифаҳо, объекти таҳқиқот, заминаҳо ва методҳои таҳқиқоти маводи клиникӣ муайян гардидааст. Унвонҷӯ ҷустуҷӯи патентноӣ иттилоотӣ оид ба проблемаи таҳқиқотро мустақилона роҳандозӣ ва алгоритми таҳқиқоти кӯдаконро (100%) таҳия намудааст. Муаллифи таҳқиқот, корҳои вобаста ба маълумоти бойгониро анҷом дода, кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанҷараро мустақилона таҳқиқ намуд, маводи таҳқиқоти диссертатсиониро тартибу танзим карда, муолиҷаи ҷарроҳӣ ва ҳифозатӣ, тадбирҳои тавонбахшӣ, мушоҳидаи диспансерии кӯдакони гирифтори папилломатози роҳи нафасро шахсан (100%) гузаронидааст. Пешбурди танзими таърихи беморӣ, пур кардани варақаҳои беморони бистаришуда, шахсан аз тарафи муаллифи диссертатсия (100%) сурат мегирифт. Интихоби мавод барои ташҳиси ВПО - ро (100%) муаллиф анҷом додааст.

Унвонҷӯ, мустақилона, пойгоҳи додаҳои электрониро тартиб дода, коркарди омории маводро амалӣ намудааст. Нигориш ва ороиши хаттии пешниҳоди натиҷаҳои таҳқиқот аз тарафи муаллиф коркард ва таҳия гардида, инчунин мақолаҳои илмӣ ва бобҳои диссертатсия таълиф шудаанд. Саҳми иштироки шахсии муаллиф дар баргузории таҳқиқоти мазкур 100%, дар таҳлил, таснифу танзим ва асосноккунии натиҷаҳои ҳосилгардида, таълифи мақолаҳои илмӣ ва бобҳои муҳтавои диссертатсия низ 100% - ро ташкил намудааст.

Натиҷаҳои асосии илмӣ аз тарафи унвонҷӯ дар монография инъикос гардидааст ва саҳми шахсии муаллиф дар ин маврид 90%, дар мақолаҳои ҷопшуда дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшавандаи феҳристи КОА назди Президенти ҶТ - 90%, дар маҷмӯаҳои тақризшавандаи мақолаҳои илмӣ, маводи конференсияҳои илмию амалии байналмилалӣ ва ҷумҳуриявӣ, дастурҳои методӣ, васоити таълимӣ саҳми шахсии муаллиф 90%- ро ташкил мекунад. Таҳлил ва ҷамъбастанкунии мавод оид ба ҳамаи самтҳои таҳқиқот аз тарафи муаллиф (100%) амалӣ шудааст.

### **Тасвиби таҳқиқот ва иттилоот оид ба натиҷаҳои корбурди онҳо**

Нуктаҳои асосии таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конференсияи 55-уми солонаи илмию амалии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино, бахшида ба 75-солагии узви вобастаи АИТР, профессор Ю.Б. Исҳоқӣ «Масъалаҳои мубрами тибби оилавӣ» (Душанбе, 2007); дар конгресси Х1 табибони атфолӣ кишварҳои Авруосиё (Душанбе, 2011); дар конференсияи ҷумҳуриявии илмию амалии оториноларингологҳо бо иштироки байналмилалӣ «Масъалаҳои мубрами оториноларингология», бахшида ба 80-солагии узви вобастаи АИТР, профессор Ю.Б. Исҳоқӣ (Душанбе, 2012); конференсияи II илмию амалии «Ҷанбаҳои муосири ташҳис, муолиҷа ва пешгирии бемориҳои модарзодӣ ва иктисобӣ дар оториноларингологияи кӯдакон» (Тошканд, 2012); конференсияи ҷумҳуриявии илмию амалӣ бо иштироки байналмилалӣ «Проблемаҳои мубрами тавонбахшии тиббӣ, физиотерапия ва тибби варзишӣ» (Самарқанд, 2014); конференсияи XXII илмию амалӣ бо иштироки

байналмилалии МТД ДТБ дар СТ ҚТ «Нақши таҳсилоти баъдидипломӣ дар рушди тибби ҚТ» (Душанбе, 2016) гузориш ва мавриди баррасӣ қарор гирифтаанд.

Тасвиби диссертатсия дар маҷлиси байникафедравии кафедраҳои оториноларингологияи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино ва МТД ДТБ дар СТ ҚТ (Душанбе, 2020), Анҷумани илмию амалии ҷумҳуриявии оториноларингологҳо (Душанбе, 2018 - 2020) баргузор гардидааст.

#### **Интишороти натиҷаҳои таҳқиқот**

Аз рӯи маводи диссертатсия 70 таълифоти илмӣ ба таъб расонида шудааст, ки аз ҷумла 19 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон интишор ёфта, 1 патенти ихтироъ, 9 гувоҳнома барои тақлифҳои ихтирооёкорӣ ба даст оварда шудааст. Патенти ихтирои Ҷумҳурии Тоҷикистон «Усули муолиҷаи омехтаи зиддитакроршавии папилломатози ҳанҷараи кӯдакон» №ТҶ 1082 аз 20.02.2020, дархостномаи № 1901333 аз 11 июли соли 2019 дода шудааст.

#### **Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия**

Диссертатсия дар 296 саҳифаи матни ҳуруфчинии компютерӣ иншо гардида, аз муқаддима, шарҳу тафсири адабиёт, 6 боби таҳқиқоти ҳуди муаллиф, хулоса, натиҷагирӣ, тавсияҳои амалӣ, феҳристи адабиёт иборат буда, дорои 56 ҷадвал ва 49 расм мебошад. Феҳристи адабиёт 226 номгӯи маъхазҳоро дар бар гирифта, 103 номгӯӣ ба забони русӣ ва 123 номгӯӣ ба забонҳои хориҷӣ мебошанд.

### **МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар заминаҳои шуъбаи оториноларингологияи кӯдакони Маркази миллии тиббии ВТВаҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кафедраи оториноларингологияи Муассисаи давлатии таҳсилотии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» ВТВаҲИА ҚТ иҷро карда шудааст.

Барои расидан ба мақсад ва иҷро намудани вазифаҳои дар таҳқиқот матраҳгардида, муносибгардонии муолиҷа таҳлили маълумоти бойгонӣ (дар бахши ретроспективӣ) оид ба 140 адад таърихи бемории беморони гирифтори папилломатози ҳанҷара ки дар шуъбаи оториноларингологияи кӯдакони Маркази миллии тиббии ВТВаҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон ва кафедраи оториноларингология аз соли 1997 то соли 2006 дар ҳоли бистарӣ будан таҳти муолиҷа қарор гирифта буданд ва 132 нафар (бахши проспективӣ) кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанҷара, ки дар давраи солҳои 2007-2016 дар муассисаи мазкур таҳқиқ ва муолиҷа гирифтанд.

Меъёрҳои фарогирии беморон дар таҳқиқот.

1. Розигии довталабона ва огоҳонаи беморон (ва / ё волидайнӣ кӯдакони то 14 - сола).
2. Ташҳиси тасдиқгардидаи «папилломатози ҳанҷара».
3. Синни беморон - 1- 15- сола.

Ангораи таҳқиқот фарогири риояи тавсияҳои тиббӣ баъди ҷарроҳӣ ва мураҳхасшавӣ аз беморхона, инчунин мушоҳидаи пайваста аз болои беморон дар

тамоми муддати давраи таҳқиқот буд.

Методҳои таҳқиқот вобаста ба баргузориҳои ҳалли масъалаҳои матраҳшуда бо дарназардошти вижагиҳои кӯдакони таҳқиқшаванда ва патологияҳо интихоб мешуд. Беморон ба ғайр аз тартиби стандартии таҳқиқот, инчунин мавриди ларингоскопияи мустақим ва ғайримустақим, фиброларингоскопия ё видеоларингоскопия бо видеосабти манзараи эндоскопӣ қарор гирифтанд. Пажӯҳишҳои рентгенологӣ, хучайрашиносӣ, бофташиносӣ, спирометрия, ҳамнавьсозии папилломавирусҳо бо ёрии воқуниши полимеразии занҷирӣ (ВПЗ) анҷом дода мешуд. Барои тадқиқи ташхис, арзёбии авҷгирии беморӣ имконоти амалҳои ҷарроҳӣ ва дастури тахдиршиносӣ томографияи компютерӣ гузаронида мешуд. Мақомҳои масунӣ ва интерферонӣ мавриди омӯзиш қарор мегирифт.

Гурӯҳи назоратиро 18 нафар кӯдакони амалан солими ҳамон синнусол ташкил меод.

## **НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ ВА БАРАСИИ ОНҲО**

### **Таъсири натиҷаҳои таҳқиқот ва муолиҷаи гурӯҳи ретроспективӣ (маводи бойгонӣ)**

Дар марҳилаи якум таҳлил ва интихоб карда гирифтани таърихи бемории кӯдакон бо ташхиси тасдиқшудаи «папилломатози ҳанҷара» баргузор гардид. Маълумоти бойгонии 140 нафар беморон мавриди таҳқиқ қарор гирифтанд. Синни кӯдакон аз 1 то 15 - соларо ташкил меод. Дар миёни таҳқиқшудагон писарбачаҳо - 83 нафар (59,3%), духтарбачаҳо - 57 нафар (40,7%) буданд. Аксарияти кӯдакони таҳқиқшуда аз 4 то 6-сола (41,5%) ва аз 1 то 3 - сола (28,5%) буданд. Дар гурӯҳи синнусоли калон (13 - 15 - сола) теъдоди бачагони гирифтори папилломатози ҳанҷара хеле камтар (2,1%) буданд.

Шикоятҳо дар бобати тағйирёбии дараҷаҳои гуногуни вазоҳати овоз баъди сарбории овозӣ дар 140 нафар бемор ошкор гардид. Овози 70 нафар писарбача ва 44 нафар духтарбача паст ва заиф буд. Беовозӣ дар 13 нафар писарбача ва 13 нафар духтарбача ба қайд гирифта шуда буд. Ҳангоми таҳлили маводи бойгонӣ муқаррар гардид, ки 60,7% - таҳқиқшудагон дар оила кӯдакони сарнахустин, 21,4% - кӯдакони таваллуди дуюм, 10,7% - кӯдакони бемор таваллудшудаи сеюм, 7,1% - фарзандони чорум ва минбаъдаи оила буда, аз модарони ҷавон ( $19 \pm 0,3$  - сола) ва дар аксарияти ҳолатҳо 82,1% бо роҳи табиӣ ба дунё омада буданд. 25% модарон анамнези акушерии гинекологӣ вазнин доштанд. Дар 40% ҳолатҳо анамнези оилавии номусоид оид ба сирояти папилломавирусӣ ба мушоҳида мерасид. Бемориҳои ҳамроҳ дар 80% кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанҷара ошкор карда шуд. Патологияи узҳои гӯшу гулу ва бинӣ - дар 63,6% кӯдакон, ҷиҳози меъдаю рӯда (ЧМР - бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, бемории гастроэзофагеали рефлюксӣ, илтиҳоби меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштаи музмин) - дар 17,1%, сирояти вирусӣ (ситомегаловирус, вируси герпеси одӣ, вируси Эпштейн-Барр, СШВРН (сирояти шадиди вирусии роҳи нафас) - дар 21,4% кӯдакон, иртибототи ВПО бо вируси герпеси одӣ, ситомегаловирус, вируси Эпштейн-Барр - дар 9,3% ҳолатҳо дучор омада, аллергияпатология - дар 25,7% кӯдакон ошкор гардидааст. Қасбу кори 63 нафар падару модарон (45%) бо

зарарнокиҳои шароити меҳнат (коргарони корхонаҳои саноатӣ 25 нафар (17,1%)), кормандони мучтамаи агросаноатӣ - 38 нафар (27,1%) алоқамандӣ дошта, 24 нафар падарони (17,1%) кӯдакон одати тамокукашӣ доштанд. Дар 59 нафар кӯдакон папилломатози аввалияи ҳанчара ва дар 81 нафар папилломатози такроршаванда ташхис карда шуд. Шакли маҳдуди папилломатози аввалияи ҳанчара - дар 23 нафар (16,4%), шакли паҳнгардида - дар 24 нафар (17,1%), шакли масдудкунанда - дар 12 нафар (8,6%) кӯдакони бемор дучор омадааст. Ҳангоми ПХ такроршаванда шакли маҳдуди он - дар 20 нафар (14,3%), шакли паҳнгардида - дар 37 нафар (26,4%) ва масдудшаванда - дар 24 нафар (17,1%) бемор дучор шудааст. Кӯдакон вобаста ба муолиҷа ба гурӯҳҳо тақсим шуда буданд (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1 - Тақсими беморон вобаста ба муолиҷаи истифодашаванда**

Гурӯҳҳо	Муолиҷаи гузаронидашаванда	Синн	Ҷинс		Ҳамагӣ
			П	Д	
гр. 1.	Муолиҷаи ҷарроҳӣ (яктабобатӣ)	1 - 3 - сола	12	8	20
гр. 2	Бартаарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо + виферон (суппозиторияи рӯдаи мустақима)	1 - 3 - сола	12	8	20
гр. 3	Бартаарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо + проспидин (дамкашӣ)	4 - 6 - сола	17	12	29
гр. 4	Бартаарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо + реаферон ЕС	4 - 6 - сола	16	13	29
гр. 5	Бартаарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо + циклоферон + электрофорез бо гидрокортизон	7 - 9 - сола	9	7	16
гр. 6	Бартаарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо + циклоферон + амиксин®	7 - 9 - сола	9	6	15
гр. 7	Бартаарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо + тактивин + атсикловир	10 - 15- сола	8	3	11

Кӯдакон вобаста ба басомади такроршавии беморӣ ба 3 гурӯҳ ҷудо карда шуда буданд. Гурӯҳи якумро (ПХ баъзан такроршаванда) - 53 нафар (37,9%), гурӯҳи дуюмро (ПХ бештар такроршаванда) - 55 нафар (39,3%), гурӯҳи сеюмро (хеле зиёд такроршаванда) - 32 нафар (22,9%) беморон ташкил мекарданд.

Дар гурӯҳи 1-ум - 20 нафар кӯдакони 1 - 3 - сола буданд, ки бо онҳо бартаарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо (яктабобатӣ) гузаронида шуд. Дар давраи мушоҳидаҳо дар 7 нафар беморон - як бор, дар 7 нафар - ду бор, дар 3 нафар - се бор, дар 4 нафар - чор бор папилломаҳо бартаараф карда шуда буданд. Давраи миёнаи байнитакроршавӣ  $4,8 \pm 0,2$  моҳро ташкил намуд. 55 ҷарроҳии

бартарафкунии ташкилаҳои папилломатозӣ анҷом дода шуд. Дар вақти ҷарроҳӣ таҳвияи ҳаҷмии сунъии шуш (ТСШ) ба воситаи найчаи эндотрахеалӣ гузаронида шуд.

**Дар гурӯҳи 2-юм** - 20 нафар кӯдакони 1 - 3 - сола - баъди бартарафкунии эндоларингеалии папиломаҳо суппозиторияи рӯдаи мустақимаи виферон ба андозаи 150 000 МЕ 2 бор дар як рӯз ба муддати 10 рӯз таъйин карда шуда буд. 8 нафар кӯдак - ду бор, 5 нафар кӯдаки бемор - ду бор, 7 нафар кӯдак - се бор ҷарроҳӣ шуда буданд. 51 амали ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,6 ҷарроҳӣ рост меомад. Давраи байнитакроршавӣ ба ҳисоби миёна  $6,5 \pm 0,1$  моҳро ташкил меод.

**Гурӯҳи 3-юм** - 29 нафар кӯдакони 4 – 6 - соларо дар бар мегирифт, ки дар онҳо бартарафкунии эндоларингеалии папиломаҳо якҷоя бо дамкашии аэрозолии проспидин ҳамарӯза (ба андозаи 0,1 - 0,2 г дору) ба муддати 10 дақиқа таъйин шуда буд. Як давраи муолиҷа аз 15 бор дамкашӣ иборат буд. Воқунишҳои фаръӣ ҳангоми табобат ба назар нарасид. Аз рӯйи нишондиҳандаҳо табобати зиддибактериявӣ (супракс ба вояи шабонарӯзии аз 5 то 10 мл., ба муддати 7 - 10 рӯз) таъйин карда шуда буд. Давраи такрории табобат баъди 3 - 4 моҳ (пешгирии такроршавии беморӣ) на камтар аз 10 маротиба дамкашии проспидинро дар бар мегирифт. Папиломаҳо дар 10 нафар бемор - як бор, дар 12 нафар - ду бор ва дар 7 нафар - се бор бартараф карда шуданд. Давраи баъдитакроршавӣ ба  $8 \pm 0,3$  моҳ баробар буд. 74 ҷарроҳии бартарафкунии папиломаҳои ҳанҷара анҷом дода шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,6 ҷарроҳӣ рост меомад.

**Гурӯҳи 4-ум** - 29 нафар кӯдакони 4 – 6 - соларо дар бар мегирифт, ки дар онҳо бартарафкунии эндоларингеалии папиломаҳо бо дамкашиҳо ва воридакунии дохилимушакии реферон ЕС бо вояи 250 000 МЕ 3 бор дар як ҳафта ба муддати 1 моҳ ҳамроҳ буд. Барои тақвияи таъсири зиддиомосӣ ва зиддивирусии он ба ҳамаи кӯдакон дар 10 шабонарӯзи аввали баъди ҷарроҳӣ дамкашии реферон ЕС бо ёрии небулайзер гузаронида мешуд. Давраҳои такрории табобат бо фосилаи 3 моҳ таъйин карда мешуд. Бартарафкунии папиломаҳо дар 11 нафар бемор - як бор, дар 12 нафар - ду бор ва дар 6 нафар - се бор сурат гирифтааст. Давраи байнитакроршавӣ ба  $9,5 \pm 0,2$  моҳ баробар мешуд. Ҳамагӣ 71 амали ҷарроҳӣ анҷом дода шуда буд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,4 ҷарроҳӣ рост меомад.

**Гурӯҳи 5-ум** - иборат аз 16 нафар кӯдакони 7 - 9 сола - дар онҳо бартарафкунии эндоларингеалии папиломаҳо бо сиклоферон ва электрофорез бо гидрокортизон якҷо буд. Сиклоферон 1 бор дар шабонарӯз ба андозаи 2 ҳаб (300 мг.) барои қабул дар шабонарӯзҳои 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14 таъйин карда шуд. Давраи муолиҷа аз 14 ҳаб иборат мебошад. Давраи такрории муолиҷа баъди 3 ҳафтаи хотимаёбии давраи аввал гузаронида мешуд. Дору бо худи ҳамон вояи номбурда дар шабонарӯзҳои 1, 2, 4, 6, 8 қабул карда мешуд. Электрофорез бо гидрокортизон ҳар рӯз ба муддати 20 дақиқа идома меёфт. Бартарафкунии папилома дар 7 нафар бемор - як бор, дар 6 нафар - ду бор, дар 3 нафар - се бор анҷом дода шудааст. Давраи миёнаи байнитакроршавӣ ба  $10 \pm 0,2$  моҳ баробар буд. Ҳамагӣ 37 амали ҷарроҳӣ анҷом дода шуда буд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,3 ҷарроҳӣ рост меомад.



Дар гурӯҳи 6-ум - дар 15 нафар кӯдакони 7 - 9 сола - бартарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо бо сиклоферон ва амиксин якҷо буд. Сиклоферон 1 бор дар шабонарӯз ба андозаи 2 ҳаб (300мг), амиксин® 60 мг барои қабул аз роҳи даҳон дар шабонарӯзҳои 1, 2, 4, 6, 8, 10 таъйин карда шуд. Давраи муолиҷаи такрорӣ баъди 2 ҳафта баъди хотимаёбии давраи якум роҳандозӣ гардид. Ҳангоми такроршавиҳо доруҳо дар шабонарӯзҳои 1, 2, 4, 6, 8, 10 қабул карда мешуд. Дар 6 ҳолат - як бор, дар 5 ҳолат - ду бор ва дар 3 ҳолат - се бор бартарафкунии папилломаҳо амалӣ карда мешуд. Давраи байнитакроршавӣ ба  $12 \pm 0,3$  моҳ баробар аст. 34 амали ҷарроҳӣ анҷом дода шуд, ки баҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,3 ҷарроҳӣ рост меомад.

**Гурӯҳи 7-ум** - аз 11 нафар кӯдакон (10 – 15 - сола) иборат буд, ки дар онҳо бартарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо якҷо бо табобати зиддитақроршавӣ бо тактивин ва атсикловир амалӣ гардид. Атсикловирро ба андозаи 200 мг 4 бор дар шабонарӯз ба муддати 5 рӯз таъйин карда буданд. Тактивинро ҳар рӯз зерипӯстӣ ба муддати 10 рӯз якҷо ба атсикловир ворид мекарданд. Воридкунии минбаъдаи дору 1 сӯзандору 1 бор дар 10 рӯз ба муддати 3 моҳ идома меёфт. Атсикловир 1 ҳаб (200мг) 4 маротиба дар як рӯз ба муддати 5 рӯз таъйин карда мешуд. Барои бартарафкунии такроршавиҳои сироят 1 ҳаб (200 мг) 4 маротиба дар як рӯз ва 2 ҳаб 2 маротиба дар як рӯз таъйин карда мешуд. Бартарафкунии папилломаҳо дар 3 нафар бемор - як бор, дар 4 нафар - ду бор ва дар 4 нафар - се бор амалӣ гардид. 31 амали ҷарроҳии ҳанҷара гузаронида шуд, ки баҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,7 ҷарроҳӣ рост меояд. Муҳлати миёнаи ремиссия  $8 \pm 0,3$  моҳро ташкил меод.

Дар гурӯҳи ретроспективӣ натиҷаҳои хуби муолиҷа - дар 53 нафар (37, 9%), қаноатбахш - дар 55 нафар (39,3%) ва ғайриқаноатбахш - дар 32 нафар (22,9 %) беморон ба мушоҳида расид.

Ҳамин тавр, бештарин давраи байнитакроршавии гурӯҳи ретроспективии кӯдакон ҳангоми якҷоякунии муолиҷаи ҷарроҳӣ бо истифодаи омехтаи сиклоферон ва амиксин, сиклоферон бо гидрокортизон, реферон муяссар гардидааст. Дар бемороне, ки яктабобатӣ (танҳо бартарафкунии папилломаҳо) анҷом дода шуда буд, давраи барқароршавӣ дарозтар идома ёфта, такроршавиҳо дар муҳлатҳои кӯтоҳтар фаро расиданд.

**Тавсифномаи муқоисавии натиҷаҳои таҳқиқот ва муолиҷаи гурӯҳи проспективӣ.** Барои баргузор намудани таҳлили муқоисавии самаранокии муолиҷаи папилломатози ҳанҷараи кӯдакон таҳқиқоти проспективӣ иҷро карда шуд. 132 нафар беморони гирифтори папилломатози ҳанҷара аз лиҳози синнусол ва чинс бо гурӯҳи проспективӣ қиёсшаванда буданд, объекти таҳқиқат шуданд. Синни кӯдакон аз 1 то 15 - соларо ташкил мекард. Теъдоди писарбачаҳо - 79 нафар (59,8%), духтарбачаҳо - 53 нафар (40,2%) буданд, аксарияти бачаҳо аз 4 то 6-сола (38,6%) ва аз 1 то 3-соларо (28,8%) ташкил мекарданд. Авҷи зухуроти папилломатози такроршавандаи роҳи нафас (ПТРН) дар кӯдакони таҳқиқшуда ба синни аз 4 то 6-солагӣ рост меомад, ки он эҳтимолан ба истилоҳ ба ноболиғии функционалии низоми масунӣ ва низоми интерферон (ИФН) иртибот дошт.

Муҳлатҳои мурочиати кӯдакони гирифтори ПХ ба муассисаҳои

махсусгардонидашудаи тиббӣ мавриди таҳлил қарор дода шуд. Дар 45,5% ҳолатҳо (60 нафар кӯдакон) то замони бистаришавӣ дар шӯъбаи оториноларингологии кӯдакон давраи муолиҷаи амбулаториро сипарӣ намуда буданд, ки он аз табобати зиддибактериявӣ ва витаминӣ, ба ҳанҷара воридкунии доруҳо ва равғанҳо, дамкашии доруҳои зиддигистаминӣ, глюкокортикостероидҳо, бронхолитикҳо ва муколитикҳо иборат буданд. Дар ҷараён ва баъди табобат баъзе дар як қисми беморон беҳбудӣ ба мушоҳида расид. Ҳангоми мурочиат барои ёрии тиббӣ бори аввал ба 13,6% кӯдакон иштибоҳан “ларингити шадид”, ба 12,9% - ларинготрахеит, ба 9,8% - ринофарингити шадид, ба 4,5% - бронхити шадид, ба 3,1% - қисми бегона дар гулӯ ва ҳанҷара, ба 1,5% варами ҳанҷара ташхис шуда буд. Дар 54,5% кӯдакон беморӣ дар замони мурочиат ба шӯъбаи оториноларингологии кӯдакон ошкор шуда буд.

Шикоятҳо дар бобати ихтилоли функцияи овозиро ҳамаи беморон изҳор намуданд, 81,8% кӯдакон аз овози паст ва заиф, 18,2% - аз набудани овоз, 81,8% - аз нафастангӣ ҳангоми сарборӣ, 18,2% - аз нафастангӣ ҳангоми оромӣ, 36,4% - аз сулфа, 29,5% - аз эҳсоси қисми бегона дар гулӯ, 21,2% - аз гулӯгиршавӣ ҳангоми таомхӯрӣ шикоят доштанд.

Таҳлили патологияи таъсиррасонанда ба ташаккул ва ҷараёни папилломатози ҳанҷараи кӯдакон дар гурӯҳи проспективӣ нишон дод, ки бемориҳои илтиҳобии узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ бартарӣ доштанд, ки дар 72% кӯдакон, бемориҳои ҷиҳози меъдаю рӯда бошад, дар 31,1% беморон ба қайд гирифта шуд. Аллергоанамнези вазнин дар 30,3% беморон ошкор гардид. Иртиботи вирусӣ папиломаи одам (ВПО) бо вирусӣ герпеси одӣ (ВГО), ситомегаловирус (СМВ), вирусӣ Эпштейн-Барр (ВЭБ) дар 23,5% ва ихтилолоти эндокринӣ - дар 3,8% беморон муқаррар карда шуд.

Омилҳои хатари сироятшавии ВПО синни модар  $19 \pm 0,3$ - солагӣ ва оғози ҳаёти ҷинсӣ  $< 18$  - солагӣ мебошанд. 69,7% кӯдакон тифли сарнахустини модарон, 30,3% онҳо аз таваллудҳои такрорӣ буданд. Дар оила 18,2% - фарзанди дуҷум, 7,6% - фарзанди сеҷум ва 4,5% - фарзанди чорум ва минбаъда буданд. Анамнези акушерии гинекологии 25,8% модарон вазнин будааст. Басомади таваллудҳои саривақтӣ (ба воситаи роҳи табиӣ таваллуд) 83,3% ҳолатҳоро ташкил додааст. 16,7% модарон таҳти ҷарроҳии бурриши қайсарӣ қарор гирифтаанд. Волидайнӣ 18 нафар (13,6%) кӯдакон никоҳи хешутаборӣ доштанд (амакбачаҳо, холабачаҳо ва тағобачаҳои якдигар буданд), ки он ҳам метавонад ба пайдоиши ПХ таъсир дошта бошад. Дар 42,4% (56 нафар) кӯдак анамнези номусоиди оилавӣ оид ба сирояти вирусӣ папиллома ба мушоҳида расид. Падарони 28 нафар (21,2%) кӯдакон тамоку мекашиданд, волидайнӣ 17,4% (23 нафар) - дар бахши саноат, 23,5% (31 нафар) дар соҳаи мучтамаи агросаноатӣ кор мекарданд. Дар 21,2% ҳолатҳо падару модарон бо сабабҳои гуногун муваққатан бекор буданд, ки он ба сатҳи иҷтимоӣ маишии оила инъикос мешуд. Фақат 14 нафар (10,6%) кӯдакон дар оилаҳои некуаҳвол аз лиҳози иҷтимоӣ ба дунё омада буданд. Дар 6 моҳи аввали ҳаёт ба таври боэътимод  $35,5 \pm 3,4$  камтар кӯдакон шири модарро макидаанд, нисбат ба кӯдаконе ки  $50,2 \pm 4,3\%$  ғизои сунӣ хӯрдаанд.

72 нафар (54,5%) беморон ба ПХ аввалия ва 60 нафар (45,4%) ба ПХ такроршаванда гирифторм буданд. Шакли маҳдуди беморӣ - дар 52 нафар (39,3%), шакли паҳнгардида - дар 51 нафар (38,6%) ва шакли масдудкунанда - дар 23 нафар (17,4%) кӯдакон ба назар расид.

Папилломатози камтар такроршавандаи ҳанҷара - дар 57 нафар (43,2%) , ПХ бештар такроршаванда - дар 52 нафар (39,4%) ва ПХ хеле зиёд (бефосила) такроршаванда - дар 23 нафар (17,4%) кӯдакон ошкор гардид.

Ҳамаи бачагон вобаста ба муолиҷаи истифодашаванда ба гурӯҳҳо тақсим шуда буданд (ҷадвали 2).

### Ҷадвали 2 - Тақсими беморон вобаста ба муолиҷаи истифодашаванда

Гурӯҳҳо	Муолиҷаи баргузоршаванда	Синн	Ҷинс		Ҳамагӣ	
			п	д		
гр.1 .	Муолиҷаи ҷарроҳӣ + гелий - лазери неонӣ	1 - 3 - сола	11	8	19	
гр. 2	Бартарафкунии папилломаҳо + (суппозиторияи рӯдаи мустақима + гелий-лазери неонӣ)	эндоларингеалии генферон®	1 - 3 - сола	10	9	19
гр. 3.	Бартарафкунии папилломаҳо + полиоксидонӣ	эндоларингеалии изопринозин +	4 - 6- сола	16	10	26
гр. 4	Бартарафкунии папилломаҳо + изопринозин + гелий-лазери неонӣ	эндоларингеалии атсикловир +	4 - 6 - сола	15	10	25
гр. 5	Бартарафкунии папилломаҳо + полиоксидонӣ+гелий-лазери неонӣ	эндоларингеалии циклоферон +	7 - 9 - сола	10	5	15
гр.6	Бартарафкунии папилломаҳо + полиоксидонӣ + гелий-лазери неонӣ +	эндоларингеалии гроприносин®	7 - 9- сола	10	5	15
гр.7	Бартарафкунии папилломаҳо + каготсел + гелий-лазери неонӣ +	гроприносин®	10 - 15 - сола	7	6	13

Муолиҷаи кӯдакони гирифторми папилломатози ҳанҷара аз бартарафкунии папилломаҳо оғоз гардид. Ҳангоми бартарафкунии ташкилаҳои папилломатозӣ ба таъминоти таҳдиршиносӣ таваҷҷуҳи махсус дода шуд, зеро вижагии ҷарроҳии мазкур дар як майдони ҷарроҳӣ кори муштараки ҷарроҳ ва таҳдиршинос мебошад. Бартарафкунии ҷарроҳии папилломаҳо бо корбурди методи таҳвияи фавворавии (пошандаи) сунъии шуш (ТСШ) анҷом дода шуд.

ТСШ бидуни найчагузори трахея амалӣ карда шуд ва бо ҳамин иҷрои амали ҷарроҳӣ бо намоёншавии пурраи майдони ҷарроҳӣ ва натиҷаи ҳадди аксари функционалӣ таъмин гардид. Ларингоскопия бо ларингоскопи тамғаи Reicker - Kleinsasser, бо ҷиҳози таъҷибӣ анҷом дода шуд (расми 1).



а) то ҷарроҳӣ

б) баъди 2 моҳи ҷарроҳӣ

### Расми 1- Намои майдони ҷарроҳӣ аз равзанаи ларингоскоп

**Гурӯҳи якум** 19 нафар кӯдакони синни аз 1 то 3 - соларо дар бар мегирифт. Тахти тахдирӣ умумӣ бо ТББСШ бартарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо анҷом дода шуд. Дар давраи баъдиҷарроҳӣ ҳамаи беморон бо давраи таъбиати лазерӣ ба нуқтаҳои бологии фаъол ва ба таври эндоларингеалӣ ба муддати 10 рӯз фаро гирифта шуданд. Бо мақсади пешгирии такроршавии ПХ таъбиати лазерӣ ба фосилаи 3 моҳ такрор карда шуд. 8 нафар кӯдак - як бор, 5 нафар - ду бор, 4 нафар - се бор ва 2 нафар - чор бор ҷарроҳӣ шуданд. Давраи байни такроршавӣ ба  $6,5 \pm 0,2$  моҳ баробар буд. Дар гурӯҳи мазкур дар давраи мушоҳидаҳо 49 амали ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,6 ҷарроҳӣ рост меомад. Дар пасманзари яқоягии ҷарроҳии эндоларингеалӣ бо таъбиати лазерӣ давраи байни такроршавӣ дар муқоиса бо яктаъбиатӣ андаке дарозтар гардид.

**Гурӯҳи дуюм** аз 19 нафар кӯдакони гирифтори ПХ дар синни аз 1 то 3 - сола иборат буд, ки ба онҳо баъди бартарафкунии эндоларингеалӣ генферон®ЛАЙТ (суппозиторияи рӯдаи мустақима) яқчо бо истифодаи мавзееи гелий-лазери неонӣ таъйин карда шуд. Шамъакҳои рӯдаи мустақимаро бо вояи 125 000 МЕ рӯзе ду бор ба муддати 5 рӯз дар се давра аз рӯйи ангораи муносиб бо танаффуси 20 - рӯза таъйин гардид. Папилломаҳо дар 7 нафар - як бор, дар 9 нафар - ду бор, дар 3 нафар - се бор бартараф карда шуданд. Ҳамагӣ 46 амали ҷарроҳии бартарафкунии папилломаҳо анҷом дода шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,4 ҷарроҳӣ рост меомад. Давраи байни такроршавӣ ба  $8,5 \pm 0,2$  моҳ баробар буд. Ҳангоми таҳлилҳои муқоисавии натиҷаҳои муолиҷаи гурӯҳҳои якум ва дуюм (гурӯҳҳои ретроспективӣ ва проспективӣ) натиҷаҳои беҳтар дар гурӯҳи дуюми проспективӣ ба назар расид.

**Гурӯҳи сеюм** 26 нафар кӯдакони аз 4 то 6 - соларо дар бар мегирифт. Баъди бартарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо ба онҳо изопринозин ва полиоксидоний таъйин карда шуд. Беморон изопринозинро ба андозаи 250 мг 2 бор дар шабонарӯз ба муддати 14 рӯз қабул мекарданд. Бо мақсади пешгирии 250

мг полиоксидоний 2 бор дар як рӯз ба муддати 7 рӯз таъйин карда шуд. Полиоксидоний аз тариқи рӯдаи мустақима ба андозаи 6 мг 1 бор дар шабонарӯз таъйин гардида буд. Барои як давраи муолича 10 шамъак муайян гардида, барои пешгири шмъакхоро рӯздармиён таъйин карда буданд. Давраи муолича 10 шамъакро дар бар гирифта, давраи такрорӣ табобат баъди 3 моҳ фаро мерасид. Ҳангоми такроршавиҳои беморӣ полиоксидоний ҳар рӯз якҷо бо изопринозин ба муддати 10 рӯз таъйин карда мешуд. 10 нафар - як бор, 11 нафар - ду бор ва 5 нафар - се бор таҳти амали ҷарроҳӣ қарор гирифтанд. Давраи байнитакроршавӣ ба  $9,5 \pm 0,2$  моҳ баробар буд. Ҳамагӣ 63 амали ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,4 ҷарроҳӣ рост меомад.

Дар **гурӯҳи чорум** 25 нафар кӯдакони гирифтори ПХ синни аз 4 то 6 сола буданд. Кӯдакони гурӯҳи мазкур баъди амалҳои ҷарроҳӣ бо мақсади зиддитакроршавӣ атсикловир ва изопринозинро якҷо бо корбурди мавзеи гелий-лазери неонӣ қабул мекарданд. Атсикловир ба андозаи 200 мг (1ҳаб) 4 бор дар шабонарӯз ба муддати 10 рӯз таъйин шуда буд. Ҳангоми такроршавӣ атсикловирро ба андозаи 200 мг 3 бор дар шабонарӯз ба муддати 5 рӯз қабул мекарданд. Изопринозин ба андозаи 250 мг 2 бор дар шабонарӯз ба муддати 14 рӯз ва давраи такрорӣ ҳангоми такроршавиҳо бошад, ба андозаи 250 мг 2 бор дар шабонарӯз ба муддати 10 рӯз бо атсикловир таъйин мешуд. Дар ҷараёни давраи табобати дорӯӣ дар давраи баъдиҷарроҳӣ табобати лазерӣ гузаронида мешуд. 11 нафар - як бор, 11 нафар - ду бор ва 3 нафар - се бор ҷарроҳӣ шуданд. Давраи байнитакроршавӣ ба  $10,5 \pm 0,2$  моҳ баробар буд. Ҳамагӣ 56 амали ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,3 ҷарроҳӣ рост меомад. Дар гурӯҳҳои муқоисавӣ ҳам самаранокии муолича тақрибан яксон буданд.

**Гурӯҳи панҷум** аз 15 нафар бачагони аз 7 то 9 - сола иборат буд. Ҷарроҳии эндоларингеалӣ бо қабули сиклоферон ва полиоксидоний якҷо бо табобати лазерӣ буданд. Сиклоферон ба ҳамон вояи гурӯҳи ретроспективӣ таъйин гардид. Полиоксидоний ба вояи 6 мг 1 бор дар шабонарӯз таъйин шуда буд. Барои давраи муолича 10 шамъак истифода мешуд. Барои пешгирии беморӣ суппозиторияи полиоксидонийро бо вояи 6 мг рӯздармиён таъйин карданд. Давраи такрорӣ суппозиторияҳои полиоксидоний баъди 3 моҳ фаро мерасид. Ҳангоми такроршавиҳои беморӣ сиклоферонро ҳар рӯз аз рӯйи ангора якҷо бо полиоксидоний ва табобати лазерӣ қабул мекарданд. Гелий-лазери неониро аз тариқи эндоларингеалӣ ва дар мавзӯҳои биологии фаъол истифода мекарданд. Мачмӯаи машку тамринҳои нафаскашӣ, талаффузӣ ва овозбарорӣ барои барқароршавии функцияи овозӣ роҳандозӣ мешуданд. Дар 8 нафар бемор - як бор, дар 5 нафар - ду бор ва дар 2 нафар - се бор папилломаҳо бартараф карда шуданд. Давраи байнитакроршавӣ ба  $12 \pm 0,3$  моҳ баробар буд. Ҳамагӣ 33 амали ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,2 ҷарроҳӣ рост меомад. Ҳангоми истифодаи давраҳои такрорӣ муолича муҳлатҳои ремиссия дароз мешуданд. Натиҷаҳои муолича дар гурӯҳҳои муқоисавӣ тақрибан ҳамгун буданд.

Дар **гурӯҳи шашум** 15 нафар бачагони 7 – 9 - сола буданд. Муоличаи онҳо аз бартарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо бо истифодаи полиоксидоний ва гроприносина® бо табобати лазерӣ иборат буд. Гроприносин® ба андозаи 250 мг

3 бор дар шабонарӯз ба муддати 14 рӯз бо истифодаи полиоксидоний 6 мг 1 шамъак дар шабонарӯз таъйин гардид. Давраи муолича 10 шамъакро дар бар мегирифт. Ба муолича табобати лазерӣ аз тариқи эндоларингеалӣ ва дар мавзёҳои биологии фаъол илова мешуд. Муолича бо давраҳои 14 - рӯза бо фосилаи 1 моҳ идома дода мешуд. Бо кӯдакон маҷмӯаи машку тамринҳои нафаскашӣ ва овозбарорӣ барои барқароршавии функсияи овозӣ роҳандозӣ мешуданд. Барои тавонбахшии беморон баъди ҷарроҳӣ машқҳои фонопедӣ ва равондармонӣ аз нақши муҳим бархӯрдоранд. Такроршавии папилломаҳо дар 8 нафар бемор ошкор гардида, аз ҷумлаи онҳо 6 нафар - ду бор, 2 нафар - се бор ва дар 7 ҳолатҳо ҷарроҳии бартарафкунии папилломаҳо як бор анҷом дода шуд. Дар давраи мушоҳидаҳо ҳамагӣ 33 амали ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,2 ҷарроҳӣ рост меомад. Давраи байнитакроршавӣ ба  $12 \pm 0,5$  моҳ баробар буд.

**Гурӯҳи ҳафтум** камшумор буда аз 13 нафар бачаҳои 10 – 12 - сола ва 13 – 15 - сола иборат буд. Баъди бартараф намудани папилломаҳо ба беморон каготселро дар ду рӯзи аввал бо вояи 1 ҳаб 3 бор дар шабонарӯз, дар ду рӯзи баъдӣ бо вояи 1 ҳаб 2 бор дар шабонарӯз таъйин карда шуд. Барои як давраи муоличаи 4 - рӯза 10 ҳаб лозим мешуд, бо фосилаи 5 рӯз боз давраи муолича такрор мешуд. Давомнокии давраи пешгирӣ 2 моҳро бо танаффусҳои 5 - рӯза дар бар мегирифт. Доруи гроприносин®-ро бо вояи 250 мг 3 бор дар шабонарӯз ба муддати 14 рӯз таъйин намуданд. Сипас боз ду давраи муоличаро ҳар яке бо фосилаи 1 моҳ гузарониданд. Бо беморон маҷмӯаи машку тамринҳои нафаскашӣ ва овозбарорӣ барои барқароршавии функсияи овозӣ роҳандозӣ мешуданд. 6 нафар бемор - як бор, 5 нафар - ду бор, 2 нафар - се бор ҷарроҳӣ шуданд. Ҳамагӣ 29 амали ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,2 ҷарроҳӣ рост меомад. Давраи байнитакроршавӣ ба  $12 \pm 0,4$  моҳ баробар буд.

Ҳангоми арзёбии натиҷаҳои дурдасти муоличаи маҷмӯии папилломатози роҳи нафаси кӯдакон, ба қайд гирифта шуд, ки оғози барвақтии муолича боэътимод эҳтимоли сиҳатёбии клиникаро (набудани такроршавиҳо ё дарозшавии муҳлатҳои ремиссия) беҳтар менамояд. Дар беморони гурӯҳи мазкур, ҳангоми муолича таҳаввули босуръати беҳтаршавии манзараи баъдиҷарроҳӣ ба назар расид. Ба дунболи машғулиятҳои фонопедӣ ва равондармонӣ функсияи овозташакулдиҳӣ хеле зудтар барқарор гардидааст.

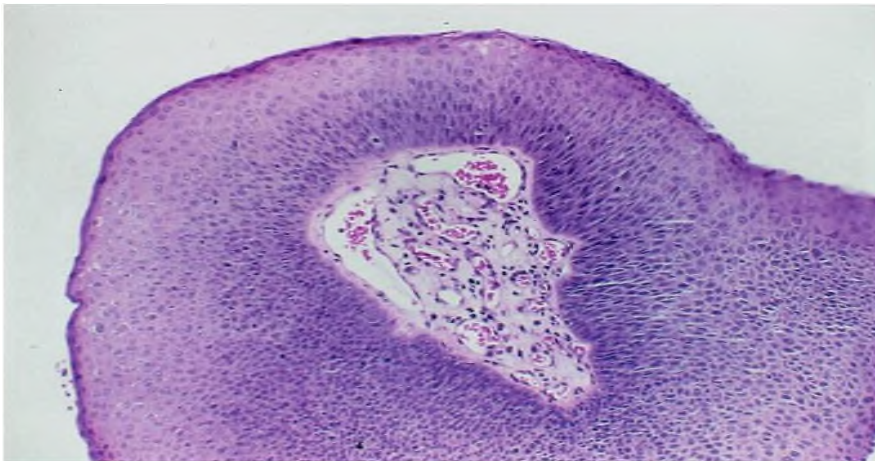
Дар кӯдакони гурӯҳи проспективӣ то муолича коҳишёбии муътадили ГҲШ, ГГҲШ ва ҲНГ<sub>1</sub>,  $p < 0,05$ ; САН,  $p < 0,05$ ; СҲЛ<sub>25</sub> ва СҲЛ<sub>50</sub>,  $p > 0,05$ ; СҲЛ<sub>75</sub>,  $p < 0,05$  ҷой дошт. Дар кӯдакони гирифтори шакли паҳнгардидаи папилломатози ҳанчара, дар қиёс бо нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ тафовутҳои муҳим аз рӯйи нишондиҳандаҳои зерин: ГҲШ, ГГҲШ ва ҲНГ<sub>1</sub>,  $p < 0,05$ ; САН,  $p < 0,05$ ; СҲЛ<sub>25</sub> ва СҲЛ<sub>50</sub>,  $p > 0,05$ ; СҲЛ<sub>75</sub>,  $p < 0,05$  ошкор шуданд. Ҳангоми муқоисаи маълумоти кӯдакони гирифтори шакли масдудкунандаи папилломатози ҳанчара бо гурӯҳи назоратӣ нишондиҳандаҳои бештар возеҳи ГҲШ, ГГҲШ ва ҲНГ<sub>1</sub>,  $p < 0,05$ ; САН,  $p < 0,05$ ; СҲЛ<sub>25</sub> ва СҲЛ<sub>50</sub>,  $p > 0,05$ ; СҲЛ<sub>75</sub>,  $p < 0,05$  ба даст оварда шуданд. Дар натиҷаи муолича нишондиҳандаҳои ГҲШ, ГГҲШ, СҲЛ<sub>25</sub> ва СҲЛ<sub>50</sub>,  $p > 0,05$ ; СҲЛ<sub>75</sub> беҳтар шуданд, ки коҳишёбии муқовимати аэродинамикӣ дар

ханчараро дар натиҷаи бартарафкунии ташкилаҳои папилломатозӣ инъикос мекунад. Таҳқиқоти функсияи нафаскашии беруни барои ошкорсозии аломатҳои тангшавии ханчара зарур аст, ки вучуд доштан ва зоҳиршавии онҳо метавонад ба иҷрои амали ҷарроҳӣ таъсир расонад.

Дар кӯдакони гирифтори папилломатози ханчара дар ҳамаи гурӯҳҳои синнусолӣ пеш аз муолиҷа аломатҳои норасоии масуният - коҳишёбии миқдори фоида ва мутлақи зерпопулятсияҳои лимфоситҳои дорои даррокҳои (ресепторҳои) CD3+, CD4+ ва CD8+ ба мушоҳида расидааст. Дараҷаи лимфоситҳои CD16+ ва CD19+ дар қиёс бо гурӯҳи назоратӣ барзиёд будааст. Шиддатнокии масунияти гуморалӣ дар коҳишёбии муҳтавои Ig A, M ва G ифода ёфтааст. Баъд аз муолиҷа муҳтавои нисбӣ ва мутлақи лимфоситҳои CD3+, CD4+ ва CD8+ афзоиш доштааст. Афзудани ҳаҷми низоми T бо болоравии фаъолнокии он ҳамроҳ будааст. Шумораҳои нисбӣ ва мутлақи лимфоситҳои B нисбат ба одамони солим барзиёд боқӣ мондааст, аммо тамоюл ба коҳишёбӣ доштааст. Баланд шудани имконоти захиравии синтези интерферонҳо: ИФН- $\alpha$  ва ИФН- $\gamma$  рӯй додааст.

Маълумоти мусбати беморони гурӯҳи мазкур дар пажӯҳишҳои ҳуҷайрашиносӣ ва бофташиносӣ ҳам тасдиқ гардидаанд (расми 2).

Хангоми таҳқиқи бофтанигорӣ бартарияти фаровони ҷирмҳои васлбофтҳои серраг ба қайд гирифта шуданд. Пролифератсияи баробарсамтаи фаровони бофтаҳои эпителиалӣ ва васлбофтии папилломаҳо ҷой дошт, ки аз ҳузури миқдоран зиёди митозҳо дар эпителий, мавҷудияти стромаи пӯк бо нахҳои нафис дарак медиҳад, ки соҳиби миқдори зиёди рағҳо ва иртишоҳо мебошад.



**Расми 2. – Тафсири тситологии папилломатози ханчара (200×, рангбахши бо гематоксилин ва эозин)**

Дар акси ТК-и ханчара шакли нодурусти байзашаклдоштаи ташкила, бо марзҳои саҳеҳ ва нобаробар дар минтақаи чинҳои овозӣ бо густариш ба комиссураи пеши ханчара ба чашм мерасанд. Нишонаҳои инвазия ба бахшҳои зерсохтҳо ба қайд гирифта нашуданд. Дар ТК-и пешниҳодгардида роиҳои овозӣ аз самти рост танг ва аз ҳисоби ташкилаи андозааш 0,68x0,7 см (папиллома чини овозӣ аз рост) қат гардидааст. Дар расми 3 ТК-и бемор бо ПХ дар нақшҳои гуногун.

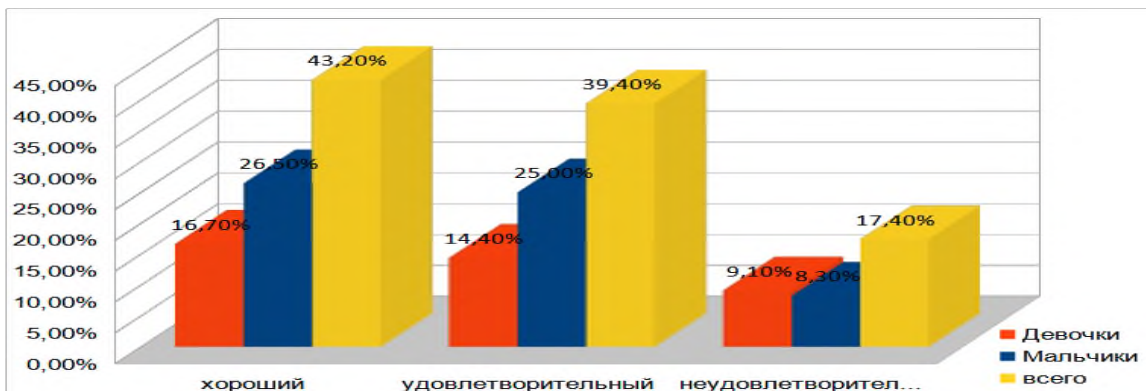


**Расми 3. – ТК-и ханчара дар нақшҳои гуногун (ПХ аз рост)**

Ҳангоми сироятшавии ВПО - 11 ва ирритототи ВПО - 6 бо ВПО - 11, беморӣ бештар вазнин, бо такроршавиҳои бештар, давраҳои кӯтоҳмуддати байни такроршавӣ чараён доштааст.

Дар гурӯҳи проспективӣ таҳқиқоти натиҷаҳои муносиб ҳангоми якҷоягии ҷарроҳии эндоларингеалӣ бо муолиҷаи омехта бо корбасти сиклоферон, полиоксидоний бо табобати лазерӣ ва полиоксидоний бо гроприносин<sup>R</sup> ва табобати лазерӣ, табобати лазерӣ бо каготсел ва гроприносин<sup>R</sup> бештар ба даст омадаанд. Ҳарчанд, ки ҳангоми истифодаи омехтаҳои доруҳои дигар бо ҷарроҳии эндоларингеалӣ ҳам, натиҷаҳои қаноатбахш ба даст омадаанд. Дар ин ҳол, ҳамаи доруҳо бо бехатарии баланд ва таҳаммулшавии хуб тавсиф мешаванд, ки ин имкон медиҳад истифодаи онҳо ҳангоми муолиҷаи кӯдакони гирифтори папилломатози ханчара тавсия гарданд.

Баъди анҷоми муолиҷа дар баҳши проспективӣ таҳқиқот натиҷаҳои хуб - дар 57 нафар (43,2%) беморон, қаноатбахш - дар 52 нафар (39,4%) ва ғайриқаноатбахш - дар 23 нафар (17,4%) ошкор гардид (расми 4).

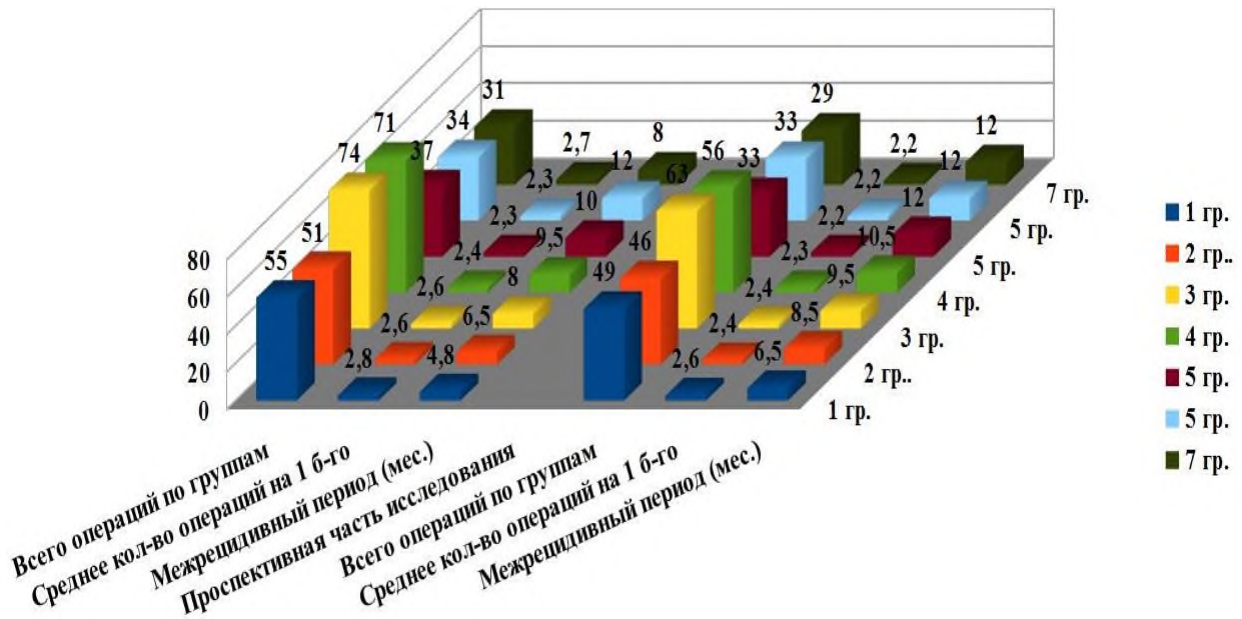


**Расми 4. – Натиҷаи табобати кӯдакон бо ПХ дар гурӯҳҳои проспективӣ**

Таҳлили натиҷаҳои муолиҷаи кӯдакони гирифтори ПХ бо усулҳои гуногун нишон дод, ки ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои ретроспективӣ ва проспективӣ беҳтарин натиҷаҳо дар гурӯҳи кӯдакони гирифтори папилломатози ханчараи баҳши проспективӣ таҳқиқот ба қайд гирифта шудаанд. Чунончи, дар гурӯҳи ретроспективӣ, тибқи маводи бойгонӣ 353 амали ҷарроҳии бартарафкунии папилломаҳо анҷом дода шудааст, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,5



чарроҳӣ рост меояд. Дар ҳамин ҳол, дар баҳши проспективии таҳқиқот 309 амали чарроҳии бартарафкунии папилломаҳо иҷро шудааст, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар бемор 2,2 - 2,3 чарроҳӣ рост меояд. Беҳтаршавии манзараи ларингоскопӣ, барқароршавии функцияҳои овозбарорӣ ва нафаскашӣ барвақт фаро расида, басомади такроршавӣ коҳиш ёфтанд, давраи байнитакроршавӣ дароз шуда, нишондиҳандаҳои мақомҳои масунӣ ва интерферонӣ боэътимод беҳтар гардиданд. Дар расми 5 арзёбии қиёсии натиҷаҳои муолиҷаи беморони бахшҳои таҳқиқоти ретроспективӣ ва проспективӣ пешниҳод шудааст.



### Расми 5 - Арзёбии муқоисавии натиҷаҳои муолиҷаи гурӯҳҳои кӯдакони гирифтори ПХ

Ҳамин тавр, идроки бартарии ин ё он усули муолиҷа имкон медиҳад, ки онҳо дар вазъиятҳои гуногуни клиникӣ, вобаста ба синну сол, давомнокии беморӣ, тағйирот дар мақомҳои масунӣ ва зинтерферонӣ ба қор бурда шаванд. Натиҷаҳои бадастомада ҳангоми таҳлили гурӯҳи ретроспективӣ, боиси роҳандозии омӯзиши минбаъдаи қорбурди омехтаҳои гуногуни доруҳо якҷо бо методҳои таъсиррасонии қисмонӣ гардид. Қўшиши интихоби методи муносиби муолиҷа ба қоҳишёбии такроршавӣҳои беморӣ, дарозшавии давраҳои байнитакроршавӣ нигаронида шудааст, ки дар ниҳоят, ба беҳтаршавии сифати ҳаёти кӯдакон мусоидат мекунад. Қорбурди усули омехтаи муолиҷа (чарроҳии эндоларингеалӣ, таболати доруӣ ва машғулиятҳои фонопедӣ) натиҷаҳои хуби функционалӣ ва клиникӣ нишон доданд. Муолиҷа имкон дод, ки қобилияти қорӣ қиҳози овозӣ барқарор гардида, ба муътадилшавии нишондиҳандаҳои диғаргуншудаи мақомҳои масунӣ ва интерферонӣ мусоидат намояд. Қорбурди методи таҳвияи фавворавии (пошандаи) сунъии шуш ҳангоми бартарафкунии эндоларингеалии папилломаҳо иҷрои чарроҳӣҳоро бо намоёншавии пурраи майдони чарроҳӣ бо натиҷаи ҳадди ақсари функционалӣ таъмин намудааст. Дар қараёни амали чарроҳӣ ташкилаҳои папилломатозӣ бидуни осебрасонӣ ба бофтаҳои солим бартараф қарда мешуданд. Хунравии қам дар вақти амалҳои чарроҳӣ ба назар расидааст. Набудани ҳолатҳои илтиҳоқ дар минтақаи амали чарроҳӣ дар давраи

баъдичарроҳӣ дар кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанчара бартари истифодаи методикаи мазкурро нишон медиҳад. Корбурди лазери камшиддати гелий-неонӣ ҳангоми муолиҷаи папилломатози ҳанчараи кӯдакон дар давраи баъдичарроҳӣ натиҷаҳои хуб нишон дод, ки онро метавон ҳамчун ивазкунандаи корбурди дигар методҳои таъсиррасонии ҷисмонӣ арзёбӣ намуд. Мо таъботи лазериро на ҳамчун усули мустақили муолиҷаи папилломатози ҳанчара, балки ҳамчун методи ёридиҳанда ҳисоб мекунем, ки он имкон медиҳад, оризаҳои амалҳои ҷарроҳии эндоларингеалӣ пешгирӣ карда шавад. Бисёр доруҳои, ки мо истифода мекунем, натиҷаи равиши инфиродӣ нисбат ба бемор ҳангоми интиҳоби ангираи муолиҷа мебошад.

Равиши маҷмӯӣ нисбат ба ташхис, муолиҷа ва тавонбахшии кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанчара, ба коркарди равиёе мусоидат намуд, ки он имкон дод натиҷабархшии муолиҷа баланд бардошта шуда, тавонбахшии пурраи кӯдакон муяссар гардад. Муолиҷаи маҷмӯӣ папилломатози ҳанчараи кӯдакон, равиши муносиби бозғимод беҳтаркунандаи функцияҳои овозбарорӣ ва нафаскашии ҳанчара, сифати зиндагии кӯдакон ба воқуниши масуниятшиносии организм таъсири мусбат расонида, ҳифозати зиддивирсии организмро фаъл месозад.

Баъд аз бартарифкунии наваташкилаҳои папилломатозӣ барои пешгирии такроршавии беморӣ таъбот тавассути доруҳои зиддивирсӣ, модуляторҳои масунӣ, ангеандаҳои интерферонӣ зарур мебошад. Муолиҷа қатъшавии раванди сироятро пурра кафолат намедиҳад, ҷудошавии вирусро аз организми бемор пешгирӣ намекунад. Ҷораҳои оид ба пешгирии амалисозии механизми интиқоли папиллома ба одам бо фаъолиятҳои беҳдошти маърифатӣ ба пешгирии ҳаёти ҷинсии барвақтӣ, ба таълиқи тарзи зиндагии солим, ба огоҳонии аҳоли оид ба сирояти папилломавию вирусӣ ва тадбирҳои пешгирии он равона карда мешаванд. Дар ҳоли ҳозир маъракаи эмкунии саросарии наврасон бар зидди вируси папилломаи одам (ВПО) вусъат мегирад. Ҳамасола, сарфи назар аз арзиши баланди вакцина бисёр кишварҳо эмгузаронии мазкурро ба барномаҳои масуникунонии миллии худ ворид менамоянд. Эмгузаронӣ бар зидди вируси папилломаи одам (ВПО) тадбири пешгирикунанда мебошад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон эмгузаронӣ бар зидди ВПО кӯдакон, наврасон ва ҷавонзанонро дар бар намегирад ва ба барномаи тақвими эмгузарониҳо шомил нагардидааст. Ба сабаби гарон будани арзиши вакцина пешгирии ВПО ба Барномаи миллии ворид карда нашуд. Ғайр аз он, дар Ҷумҳурии Тоҷикистон низоми мониторинги паҳнгардии вирус ва бемориҳои бавучудовардаи он рушд накардааст.

Таҳлили таҳқиқоти баргузоргардида ҳамаи мураккабӣ ва гуногунҷиҳатии проблемаҳои папилломатози ҳанчараи кӯдаконро нишон дод. Проблемаи мазкур коркард ва таҳияи равишҳои нав ва такмил додани равишҳои мавҷудбудайи муолиҷаи папилломатози ҳанчараи кӯдаконро тақозо менамояд. Ҷустуҷӯи методҳои этиотропии муолиҷаи папилломатози ҳанчара бо талошҳои муштараки оториноларингологҳо, масуниятшиносон ва вирусшиносон мубрам боқӣ мемонад.

## ХУЛОСА

### Натиҷаҳои асосии илмӣ таҳқиқот

1. Ҳангоми муқоисаи нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои ретроспективӣ ва проспективӣ беҳтарин натиҷаҳои муолиҷа дар гурӯҳи кӯдакони гирифтаи папилломатози ҳанҷараи бахши проспективӣ таҳқиқот ба қайд гирифта шудаанд. Дар давраи мушоҳидаҳо дар гурӯҳҳои ретроспективӣ 353 амали бартарафкунии папиломаҳо иҷро шудааст, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар як бемор 2,5 ҷарроҳӣ рост меояд, дар бахши проспективӣ таҳқиқот бошад, 309 амали ҷарроҳии бартарафкунии папилломаҳо иҷро шудааст, ки ба ҳисоби миёна ба ҳар бемор 2,2 - 2,3 ҷарроҳӣ рост меояд. Замони гузоштани ташҳиси «папилломатози ҳанҷара» аз оғози беморӣ дар гурӯҳи проспективӣ ба  $1,1 \pm 0,03$  сол, дар гурӯҳи ретроспективӣ бошад, ба  $1,8 \pm 0,02$  сол баробар будааст [3-А, 7-А, 9-А, 16-А, 22-А, 47-А].

2. Омилҳои муҳими хатари пайдошавии папилломатози ҳанҷараи кӯдакон аз инҳо иборатанд: таваллудшуда аз модарони ҷавон ( $19 \pm 0,3$  -сола), фарзанди сарнахустин дар оила - 92 нафар (69,7%), анамнези вазнини акушерии гинекологӣ дар модарон - 34 нафар (25,8%), таваллуд аз роҳи табиӣ - 110 нафар (83,3%), бемориҳои музминии узвҳои гӯшу гулӯ ва бинӣ 95 нафар (72,2%), анамнези номусоиди оила аз лиҳози сирояти папилломавирусӣ - 56 нафар (42,4%), анамнези вазнини аллергологӣ - 40 нафар (30,3%), никоҳҳои хешутаборӣ - 18 (13,6%), ҷанбаи ғизодиҳӣ: шумораи боэътимод камтари  $35,5 \pm 3,4$  маконидани шири модар, нисбат ба ғизодиҳии сунӣ  $50,2 \pm 4,3\%$  [10-А, 14-А, 16-А, 47-А].

3. Барои самаранок гузаронидани амалиёти эндолярингеалии мустақим, ҳангоми папилломатози ҳанҷараи кӯдакон, истифодаи наркоз омехта бо таҳвияи сунӣи шушро бо методи фавворавии (пошидани) оксиген ба роҳ мондан зарур аст. Истифодаи усули мазкур имкон медиҳад, ки папиллома на танҳо ба тариқи боэҳтиёт, балки ба таври бештар бунёдӣ таҳти микроскоп бартараф карда шавад [5-А, 8-А, 17-А, 18-А, 60-А].

4. Таҳлили ретроспективӣ ва проспективӣ нишон медиҳад, ки методи омехтаи муолиҷа бештар самаранок буда, дастрасӣ ба давомнокии миёнаи давраи байнитакроршавиро то  $12 \pm 0,2$  имконпазир месозад, ки он самаранокии муолиҷаи папилломатози ҳанҷараро бо истифодаи фақат бартарафкунии эндолярингеалии папилломаҳо афзоиш медиҳад, давомнокии давраи байнитакроршавӣ дар ин ҳол  $4,8 \pm 0,1$  моҳро ташкил менамояд. Корбурди усули омехтаи муолиҷа (ҷарроҳии эндолярингеалӣ, табобати дорӯӣ ва методҳои таъсиррасонии ҷисмонӣ) натиҷаҳои хуби функционалӣ ва клиникӣро нишон додааст [6-А, 8-А, 18-А, 41-А].

5. Ҳангоми папилломатози ҳанҷара дар кӯдакон коҳиши миқдори Т-лимфоситҳо (лимфоситҳои CD3+, CD4+ ва CD8+), CD4/CD8, афзоиши миқдори ҳуҷайраҳои CD16+ ва CD19+, заифшавии иқтидори лейкоцитҳо дар истеҳсоли ИФН- $\alpha$  ва ИФН- $\gamma$  ба қайд гирифта шудааст. Муолиҷа бо истифодаи дорӯҳои зиддивирӯсӣ ва масуниятангезанда нишондиҳандаҳои масунияти ҳуҷайравиро баланд намуда, ҳамзамон ба пастшавии сатҳи CD16+ ва CD19+-ҳуҷайраҳо, фаъолшавии синтези ИФН- $\alpha$  ва ИФН- $\gamma$  мусоидат менамояд. Дигаргунӣ дар мақоми масунӣ ва интерферонӣ бо тағиротҳои ҷараёни клиникӣи ПХ мувофиқат менамоянд, ки давраҳои ремиссияро дарозтар менамоянд [4-А, 20-А, 21-А, 26-А,

32-А, 38-А, 55-А].

6. Барои пешгирии такроршавии беморӣ на танҳо табобат бо доруҳои зиддивирӯсӣ, масуниятангезандаҳо, ангезандаҳои интерферон, методҳои таъсиращасони ҷисмонӣ, балки тадбирҳои тавонбахшӣ бо баргузориҳои машқу тамринҳои фонопедӣ ва равондармонӣ, ки ба беҳтаршавии коршоямии ҷиҳози овозӣ мусоидат мекунанд, зарур мебошанд [1-А, 18-А, 49-А, 50-А, 57-А].

7. Бо мақсади пешгирии такроршавиҳои бештари папилломатози ҳанҷараи кӯдакон зарурати баргузориҳои таҳқиқоти маҷмӯии ҳамачониба нишондод мешавад. Муолиҷаи папилломатози ҳанҷара бояд бо талошҳои муштаракӣ оториноларингологҳо, масуниятшиносон, вирусшиносон, табибони атфол ва гинекологҳо ба роҳ монда шавад [15-А, 28-А, 40-А, 49-А, 50-А, 53-А].

### **Тавсияҳо барои таҳқиқоти пешгирии беморӣ**

1. Дар ташҳиси папилломатози ҳанҷараи кӯдакон воридсозии тадбирҳои зерин зарур мебошанд: анамнези беморӣ, ларингоскопияи мустақим ва ғайримустақим, фиброларингоскопия, видеоларингоскопия, спирометрия, таҳқиқоти бофташиносӣ ва ҳуҷайрашиносӣ, таҳқиқоти мақомҳои масунӣ ва интерферонӣ, ташҳиси ВПЗ. Ангораи пешниҳодшавандаи таҳқиқоти беморони гирифтори папилломатози ҳанҷара давраи муолиҷаро муносиб мегардонад, муҳлатҳои муолиҷаи беморони гирифтори папилломатози ҳанҷараро кӯтоҳ намуда, имкон медиҳад, ки дар муҳлатҳои барвақтӣ такроршавии папилломатози ҳанҷара ошкор карда шавад [71-А, 74-А, 80-А].

2. Барои банақшагирии амали ҷарроҳии эндоларингеалӣ интихоби методи самараноктарин ва боэҳтиёти ҷарроҳии эндоларингеалӣ, интихоби дурусти модели ларингоскоп ва андозаҳои аҳамияти калон дорад [4,9]

3. Барои баргузориҳои таҳдири умумӣ ҳангоми амалҳои ҷарроҳии эндоларингеалии беморони гирифтори папилломатози ҳанҷара, истифодаи наркози омехта бо таҳвилии сунъии шуш бо методи фавворавии (пошандаи) оксиген муносиб мебошад. Амалиёти ҷарроҳиро бо истифодаи микроскоп бояд гузаронид [74-А, 79-А].

4. Барои баланд бардоштани самаранокии табобати зиддитақроршавии папилломатози ҳанҷараи кӯдакон корбурди муолиҷаи маҷмӯие тавсия мегардад, ки аз маҷмӯи бартарарфкунии эндоларингеалии папилломаҳои ҳанҷара бо истифодаи афканишоти пастшиддати лазери гелий-неонӣ, доруҳои зиддивирӯсӣ (атсикловир, поликсодоний, изопринозин, гроприносин) зиддиомосӣ (проспидин) ва доруҳои масунӣ (доруҳои тимус - тактивин, интерферонҳои рекомбинантӣ - виферон, генферон ЛАЙТ, реаферон ЕС, ангезандаҳои интерферон - сиклоферон, амиксин, аготсель) иборат мебошад [72-А, 73-А, 74-А].

5. Истифодаи ангезандаҳои ИФН ва доруҳои масуниятангез бо мақсади пешгирии такроршавиҳои папилломатози ҳанҷараи кӯдакон баъди бартарарфкунии эндоларингеалии папилломаҳо, инчунин дар давраи байнитакроршавиҳо мақсаднок мебошад [71-А, 75-А, 76-А, 77-А, 78-А, 79-А, 80-А].

6. Ҳамаи кӯдакони гирифтори папилломатози ҳанҷара ва ҳамаи модарони мубтало ба кандиломаи гениталӣ ва дигар сироятҳои папилломавирусӣ бояд таҳти назорати тӯлоии диспансерӣ қарор дода шаванд. Ҳамгароии тадбирҳои

пешгириӣ дар дармонгоҳҳо ва муассисаҳои таҳсилоти умумӣ тавсия мегардад [1,3,10].

7. Барои пешгирии инкишофи такроршавиҳои папилломатози ханчара баргузории таҳқиқоти маҷмӯии беморон зарур аст, ки он имкони афзоиши самаранокӣ ва сифати муолиҷаи кӯдаконро имконпазир менамояд [73-А, 80А].

## **ФЕҲРИСТИ ТАЪЛИФОТИ ИНТИШОРЁФТА АЗ РҶӢИ МАВЗӢИ ДИССЕРТАТСИЯ**

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:**

[1-М] Шамсидинов Б.Н. Лечение папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов //Здравоохранение Таджикистана № 1-2, стр 29-30, Душанбе 2003.

[2-М] Шамсидинов Б.Н. Табобати салиласории ханчара дар кӯдакон /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Здравоохранение Таджикистана № 3, стр 131-132, Душанбе 2004.

[3-М] Шамсидинов Б.Н. Ближайшие и отдаленные результаты реабилитации детей папилломатозом гортани /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, Х.Х. Нурматов, Д.Д. Ирматова, А.А. Абдухалилов //Здравоохранение Таджикистана № 3, стр 56-57, Душанбе 2005.

[4-М] Шамсидинов Б.Н. Динамика показателей иммунного статуса у детей с папилломатозом гортани / Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.С. Каримова //Вестник Авиценны (приложение), стр 81-84, Душанбе 2007.

[5-М] Шамсидинов Б.Н. Опыт лечения респираторного папилломатоза у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, А.А. Алиев //Вестник Авиценны № 2, стр 65-70, Душанбе 2009.

[6-М] Шамсидинов Б.Н. Современные методы лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова, З.Х. Холиков, С.С. Шайдоев, Т.Х. Олимов //Здравоохранение Таджикистана № 1, стр 112-113, Душанбе 2015.

[7-М] Шамсидинов Б.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов //Вестник педагогического университета № 2 (63-2), стр 257-260, Душанбе 2015.

[8-М] Шамсидинов Б.Н. Сравнительный анализ эффективности некоторых методов лечения респираторного папилломатоза у детей /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, Т.Р. Халимова //Российская оториноларингология № 6, стр 72-74, Санкт-Петербург 2015.

[9-М] Шамсидинов Б.Н. Некоторые эпидемиологические особенности папилломатоза гортани у детей в Республике Таджикистан /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова, С.С. Шайдоев, Г.Б. Гулмамадова //Вестник Авиценны № 4, стр 39-42, Душанбе 2015.

[10-М] Шамсидинов Б.Н. Оценка эффективности комплексного лечения детей с респираторным папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова //Здравоохранение Таджикистана № 4, стр 63-69, Душанбе 2015.

[11-М] Шамсидинов Б.Н. Эпидемиологическая характеристика папилломатоза

гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, А. Ахмедов, П.Р. Мухторова, С.С. Шайдоев, Т.Х. Олимов //Журнал «Вестник академии медицинских наук Таджикистана» № 1, стр 37-40, Душанбе 2015.

[12-М] Шамсидинов Б.Н. Современная стратегия диагностики и лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Г.Б. Гулмамадова, С.С. Шайдоев //Вестник Авиценны № 2, стр 131-136, Душанбе 2016.

[13-М] Шамсидинов Б.Н. Стратегия лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, Т.Р. Халимова //Российская оториноларингология № 4(83), стр 103-109, Санкт-Петербург 2016.

[14-М] Шамсидинов Б.Н. Социально-гигиеническая характеристика папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Т.Р. Халимова //Российская оториноларингология № 5 (86), стр 88-91, Санкт-Петербург 2016.

[15-М] Шамсидинов Б.Н. Особенности клинко-морфологической картины папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, П.Р. Мухторова, Г.Б. Гулмамадова, С.С. Шайдоев //Известия Академии наук Республики Таджикистан № 3 (194), стр 63-69, Душанбе 2016.

[16-М] Шамсидинов Б.Н. Эпидемиологические и клинические аспекты папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, П.Р. Мухторова //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения № 2, стр 91-95, Душанбе 2017.

[17-М] Шамсидинов Б.Н. Отдаленные результаты лечения доброкачественных новообразовательных процессов гортани /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов, А.А. Бегов, С.С. Шайдоев //«Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения» № 4, стр 61-55, Душанбе 2018.

[18-М] Шамсидинов Б.Н. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с узелками голосовых складок / Б.Н. Шамсидинов, З.А. Ахророва, А.А. Файзоев, С.С. Шайдоев, Ш.Ф.Тагоймуродова, Г.Б. Гулмамадова //Журнал «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения» № 3, стр 84-88, Душанбе 2019.

[19-М] Шамсидинов Б.Н. Применение CO<sub>2</sub> лазера при удалении папилломатоза гортани /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, З.А. Ахророва, П.Р. Мухторова //Известия Академии наук Республики Таджикистан № 3 (206), стр 80-85, Душанбе 2019.

### **Интишорот дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо ва дигар нашрияҳои илмӣ:**

[20-М] Шамсидинов Б.Н. Иммунокоррегирующая терапия в комплексном лечении папилломатоза гортани /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //Аллергология и Иммунология Т.5, № 1, стр 161, Москва 2004.

[21-М] Шамсидинов Б.Н. Использование в комплексном лечении папилломатоза гортани иммунокорригирующих препаратов /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, З.А. Абдухалилов //Сборник статей «Актуальные вопросы клинической

медицины», посвященный 40-летию РКБ. им А.М.Дьякова г.Душанбе 2004г стр 219-222.

[22-М] Шамсидинов Б.Н. Папилломатоз гортани /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //Сборник статей 52-годовой науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные вопросы стоматологии» г.Душанбе 2004г стр 145-146.

[23-М] Шамсидинов Б.Н. Комбинированное хирургическое и консервативное лечение папилломатоза гортани у детей, основа реабилитации /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, Д.А. Сатторова, А.Ш. Юсупов //Сборник статей «Современные вопросы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов» г.Душанбе 2004г стр 85-86.

[24-М] Шамсидинов Б.Н.Оиди ташхиси тафрикии папилломатози ханчара дар кӯдакон /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Сборник статей «Современные вопросы медико-социальной реабилитации больных и инвалидов» г.Душанбе 2004 стр 102-103.

[25-М] Шамсидинов Б.Н. Ювенильный папилломатоз гортани /Б.Н. Шамсидинов М.А. Гаффарова //Материалы 53-й годичной науч.-практ. конф. ТГМУ с междунар. участием «Лекарства и здоровье», посвященной 1025-летию со дня рождения Абуали ибни Сино г.Душанбе 2005 стр 337-338.

[26-М] Шамсидинов Б.Н. Использование интерферона в комплексной терапии папилломатоза /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.С. Каримова, Д.С. Умаров, С.А. Зарипов.//Материалы республиканской науч.-практ. конф. хирургов и травматологов.в «Актуальные вопросы хирургии повреждений» г.Турсунзаде 2006 стр 182.

[27-М] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение папилломатоза гортани у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //Сборник тезисов Республиканской науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы детской оториноларингологии» г.Ташкент 2006 стр 182-183.

[28-М] Шамсидинов Б.Н.Современное состояние проблемы обезболивания с респираторным папилломатозом у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, Д.С. Умаров //Ежегодная X11 науч.-практ. конф. Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров с междунар. участием «Медицина 21 века. Актуальные вопросы и пути их решения» г.Душанбе 2006 стр 264-266.

[29-М] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение рецидивирующего папилломатоза гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.С. Каримова, М.Г. Тохирова //Современная медицина и качество жизни пациента г.Душанбе 2006 стр 132-133.

[30-М] Шамсидинов Б.Н. Сочетанная терапия рецидивирующего папилломатоза гортани у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //Аллергология и Иммунология Т.7, №3, стр 331-332, Москва 2006.

[31-М] Шамсидинов Б.Н.Комплексное лечение папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, С.А. Зарипов //Сборник статей «Успехи детской хирургии за годы независимости Республики Таджикистан» г.Душанбе 2007 стр 322-326.

[32-М] Шамсидинов Б.Н. Индукторы интерферона в лечении папилломатоза

гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.С. Каримова, //Материалы 55-й науч.-практ. конф ТГМУ «Актуальные вопросы семейной медицины», посвященной 75 - летию член-корр РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки г.Душанбе 2007 стр 311-312.

[33-М] Шамсидинов Б.Н. Сочетанное применение проспидина и низко-энергетического лазерного излучения в противорецидивном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов //Материалы 55-й науч.-практ. конф ТГМУ «Актуальные вопросы семейной медицины», посвященной 75- летию член-корр РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки г.Душанбе 2007 стр 312-313.

[34-М] Шамсидинов Б.Н. Лечение детей с респираторным папилломатозом /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Сборник тезисов совместной Республиканской науч.-практ. конф. «Перспективы развития фундаментальных наук в Таджикистане», 56-й годич. науч.-практ. конф. ТГМУ «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане» г.Душанбе 2008 стр 371-372.

[35-М] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение папилломатоза гортани у детей, основа реабилитации /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, А.Ш. Юсупов //Сборник тезисов совместной Республиканской науч.-практ. конф. «Перспективы развития фундаментальных наук в Таджикистане», 56-й годич. научно-практ. конф. ТГМУ «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане» г.Душанбе 2008 стр 372-373.

[36-М] Шамсидинов Б.Н. Противорецидивное лечение папилломатоза гортани у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов //II съезд детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана г.Душанбе 2008 стр 312-313.

[37-М] Шамсидинов Б.Н. Изучение антиоксидантной системы защиты у больных детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова А.М. Сабурова, М.Б. Назирмадова //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 1, стр 52-53, Душанбе 2009.

[38-М] Шамсидинов Б.Н. Состояние иммунного статуса у больных детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.Т. Тагоймуродов, М.Б. Назирмадова //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 2, стр 50-51, Душанбе 2009.

[39-М] Шамсидинов Б.Н. Лечение респираторного папилломатоза у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Ф.Т. Тагоймуродов, М.Б. Назирмадова //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 2, стр 47-49, Душанбе 2009.

[40-М] Шамсидинов Б.Н. Рецидивирующий респираторный папилломатоз гортани у детей /М.А. Гаффарова, Б.Н. Шамсидинов, А.Ш. Юсупов //57-я годич. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященная 70-летию образования Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино г.Душанбе 2009 стр 339-341.

[41-М] Шамсидинов Б.Н. Проблема лечения респираторного папилломатоза /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, М.Б. Назирмадова //57-я годич. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященная 70-летию образования Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино г.Душанбе 2009 стр 509-511.



- [42-М] Шамсидинов Б.Н. Combined treatment of laryngeal papillomatosis in children /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, З.Х. Холиков //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 3, стр 119-120, Душанбе 2011.
- [43-М] Шамсидинов Б.Н. Сравнительная оценка эффективности некоторых методов лечения папилломатоза гортани у детей /М.О. Бустонов, Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, А.А. Беков, С.С. Шайдоев //Науч. - практ. журнал ТИППМК № 2, стр 80-82, Душанбе 2011.
- [44-М] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение рецидивирующего папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, С.С. Шайдоев, М.М. Собиров, А.Ш. Юсупов //Науч. - практ. журнал ТИППМК № 3, стр 147, Душанбе 2011.
- [45-М] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров //II науч.-практ. конф. «Современные аспекты диагностики, лечения и профилактики врожденных и приобретенных патологий в детской оториноларингологии» г.Ташкент 2012 стр 82.
- [46-М] Шамсидинов Б.Н. Непосредственные и отдаленные результаты лечения детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, А.А. Файзоев //Материалы науч.-практ. конф. оториноларингологов Республики Таджикистан с междунар. участием «Актуальные вопросы оториноларингологии», посвященной 80-летию член-корр. РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки, 70-летию организации кафедры оториноларингологии ТГМУ г.Душанбе 2012 стр 115-117.
- [47-М] Шамсидинов Б.Н. Респираторный папилломатоз гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, С.С. Шайдоев, Ф.Т. Тагоймуродов //Материалы науч.-практ. конф. оториноларингологов Республики Таджикистан с междунар. участием «Актуальные вопросы оториноларингологии», посвященной 80 - летию член-корр. РАМН, профессора Ю.Б.Исхаки, 70 - летию организации кафедры оториноларингологии ТГМУ г.Душанбе 2012 стр 118-119.
- [48-М] Шамсидинов Б.Н. Баходихии мукоисавии баъзе усулҳои табобати папилломатози ханчара дар кудакон /Б.Н. Шамсидинов, С.С. Шайдоев, Г.Б. Гулмамадова //Авчи зухал № 2, стр 56-58, Душанбе 2012.
- [49-М] Шамсидинов Б.Н. Значение вируса папилломы человека в развитии папилломатоза гортани у детей (обзор литературы) /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 1, стр 67-70, Душанбе 2012.
- [50-М] Шамсидинов Б.Н. Значение путей заражения вирусом папилломы человека у больных детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Г.Б. Гулмамадова //Материалы науч.-практ. конф., посвященной 90-летию города Душанбе «Достижения и перспективы в области репродуктивного здоровья, улучшения здоровья матери и ребенка» г.Душанбе, 2014, стр 215-216.
- [51-М] Шамсидинов Б.Н. Особенности клинического течения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов, Г.Б. Гулмамадова, Ш.Ф. Тагоймуродова //Науч.-практ. журнал ТИППМК № 3, стр 60-64, Душанбе 2014.

- [52-М] Шамсидинов Б.Н. Лечение рецидивирующего папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Аллергология и Иммунология, Т. 15, № 4, стр28, Москва 2014.
- [53-М] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение и реабилитация детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров, Т.Х. Олимов //Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальные проблемы медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины» г.Самарканд 2014 № 4(80), стр 278.
- [54-М] Шамсидинов Б.Н. Комплексное лечение детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, Т.Х. Олимов //Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана «Современные направления в оториноларингологии» г.Ташкент, 2015 стр 126-127.
- [55-М] Шамсидинов Б.Н. Баъзе нишондодҳои системаи масуният хангоми папилломатози ханчара дар кӯдакон /Б.Н. Шамсидинов, С.С. Шайдоев, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов //Педиатрия и детская хирургия Таджикистана № 3, 38-39, Душанбе 2014.
- [56-М] Шамсидинов Б.Н. Методы лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, Т.Р. Халимова //Материалы XIX съезда оториноларингологов России. г.Казань 2016 стр 194.
- [57-М] Шамсидинов Б.Н. Медико-социальная характеристика больных детей с папилломатозом гортани и факторы, способствующие их развитию в условиях республики Таджикистан /Б.Н. Шамсидинов, М.И. Махмудназаров С.С. Шайдоев //Материалы XIX съезда оториноларингологов России г.Казань 2016 стр 195.
- [58-М] Шамсидинов Б.Н. Оценка эффективности комплексной терапии папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, Т.Р. Халимова, Т.Х. Олимов //Материалы XIX съезда оториноларингологов России г.Казань 2016 стр 196.
- [59-М] Шамсидинов Б.Н. Об особенностях тактики лечения детей с папилломатозом гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, Т.Р. Халимова //Материалы VI Петербургского международного форума оториноларингологов России г.Санкт-Петербург 2017 стр 79.
- [60-М] Шамсидинов Б.Н. Папилломатоз гортани у детей. Современная тактика лечения /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, С.С. Шайдоев, Т.Х. Олимов, З.Х. Холиков //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения (Приложение) г.Душанбе 2017 стр187-188.
- [61-М] Шамсидинов Б.Н. Современные способы лечения папилломатоза гортани у детей с применением CO<sub>2</sub> лазера /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, З.А. Ахророва, П.Р. Мухторова //Сборник статей науч.-практ. конф. оториноларингологов Республики Таджикистан с междунар. участием. «Современные аспекты диагностики и лечения в оториноларингологии». Вестник Академии медицинских наук Таджикистана (Приложение) г.Душанбе 2018 стр 98-100.
- [62-М] Шамсидинов Б.Н. Морфологические изменения эпителия при папилломатозе гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, П.Р. Мухторова //Материалы ежегодной XXIV науч.-практ. конф. «Юбилейные

научные чтения» и симпозиума по детской хирургии «Современные тенденции науки и практики в детской хирургии». Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения (Приложение) г. Душанбе 2018 стр 245-247.

[63-М] Шамсидинов Б.Н. Сочетанное применение препаратов виферона и анаферона в комплексной терапии папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов// Материалы Украинской научно-практ. конф. «Проблемы питания диагностики и лечения детей с соматической патологией» г. Харьков 2020 стр 199-200.

#### **Таълифоти таълимию методӣ:**

[64-М] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Инқибози шадиди ханчара ва хирной. Ерии таъчили. Трахеостомия. - Методические рекомендации. - Душанбе, 2000. - 8 с.

[65-М] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Муолиҷаи хамҷояи зиддиазнавпайдошавии папилломатози ханчара дар кӯдакон. - Методическое информационное письмо. - Душанбе, 2005. - 8 с.

[66-М] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Папилломатози ханчара дар кӯдакон. - Учебно-методическая разработка. - Душанбе, 2007. - 24 с.

[67-М] Шамсидинов Б.Н., Шайдоев С.С. Вазъи муосири папилломатози ханчара дар кӯдакон. - Монография. - Душанбе: ООО «Офсет-Империя», 2015. - 169 с.

[68-М] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Беморихои бодигарми ва папилломатози ханчара дар кӯдакон. - Учебное пособие. - Душанбе, 2009. - 64 с.

[69-М] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Папилломатоз гортани у детей. - Учебное пособие. - Душанбе: Шарки озод, 2017. - 96 с.

[70-М] Шамсидинов Б.Н., Гаффарова М.А. Папилломатози ханчара дар кӯдакон: этиоптогенез, ташхис, табобат ва рохҳои пешгири. - Методические рекомендации. - Душанбе, 2020. - 24 с.

#### **Таклифҳои ихтироӣ:**

[71-М] Шамсидинов Б.Н. Способ эндоларингиального удаления папилломатоза гортани в сочетании с использованием индукторов интерферона и тималина /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Рационализаторское предложение № 3026/P241 25.10.2004 г.

[72-М] Шамсидинов Б.Н. Способ противорецидивного лечения ювенильного респираторного папилломатоза /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Рационализаторское предложение № 3141/P443 20.06.2006 г.

[73-М] Шамсидинов Б.Н. Способ лечения папилломатоза гортани /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова //Рационализаторское предложение № 3140/P442 20.06.2006 г.

[74-М] Шамсидинов Б.Н. Способ комбинированного наркоза с искусственной вентиляцией лёгких методом инъекции кислорода /Б.Н. Шамсидинов, //Рационализаторское предложение № 121 18.10.2006 г.

[75-М] Шамсидинов Б.Н. Способ комплексного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов //Рационализаторское предложение № 122 18.10.2006 г.

[76-М] Шамсидинов Б.Н. Способ применения препаратаов иноседа в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, С.С.Шайдоев //Рационализаторское предложение № 000183 22.06.2017 г.

[77-М] Шамсидинов Б.Н. Способ применения низкоэнергетического лазера в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, П.Р. Мухторова, Т.Х. Олимов //Рационализаторское предложение № 000180 22.06.2017 г.

[78-М] Шамсидинов Б.Н. Способ применения препаратов проспидина и виферона в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, З.А. Ахророва //Рационализаторское предложение № 000228 06.09.2018 г.

[79-М] Шамсидинов Б.Н. Способ применения препаратов изопринозина и ацикловира в комплексном лечении папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, З.Х. Назаров //Рационализаторское предложение № 000275 05.09.2019 г.

#### Патент

[80-М] Шамсидинов Б.Н.Способ комбинированного противорецидивного лечения папилломатоза гортани у детей /Б.Н. Шамсидинов, М.А. Гаффарова, С.С.Шайдоев //Патент на изобретение ТЈ 1901333 11.07.2019.

#### ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО

ВГО	Вируси герпеси одӣ
ВПЗ	Вокуниши полимеразии занцирӣ
ВПО	Вируси папилломаи одам
ВТ ва ҲИА	Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли
ВЭБ	Вируси Эпштейн-Барр
ГҲШ	Гунҷоиши ҳаётии шуш
ГГҲШ	Гунҷоиши гузаронидашудаи ҳаётии шуш
ДДТТ	Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ИФН	Интерферон
КТ	Томографияи компютерӣ
ПҲ	Папилломатози ҳанҷара
ПТРН	Папилломатози такроршавандаи роҳи нафас
САН	Суръати авҷии нафасбарорӣ
СМВ	Ситомегаловирус
СҲЛ <sub>25</sub>	Суръати ҳаҷмии лаҳзай ба дараҷаи 25% гунҷоиши гузаронидашудаи ҳаётии шуш
СҲЛ <sub>50</sub>	Суръати ҳаҷмии лаҳзай ба дараҷаи 50% гунҷоиши гузаронидашудаи ҳаётии шуш
СҲЛ <sub>75</sub>	Суръати ҳаҷмии лаҳзай ба дараҷаи 75% гунҷоиши гузаронида-

СШВРН	шудаи ҳаётии шуш
ТББСШ	Сирояти шадиди вирусии роҳи нафас
ТМР	Таҳвияи баландбасомади сунъии шуш
ФНБ	Томографияи магнитию резонансӣ
ҲНГ	Функсияи нафаскашии берунӣ
ҚМР	Ҳачми нафасбарории гузаронидашуда дар сонияи аввал
	Чиҳози меъдаю рӯда

**АННОТАЦИЯ**  
**ШАМСИДИНОВ БОБОНАЗАР НАСРИДИНОВИЧ**  
**«Повышение эффективности лечения и реабилитация детей больных папилломатозом гортани»**

**Ключевые слова:** папилломатоз гортани, папилломавирусная инфекция, вирус папилломы человека, противорецидивное лечение, эндоларингеальная микрохирургия, иммуностимуляторы, противовирусные препараты.

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения папилломатоза гортани у детей за счет применения комбинации различных препаратов в сочетании с лазерной терапией, определение оптимального способа ИВЛ.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** Для решения поставленных в работе задач проведен ретроспективный анализ 140 историй болезни детей с папилломатозом гортани в возрасте от 1 года до 15 лет и 132 ребенка того же возраста, которые находились на обследовании и лечении. Применены клинические исследования, эндоскопическое исследование гортани, рентгенологическое исследование, исследование ФВД, ПЦР диагностика, иммунологическое, цитоморфологическое исследования. Оценку статистической значимости различий между выборками осуществляли с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты анализа считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты и из новизна:** В результате проведения комплексной терапии в сочетании эндоларингеального удаления папиллом гортани с применением низкоинтенсивного излучения гелий-неонового лазера, противовирусных, противоопухолевых и иммунных препаратов получены лучшие результаты. В ретроспективных группах произведено 353 удаления папиллом, в среднем 2,5 операции на 1 пациента, в проспективной части 309 хирургических вмешательств, что в среднем составляет 2,2 - 2,3 операций на 1 пациента. Время установления диагноза от момента начала заболевания в проспективной группе равнялось  $1,1 \pm 0,03$  года, в ретроспективной группе -  $1,8 \pm 0,02$  года. Средняя продолжительность межрецидивного периода при применении комбинированного метода лечения составила до  $12 \pm 0,2$  месяцев, а у пациентов, которым проведено только эндоларингеальное удаление папиллом составляет  $4,8 \pm 0,1$  месяцев. Впервые в практике отечественной оториноларингологии решена новая научная проблема современного комплексного подхода к лечению папилломатоза гортани у детей. Разработано комплексное обследование больных, позволяющее повысить эффективность и качество лечения детей.

**Рекомендации по использованию:** Эндоларингеальное удаление папиллом гортани с применением оптических систем в сочетании с различной комбинацией лекарственных средств и лазерной терапией целесообразно широко использовать в отечественной ЛОР практике.

**Область применения:** оториноларингология.

**АННОТАТСИЯИ**  
**ШАМСИДИНОВ БОБОНАЗАР НАСРИДИНОВИЧ**  
**«Баланд бардоштани самаранокии муолича ва офиятбахшии кӯдакони**  
**бемори гирифтори папилломатози ханчара»**

**Калимаҳои калидӣ:** папилломатози ханчара, уфунати папилломавирусӣ, вируси папилломаи инсон, табобати зиддиретсидивӣ, микроҷарроҳии эндоларингеалӣ, иммуностимуляторҳо, маводҳои зиддивирӯсӣ.

**Мақсади таҳқиқот.** Баланд бардоштани самаранокии муоличаи папилломатози ханчараи кӯдакон аз ҳисоби истифодаи бурдани маводҳои гуногуни муштарак дар ҳамҷоягӣ бо табобати лазерӣ, муайян намудани усули мувофиқи таҳвияи сунъии шушҳо.

**Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда:** Барои ҳаллу фасл намудани вазифаҳои дар пешгузошта таҳлили ретроспективи 140 таърихи бемории кӯдакони аз 1 то 15 солаи гирифтори папилломатози ханчара ва 130 нафар кӯдакони ҳамон синусол, ки зери таҳқиқот ва табобат қарор доштанд гузаронида шуд. Таҳқиқи клиникӣ, таҳқиқи эндоскопии ханчара, рентгентаҳқиқ, таҳқиқи ВНБ, таҳқиқи АЗП, таҳқиқҳои масунӣ ва ситоморфологӣ гузаронида шуд. Баҳогузори нишондиҳандаи омории фарқиятҳои байни бузургӣҳо бо ёрии t-критерияи Студент гузарона шуд. Натиҷаи таҳлили омории ҳангоми  $p < 0,05$  дар муқоиса бо меъёр ба роҳ монда шуд.

**Натиҷаҳои бадастомада ва навоғонии онҳо:** Дар натиҷаи истифодаи табобати маҷмӯӣ дар ҳамҷоягӣ бо буридани эндоларингеалии папилломаи ханчара ва истифодаи нурдиҳӣ бо лазери гелий-неонии камбасомад, маводҳои зиддивирӯсӣ, зиддиомосӣ ва масунӣ самараи беҳтар ба даст омад. Дар гурӯҳи ретроспективӣ 353 амалиёти буридани папиллом гузаронида шудааст, ки бо ҳисоби миёна 2,5 ҷарроҳӣ дар 1 бемор рост меояд, дар бахши проспективӣ бошад, 309 амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шудааст, ки 2,2 - 2,3 ҷарроҳӣ ба 1 бемор баробар аст. Муддати татбиқи ташхис аз ибтидои оғози беморӣ дар гурӯҳи проспективӣ ба  $1,1 \pm 0,03$  сол ва дар гурӯҳи ретроспективӣ ба  $1,8 \pm 0,02$  сол баробар аст. Тӯлонияти давраҳои байниретсидивӣ ҳангоми истифодаи усулҳои муштарак табобат  $12 \pm 0,2$  моҳро ташкил намуд, дар бемороне, ки танҳо ҷарроҳии эндоларингеалӣ гирифтаанд ба  $4,8 \pm 0,1$  моҳ баробар буд. Аввалин маротиба дар амалияи соҳаи бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ масъалаи илмии табобати маҷмӯии муосири папилломатози ханчара дар кӯдакон ҳалу фасл шудааст. Таҳқиқи маҷмӯии беморон тартиб дода шудааст, ки ба сифату самаранокии табобати онҳо мусоидат менамояд.

**Тавсияҳо барои истифода:** Буридани эндоларингеалии папилломаи ханчара бо истифодаи муштарак системаи оптикӣ дар ҳамҷоягӣ бо омехтаҳои маводҳои доругӣ ва табобати лазерӣ мақсаднок буда, дар амалияи соҳаи бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинии ватанӣ васеъ истифода мешаванд.

**Соҳаи татбиқ:** оториноларингология.

## ANNOTATION

BOBONAZAR NASRIDINOVICH SHAMSIDINOV

**"Improving the effectiveness of treatment and rehabilitation of children with papillomatosis of the larynx"**

**Key words:** laryngeal papillomatosis, papillomavirus infection, human papillomavirus, anti-relapse treatment, endolaryngeal microsurgery, immunostimulants, antiviral drugs.

**Purpose of the study.** Improving the effectiveness of the treatment of laryngeal papillomatosis in children through the use of a combination of various drugs in combination with laser therapy, determining the optimal method of mechanical ventilation.

**Research methods and equipment used:** To solve the problems posed in the work, a retrospective analysis of 140 case histories of children with laryngeal papillomatosis at the age of 1 to 15 years and 132 children of the same age who were under examination and treatment was carried out. Clinical studies, endoscopic examination of the larynx, X-ray examination, study of high-frequency pressure, PCR diagnostics, immunological, cytomorphological studies were used. The statistical significance of the differences between the samples was assessed using the Student's t-test. The results of the analysis were considered statistically significant at  $p < 0.05$ .

**The obtained results and their novelty:** As a result of complex therapy in combination with endolaryngeal removal of laryngeal papillomas using low-intensity helium-neon laser radiation, antiviral, antitumor and immune drugs, the best results were obtained. In the retrospective groups, 353 papillomas were removed, an average of 2.5 operations per patient, in the prospective part of 309 surgical interventions, which averaged 2.2 - 2.3 operations per patient. The time of diagnosis from the onset of the disease in the prospective group was  $1.1 \pm 0.03$  years, in the retrospective group -  $1.8 \pm 0.02$  years. The average duration of the relapse period when using the combined method of treatment was up to  $12 \pm 0.2$  months, and in patients who underwent only endolaryngeal removal of papillomas is  $4.8 \pm 0.1$  months. For the first time in the practice of Russian otorhinolaryngology, a new scientific problem of a modern complex approach to the treatment of laryngeal papillomatosis in children has been solved. A comprehensive examination of patients has been developed, which allows to increase the efficiency and quality of treatment of children.

**Recommendations for use:** Endolaryngeal removal of laryngeal papillomas using optical systems in combination with various combinations of drugs and laser therapy should be widely used in domestic ENT practice.

**Scope:** otorhinolaryngology.