

ки дар минтақаҳои гуногуни баландкӯҳи ҷумҳури зиндагӣ мекунад.

Мавод ва усулҳо. Ҳамаи 430 нафар беморони гирифтори бемории ишемикии дил сокинони минтақаҳои кӯҳи ҷумҳури буданд. Беморон бо чунин тарз тақсим карда шуданд: кӯҳҳои паст - 150 бемор (Душанбе, 860 метр аз сатҳи баҳр), кӯҳҳои миёна - 140 бемор (Хоруғ, 2200 метр аз сатҳи баҳр) ва кӯҳҳои баланд - 140 бемор (Мурғоб, 3600-5600 м аз сатҳи баҳр). Гурӯҳи назоратӣ аз 25 нафар иборат буд, ки амалан одамони солими аз 55 то 65 сола буданд, ки дар баландиҳои мувофиқи тадқиқотӣ зиндагӣ мекарданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Тағйироти возеҳтар ва тадриҷан шиддатёбанда дар қисми пайванди ибтидоии ҷараёни оксидшавӣ дар беморони минтақаҳои баландкӯҳӣ ба қайд гирифта шудаанд, ки онро ҳамчун афзоиши шиддатнокӣ афсурдаҳои оксидшавӣ номидан мумкин аст. Ҳолати мазкур бо зиёд шудани маҳсулоти аввалияи пероксиди липидҳо дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои гурӯҳи

назоратӣ ба андозаи 3 баробар афзоиш ёфта, 0.317-0.02 ададро ташкил медиҳад.

Хулоса. Дар беморони гирифтори бемории ишемикии дил дар баландии паст, паҳншавии равандҳои пероксидшавии липидҳо аз омилҳои муҳофизати антирадикалӣ, дар баландиҳои миёна бошад мӯътадили ҷараёни силсилаи антиоксидантӣ ба қайд гирифта шуданд. Тағйироти возеҳи бештар дар системаи таҳқиқшуда дар беморони гирифтори бемории ишемикии дил, яъне сокинони минтақаҳои баландкӯҳ ба қайд гирифта шудаанд. Нишондиҳандаҳои пероксидшавии онҳо аз паҳншавии ташаккули маҳсулоти захролудшударо нишон медиҳанд ($p < 0,001$), нисбат ба омилҳои, ки ба ғайрифаъолшавии онҳо ва ташаккули муҳофизати антирадикалӣ мусоидат мекунад (фаъолияти каталазӣ), гувоҳӣ медиҳад.

Калимаҳои асосӣ: бемории ишемикии дил, пероксидшавии липидҳо, муҳофизати антиоксидантӣ, кӯҳҳои паст, кӯҳҳои миёна ва баландкӯҳ.

УДК: 366-089.80,6; 616; 78

Р. Раҳматуллаев, С.М. Хасанов

ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино

Хасанов Соҳибҷон - аспирант кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино; тел.: +992 988-66-37-77; E-mail: doctorsoib90@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости путем применения миниинвазивной технологии.

Материалы и методы исследования. В МСЧ ГУП ТАЛКО, ЛДЦ «Вароруд» и ЛДЦ ТГМУ имени Абуали ибни Сино операции были подвергнуты 135 больных с эхинококкозом органов брюшной полости, в возрасте от 18 до 72 лет. Преобладали женщины, которые составили – 78 (57,8%) случаев, мужчин было – 57 (42,2%). В основную группу включены 85 (63%) больных, а в контрольную – 50. Диагностика основывалась на общеклинических и биохимических исследованиях крови и мочи, УЗИ, рентгенография грудной клетки, ЭКГ и по показаниям МРТ и КТ.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении лапароскопической эхинококкэктомии индивидуально выбирается точки введения, количество и диаметр троакаров в зависимости от обстоятельства. Использование пятилепестковый ретрактор и вакуум-аспиратор со сменными пяти- и десяти миллиметровыми насадками кроме традиционного набора инструментов способствует облегчить ход операции, интраоперационное соблюдение принципов апаризатности и антипаразитарности снизит частотой послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Заключение. ЛЭ как малоинвазивным методом хирургического лечения у больных с эхинококкозом органов брюшной полости является методом выбора, сопровождающийся минимальной частотой развития гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений, который способствует улучшению качества жизни этих пациентов и получению положительного результата их хирургического лечения.

Ключевые слова: эхинококкоз, лапароскопическая эхинококкэктомия, миниинвазивная технология.

R. Rahmatullaev, S.M. Hasanov

EFFICIENCY OF MODERN TECHNOLOGY IN A TREATMENT OF ECHINOCOCCOSIS OF THE ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY

Department of operative surgery and topographical anatomy of the Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe

Sohibjon Hasanov – postgraduate student at the Department of Operative Surgery and Topographical Anatomy of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan; E-mail: doctorsoib90@mail.ru; Phone: +992 988-66-37-77

Aim. To improve the results of surgical treatment of echinococcosis of the organs of the abdominal cavity using minimally invasive technology.

Material and methods. 135 patients with the echinococcosis of the organs of the abdominal cavity at the age of 18-72 years received surgery at MSP SUE TALKO, MDC "Varorud" and MDC Avicenna Tajik State Medical University. The number of women prevailed - 78 (57,8%), men - 57 (42,2%). The main group included 85 (63%) patients, and the control group - 50 patients. The diagnosis was based on a general clinical and biochemical blood and urine tests, Ultrasound examination, thorax X-ray, ECG, MRT, and KT.

Results and discussion. During laparoscopic echinococcectomy, the introduction points were chosen individually and the number and diameter of trocars depending on the circumstances. Use of the five-petal retractor and vacuum-aspirator with replaceable five- and ten-millimeter header in addition to traditional tooling facilitates the course of operation, and intraoperative compliance with aparasitic and antiparasitic principles decreases the frequency of purulent postoperative inflammatory complications.

Conclusion. Laparoscopic echinococcectomy as a minimally invasive method of surgical treatment of patients with echinococcosis of the organs of the abdominal cavity is a method of the choice with a minimum frequency of purulent inflammatory postoperative complications that facilitates the improvement of life quality of these patients and positive outcome of the surgery.

Keywords: echinococcosis, laparoscopic echinococcectomy, minimally invasive technology.

Актуальность. Эхинококкоз — паразитарное заболевание, вызванное *Echinococcus granulosus*, характеризуется образованием жидкостных кист в различных органах и тканях организма, частота которого в последние десятилетия имеет тенденцию к росту [1, 4, 5, 7]. Сложившаяся тенденция, прежде всего, обусловлена увеличением за последние годы частоты миграции населения, ухудшением санитарно-эпидемиологического надзора, нарушением необходимых правил диспансеризации населения (группа риска) [2-6]. Эхинококкоз может встречаться практически повсеместно, однако заболевание является эндемичным в основном в странах, занимающихся животноводством, в число которых входит и Таджикистан [2-5]. Хотя заболевание может развиваться в любых органах и участках тела, лидирующее место занимает абдоминальная её локализация, при которой чаще всего поражается печень, частота которой составляет 60-85% случаев от общей встречаемости [3, 6, 8].

Особой проблемой в хирургии эхинококкоза считается лечение больных с осложнённым его течением, чаще встречающееся при множественных формах или при наличии кист больших размеров, которые затрудняют процесс лечения и достижения удовлетворительного результата. Несмотря

на появление современных методов диагностики и лечения эхинококкоза, в настоящее время отсутствует тенденция к снижению встречаемости осложненной формы заболевания, частота которой, по данным литературы, достигает до 57,3% случаев [2, 3, 7].

Растущий поток пациентов с эхинококкозом органов брюшной полости и отсутствие тенденции к снижению частоты осложнённой её формы заставляет специалистов искать решение проблемы, связанной с лечением данного заболевания, особенно с применением современных миниинвазивных методов хирургического лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости путем применения миниинвазивной технологии.

Материалы и методы исследования. В материале представлен анализ результатов хирургического лечения 135 пациентов с эхинококкозом органов брюшной полости, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении МСЧ ГУП ТАЛКО, в Лечебно-диагностическом центре «Вароруд» и кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ имени Абуали ибни Сино за период с 2014 по 2018 годы.

Из них в 106 (78,5%) случаях отмечена печеночная его локализация, среди которой преваляло правостороннее его нахождение, составляющее 76 (56,3%) случаев. Сочетанное поражение обеих долей печени было выявлено в 17 (12,6%) случаях. В 11 (8,1%) случаях выявлена эхинококковая киста большого сальника (ЭКБС), в 9 (6,7%) случаях эхинококковая киста селезенки (ЭКС), в 6 (4,4%) случаях эхинококковая киста брыжейки тонкого кишечника (ЭКБ) и в 4 (3%) случаях эхинококковая киста органов малого таза (ЭКМТ).

Сочетанное поражение печени и других органов в нашей работе наблюдалось в 12 (8,8%) случаях, частота которого отражена в табл. 1. При этом количество выявляемых кист во всех случаях было более 3, а их размер составлял от 3 до 10 см.

Таблица 1

Частота встречаемости сочетанного поражения эхинококкоза органов брюшной полости (n-12)

Место локализации кисты	Количество больных	%
Печень + большой сальник	3	25
Печень + легкие	2	16,7
Печень + большой сальник + полость малого таза	2	16,7
Печень + брыжейка тонкого кишечника + большой сальник	1	8,3
Селезенка + большой сальник	1	8,3
Большой сальник + малый таз	2	16,7
Брыжейка тонкого кишечника + большой сальник	1	8,3
ВСЕГО	12	100

Примечание: % от общего количества больных.

Пациенты с первичными формами эхинококкоза составляли 116 (85,9%) случаев, а вторичная форма отмечалась лишь в 19 (14,1%) случаях. Среди всех 19 (100%) случаев вторичного эхинококкоза только в 3 (15,8%) наблюдениях имел

место рецидив заболевания (реинфицирование), а остальные 16 (84,2%) больных имели диссеминированную форму, о которой свидетельствовал анамнез заболевания.

Размеры кисты среди всех 135 (100%) больных колебались от 2 см до 20см.

Преваляли пациенты женского пола, которые составляли – 78 (57,8%) случаев, а мужчин было 57 (42,2%). Возраст больных варьировал от 18 до 72 лет, а средний возраст составлял $48 \pm 2,5$ года, который показывает пик заболевания в трудоспособном возрасте, что говорит о социальной значимости данной проблемы в нашем регионе (табл. 2).

С целью проведения сравнительного анализа результатов хирургического лечения все пациенты, в зависимости от проведенного метода оперативного лечения, были разделены на две группы. В первую группу вошли 85 (63%) больных, которым были выполнены разные виды видеолaparоскопического удаления эхинококковой кисты из органов брюшной полости. Во 2-ую группу были включены 50 (34%) пациентов, которым была произведена различные виды эхинококкэктомии традиционными методами.

При видеолaparоскопическом удалении кист использовали от 1 (единый силпорт) до 4 портов в разных областях брюшной стенки, а при традиционных методах удаления кист использовали рациональные доступы, такие как верхнесрединный, средне-срединный и нижнесрединный лапаротомный доступ, доступ по Кохеру или Федорову, торакофренолапаротомия и переднебоковая торакотомия.

Обработка полости кисты с целью профилактики рецидива заболевания у всех больных после открытой и закрытой эхинококкэктомии проведена путём применения гермицидного 10% раствора бетадина с 10-минутной экспозицией или подогретого до 60°C 80%-го раствора глицерина. В послеоперационном периоде всем больным в течение месяца проводили курс химиотерапии с использованием

Таблица 2

Распределение больных с эхинококкозом органов брюшной полости по возрасту и полу

Пол	Возраст больных				
	до 30 лет	31-45 лет	46-63 лет	старше 63 лет	итого
Женщины	11 (14,1%)	34 (43,6%)	28 (35,9%)	5 (6,4%)	78 (57,8%)
Мужчины	8 (14,0)	23 (40,3)	21 (36,9)	5 (8,8%)	57 (42,2%)
Всего:	19	57	49	10	135 (100%)

Примечание: % -от общего количество между группами

препаратов альбендазол и мебендазол.

Всем больным проведены клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ органов брюшной полости и рентгенографию грудной клетки. При необходимости использовали МРТ и КТ с целью дифференциальной диагностики эхинококкоза с другими очаговыми поражениями.

Для проведения статистической обработки полученного материала использовали метод разностной вариационной статистики (Ойвин А.И. 1996), а в качестве метода сравнительной статистики использовали критерий S^2 и t-критерий Стьюдента. Средние значения представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm s$).

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении лапароскопической эхинококкэктомии операцию всегда начинали с проведением обзорной лапароскопии для уточнения локализации кист в органах брюшной полости, оценки состояния органов и исключения других сопутствующих патологий. Троякар для проведения лапароскопии вводился над пупком. После осмотра и уточнения локализации кист определяют точки введения, количество и диаметр остальных троакаров. Установка лапаропортов при эхинококковых кистах печени (ЭКП) аналогичные как и при лапароскопической холецистэктомии, лишь с отличием установки 20 мм. лапаропорта в левой подреберной области, а при локализации эхинококковой кисты печени в I, II, III, IV сегментах 20 мм. лапаропорт устанавливали в левой подреберной области, аналогичным образом устанавливали троакопорты и при ЭКС. В остальных случаях лапаропорты устанавливали в зависимости от локализации кист в органах брюшной полости, а также по показаниям применяли методику мигрирующего лапаропорта.

При выполнении лапароскопической эхинококкэктомии, кроме традиционного набора инструментов, эффективно использовали пятилепестковый ретрактор и вакуум-аспиратор со сменными пяти- и десятимиллиметровыми насадками.

Следует отметить, что вскрытие кисты осуществляли в точке наибольшего выбухания ее над поверхностью органа. Во всех случаях до проведения пункции полости кист с целью проведения интраоперационной профилактики развития рецидива заболевания проводили ограничение зоны операции тампонами, смоченными антипаразитарными препаратами (растворы хлорида натрия или глицерина). После этого проводили пункцию

кисты с эвакуацией её содержимого и антипаразитарной обработкой стенок кист путем введения в полость гермицидных растворов. Далее вскрывали фиброзную капсулу и эвакуировали содержимое кист в эндоконтейнер. Хитиновую оболочку кисты удаляли через 10-ти мм насадку вакуум-аспиратора, что позволяет избежать возможный контакт хитиновой оболочки с интактными окружающими тканями при погружении ее в эндоконтейнер. Только после тщательного осмотра стенки кисты и исключения наличия цистобилиарного свища прибегали к выполнению ликвидации остаточной полости.

Акцентируя внимание на проведение более радикальных методов эхинококкэктомии, всегда поддерживали выполнение перицистэктомии с максимальными возможностями. При этом обычно сохраняли небольшой участок (0,5-1,0 см) стенки кисты на границе с неизменной тканью печени, который служит для фиксирования пряди большого сальника при оментопластике или капитонаже остаточной полости кисты.

Конверсия была произведена у 12 (8,8%) больных, из них у 4 больных с наличием желчного свища в остаточной полости эхинококковой кисты (ЭКК), у 3 больных в связи с нагноившейся ЭКК печени, у 3 больных из 5 с ЭКС конверсия произведена в связи с кровотечением, и у 2 больных в связи с большим размером эхинококковой кисты селезенки.

Однако, лапароскопическая эхинококкэктомия из селезенки, особенно когда ЭК локализуется в области ворот и/или при диаметре кисты более 10 см в области верхнего полюса, является сложным оперативным вмешательством, существует высокий риск развития кровотечения и повреждения близлежащих органов. В наших наблюдениях кровотечения из сосудов селезенки отмечены у 2 больных из 9, ещё у 2 больных с ЭК верхнего полюса селезенки отмечен выраженный перипроцесс с большой кривизной.

Во всех случаях произведена спленэктомия из верхнесрединного лапаротомного доступа.

В ближайшем послеоперационном периоде больные чувствовали себя комфортно, не нуждались в дополнительном назначении наркотических анальгетиков. Больные были активизированы уже к концу дня операции. Послеоперационные осложнения у пациентов, оперированных лапароскопическим методом, были отмечены только в 3 (3,5%) случаях, среди которых в 1 случае наблюдалось желчеистечение и в 2 остальных случаях -нагно-

ение послеоперационной раны. Среди больных, оперированных традиционными методами, послеоперационные осложнения наблюдались в 7 (14%) случаях, среди которых нагноение послеоперационной ран отмечено у 3 (6%), желчеистечение - у 2 (4%) больных, абсцесс остаточной полости - у 2 (4%) больных.

Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре у пациентов первой группы составила $6,2 \pm 1,5$ дня, а у больных второй группы этот срок в среднем составил $10,2 \pm 1,5$ дня. Летальные исходы в обеих группах не отмечены.

Заключение. Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия, как малоинвазивный метод хирургического лечения у больных с эхинококкозом органов брюшной полости, является методикой выбора, сопровождающаяся минимальной частотой развития гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений, что способствует улучшению качества жизни этих пациентов и получению положительного результата хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

(III. 7-8 см. REFERENCES)

1. Абдуллоев Дж.А. Оптимизация хирургического лечения и профилактика послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени / Дж.А. Абдуллоев [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2017. - №2. - С. 5-9.
2. Азиззода З.А. Острый паразитарный гнойный холангит у больных эхинококкозом печени / З.А. Азиззода // Здравоохранение Таджикистана. - 2019. - №1. - С. 5-12.
3. Азизов З.А. Вопросы профилактики, диагностики и лечения эхинококкоза в Таджикистане / З.А. Азизов, К.М. Курбонов // Здравоохранение Таджикистана. - 2018. - №3. - С. 68-72.
4. Махмадов Ф.И. Возможности применения эндоскопических технологий в диагностике и лечении эхинококкоза печени / Ф.И. Махмадов [и др.] // Новости хирургии - 2011. - №5. Т. 19. - С.147-150.
5. Курбонов К.М. Диагностика и лечение нагноившегося эхинококкоза печени / К.М. Курбонов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии - 2011. - №4. - С. 62-63.
6. Лотов А.Н. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения / А.Н. Лотов, А.В. Чжао, Н.Р. Черная // Трансплантология - 2010. - №2. - С. 18-26.

REFERENCES

1. Abdulloev Dzh.A. Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya i profilaktika posleoperatsionnykh oslozhneniy pri echinokokkoze pecheni [Optimization of surgical treatment

and prevention of postoperative complications in liver echinococcosis]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of postgraduate education in healthcare sphere*, 2017, No. 2, pp. 5-9.

2. Azizzoda Z. A. Ostryy parazitarnyy gnoynny kholangit u bolnykh echinokokkozom pecheni [Acute parasitic purulent cholangitis in patients with liver echinococcosis]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 1, pp. 5-12.

3. Azizov Z. A. Voprosy profilaktiki, diagnostiki i lecheniya echinokokkoza v Tadjikistane [Issues of prevention, diagnosis and treatment of echinococcosis in Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2018, No. 3, pp. 68-72.

4. Makhmadov F.I. Vozmozhnosti primeneniya endoskopicheskikh tekhnologiy v diagnostike i lechenii echinokokkoza pecheni [Possibilities of using endoscopic technologies in the diagnosis and treatment of liver echinococcosis]. *Novosti khirurgii – News of surgery*, 2011, No. 5, Vol. 19, pp. 147-150.

5. Kurbonov K.M. Diagnostika i lechenie nagnoivshegosya echinokokkoza pecheni [Diagnosis and treatment of suppurated echinococcosis of the liver]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2011, No. 4, pp. 62-63.

6. Lotov A. N. Echinokokkoz: diagnostika i sovremennyye metody lecheniya [Echinococcosis: diagnosis and modern methods of treatment]. *Transplantologiya – Transplantology*, 2010, No. 2, pp. 18-26.

7. Charalambous G. K., Katergiannakis V. A., Manouras A. J. Three Cases of Primary Hydatidosis of the Gluteus Muscle: Our Experience in Clinical, Diagnostic and Treatment Aspects. *Chirurgia*, 2014, Vol. 109, No. 4, pp. 555-558.

8. Tomu C. et al. Minimal invasive treatment of abdominal multiorgan echinococcosis *International Surgery*, 2013, Vol. 98. No 1. pp. 61-64.

ХУЛОСА

Р. Раҳматуллаев, С.М. Ҳасанов

ТАЪСИРНОКИИ ИСТИФОДАБАРИИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР ЗИМНИ ТАБОБАТИ ЭХИНОКОККОЗИ УЗВҲОИ КОВОКИИ БАТН

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Мақолаи пешниҳодгардида натиҷаи таҳҳис ва табобати 135 бемори гирифтори эхинококкози узвҳои ковокии батно, ки дар ҚТС ҚД ТАЛҚО, МТТ «Вароруд» ва МТТДҚТТ ба номи Абӯалӣ ибни Синобистарӣ гардидандусинну соли онҳо аз 18 то 72 соларо таҳкил меод, дар бар мегирад. Бартарияти занон ба мушоҳида расид, ки– 78 (57,8%) ҳолатро таҳкил намуданд ва мардон бошанд- 57 (42,2%).

Ба гурӯҳи асосӣ 85 (63%) бемор ва ба гурӯҳи мукоисавӣ бошад 50 бемор шомил буданд. Бо мақсади ташхисгузори аниқӣ беморӣ дар беморон ташхиси умумӣ ва биокимиявӣ хуну пешоб, ТУС, рентгенографияи қафас сина, ЭКГ ва дарҳолатҳои лозима ТМР ва ТК гузаронида шуд.

Мақсади тадқиқот. Беҳтарнамоии натиҷаи табобати ҷарроҳии эхинококкози узвҳои ковокии бант бо истифода аз технологияи миниинвазивӣ.

Натиҷа ва муҳокимаронӣ. Зимни гузаронидани эхинококкэктомияи лапароскопӣ ба таври инфиродӣ, вобаста ба ҳолати ҷойдошта мавзеи гузоштани троакарҳо, миқдор ва андозаи онҳо интихоб карда мешавад. Истифодаи лавозимотҳои иловагии видеолапароскопӣ (ғайр аз лавозимотҳои асосӣ) аз кабили ретрактор ва вакуум-аспиратор рафти ҷарроҳиро осон намуда, нигоҳ доштани талаботи бепаразитарӣ ва зидипаразитарӣ дар рафти амалиёти ҷарроҳӣ боиси кам гардидани басомади инкишофёбии аворизи илтиҳобию фасодии баъдичарроҳӣ мегарданд.

Дар марҳилаи баъдичарроҳӣ дар бемороне, ки ба таври ананавӣ ҷарроҳӣ гардида буданд 3 (1,9%) ҳолат фасодгирии захми баъдичарроҳӣ, дар 2 (2,5%) ҳолат талхашорӣ ва дар 2 (1,3%) фасодгирии ковокии боқимонда ба мушоҳида расид. Дар беморони гурӯҳи асосӣ бошад танҳо дар 1 (1,2%) ҳолат талхашорӣ ва дар 2 (2,3%) ҳолати боқимонда бошад фасодгирии захми баъдичарроҳӣ ба мушоҳида расид.

Хулоса. Эхинококкэктомияи лапароскопӣ ҳамчун усули каминвазивии табобат дар шахсони гирифтори эхинококкози узвҳои ковокии бант усули беҳтарин ба ҳисоб рафта, истифодаи он боиси кам гардидани басомади оризаҳои илтиҳобию фасодии баъдичарроҳӣ мегардад, ки он дар навбати худ ба беҳтаршавии сифати зиндагинамоии беморон ва ба даст овардани натиҷаи мусбӣ табобати онҳо мегардад.

Калимаҳои калидӣ: эхинококкоз, эхинококкэктомияи лапароскопӣ, технологияи миниинвазивӣ.

УДК: 616.71-018.3+002-009.7-089

Ф.Г. Хожсаназаров, Х.Дж. Рахмонов, Р.Н. Бердиев

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино,

Хожсаназаров Фахриддин Гаровбоевич - аспирант кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы, ТГМУ им. Абуали ибни Сино; тел: +992 987-90-55-68; E-mail: faxriddinx86@mail.ru

Цель исследования. Оптимизация тактики лечения пациентов синдромом оперированного пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 пациентов, ранее прооперированных по поводу дегенеративно-дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника. Из них: 48 (80,0%) больных были оперированы по поводу грыжи диска: -уровень L4-L5 24 (50,0%); -уровень L3-L4 6 (12,5%); -уровень L5-S1 17 (35,4%); S1 (2,1%) больной со стенозом позвоночного канала. Рубцово-спаечный фиброз оперированного позвоночника имело место у 12 (200%) больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Регресс чувствительного нарушения среди 48 повторно оперированных больных не отмечено. После исследования методом Japanese Orthopaedic Association (JOA) scoring system в группе больных с синдромом оперированного позвоночника мы получили отличный результат в 29 случаях, хороший - в 17 случаях, удовлетворительный - в 8 случаях, плохой — в 6 случаях.

Заключение. Тактика лечения синдрома оперированного позвоночника должна основываться на оценке баланса силовых векторов на системном, органном и сегментарном уровнях, с учетом синдрома комплекса компрессии, нестабильности и структурной несостоятельности.

Ключевые слова: сохранение болевого синдрома, остеохондроз, синдром оперированного позвоночника.