

ХУЛОСА

К.С. Олимова, М.С. Талабзода, Х.Ч. Аминов

**ТАЪМИНОТИ АНЕСТЕЗИОЛОГӢ ДАР
МАВРИДИ КӢДАКНИ ГИРИФТОРИ
НУҚСОНҲОИ ИНКИШОФИ СИСТЕМАИ
ПЕШОБҲОСИЛКУНАНДА, КИ ОНРО ИЛ-
ЛАТИ ШАДИДИ ГУРДА ҲАМБАСТА АСТ**

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии сифати гузаронидани наркози омехта бо истифода аз анестезияи перидуралӣ дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз ҷониби мо таҳлили чараёни клиникӣ наркоз зимни 61 кӯдаки синашон аз 2 то 14 сола ба амал оварда шуд, ки дар мавриди онҳо солҳои 2011 то 2015 дар ММТ ҚТ, клиникаи ҷарроҳии кӯдакона амалиёти нақшавӣ бобати нуқсонҳои инкишофи роҳҳои пешоббарор гузаронида шудааст. Аз зумраи беморони ҷарроҳишуда 38 кӯдак гирифтори нуқсони модарзодии дутарафаи инсидодии бемориҳои бо-лоии пешоб буданд. Аз ҷумла, 21 бемор гирифтори дисплазияи сегменти масонаву ҳолиб ва 13 пациент гирифтори дисплазияи ЛМС буданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар давраи пасазҷарроҳӣ харчи минималии препаратҳо бо беҳтар гардидани нишондиҳандаҳои гемодинамика, бо оксиген пурра таъмин будани хуни шарёнӣ, барвақт барқарор шудани пассажи рӯдаҳо

ба қайд гирифта шуд. Дар робита ба вариантҳои анестезияи пасазҷарроҳӣ беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Зимни гурӯҳи якум ба 31 бемор беҳисгардонии пасазамалиётӣ тавассути анестезияи дарозмуддати перидуралӣ+промедол (0,1 мл/кг) ба амал оварда шуда. Дар мавриди гурӯҳи дуюм бошад, ба 30 пациент анестезияи дарозмуддати перидуралӣ бо маҳлули лидокаин гузаронида шуд. Давомнокии анестезия 3-4 шабонарӯзро ташкил медод. Бо назардошти содагии қиёсии иҷро, давраи нисбатан кӯтоҳи ниҳонӣ ва анестезияи нисбатан зухурёфтаи чараёни пасазҷарроҳӣ ҳангоми амалиётҳои давомнокиашон зиёда аз 1,5 соат, инчунин ҳангоми зарурати нигоҳ доштани сатҳи доимии анестезия дар марҳилаи дохилиҷарроҳӣ ва пас аз он ба қор бурдани анестезияи мувозинатёфтаи перидуралӣ бо қастарақунонӣ дар марҳилаи пасазҷарроҳӣ мувофиқи мақсад хоҳад буд.

Хулоса. Усулҳои омехтаи анестезия бо анестезияи перидуралӣ дар урологияи кӯдакона даст кашидан аз истифодаи аналгетикҳои муҳадирӣ, миорелаксантҳо ё зиёдтар коҳиш додани вояро имконпазир гардонида, анестезияи боэътимод, зудтар барқарор шудани ҳуш ва заминаи мусоиди эмотсионалиро дар марҳилаи барвақти пасазамалиётӣ таъмин менамояд.

Калимаҳои калидӣ: анестезия дар урологияи кӯдакона, нуқсонҳои инкишофи системаи пешобҳосилкунанда дар кӯдакон, иллати шадиди гурда.

УДК 616.35-089.193.4-053.2

А.Ж. Хамраев, Д.Б. Рахмонов

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ
АНОРЕКТАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ.***Кафедра госпитальной детской хирургии Ташкентского Педиатрического Медицинского Института*

Хамраев Абдурашид Журакулович - д.м.н, профессор кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ; email: abdurashid-56@rambler.ru; тел: +998909706162;

Цель исследования. Улучшение результатов лечения послеоперационных осложнений повторной операции на аноректальной зоне.

Материал и методы исследования. С 2007 по 2019 гг в отделениях детской хирургии 1-ГКДБ ТашПМИ и МДОБ СамМИ находились на ПРО аноректальной зоны 62 больных. Всем больным проводилась комплексное обследование: клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторная диагностика, УЗИ с доплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миография запирающего аппарата прямой кишки, рентгенологические методы исследования, МРТ и эндоскопические исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе изучения катamnестических и клинических данных

обследованных 62 детей до 18 лет, нуждающихся к ПРО, выявлены ошибки и недостатки, которые имели диагностический, тактический и технический характер.

Выводы. Анализ причин, оптимизации диагностики, тактики интраоперационной хирургической коррекции и послеоперационные меры профилактики способствует улучшению результатов лечения ПРО на аноректальной зоне у детей.

Ключевые слова: послеоперационные осложнения, повторные корригирующие операций, аноректальная зона, тактические и технические ошибки.

A.Zh. Khamraev, D.B. Rakhmonov

SURGICAL APPROACH TO THE REOPERATION OF THE ANORECTAL AREA IN CHILDREN

Department of Hospital Pediatric Surgery, Tashkent Pediatric Medical Institute

Hamraev Abdurashid Zhurakulovich - doctor of medical sciences, professor of the Department of Hospital Pediatric Surgery of Tashkent Pediatric Medical Institute; e-mail: abdurashid-56@rambler.ru; tel: +998909706162;

Aim. To improve results of postoperative complications of reoperation of the anorectal zone.

Material and methods. From 2007 to 2019 the department of pediatric surgery № 1 accepted 62 patients for repeated reconstructive operations of the anorectal area. All patients underwent complex examination: clinical examination including rectal examination, laboratory diagnostics, ultrasound with doppler scanning of the abdominal cavity and pelvic organs, myography of sphincter apparatus of the rectum, x-ray examination, MRI and endoscopic examination.

Results and discussion. Studying the results of follow-up observation and clinical data of 62 patients that require recurrent postoperative surgery, some errors, and flaws of diagnostic methodic and technical character were discovered.

Conclusion. Analysis of the etiology, optimization of diagnostics, intra-operational correction approach and postoperative prevention measures improve the results of recurrent reconstructive surgery of anorectal area in children.

Keywords: postoperative complications, recurrent reconstructive surgery, anorectal area, methodic and technic errors.

Актуальность. При хирургическом лечении аноректальных мальформаций (АРМ), послеоперационные осложнения (ПО) аноректальной зоны остаются далеко нерешенной проблемой в детской хирургии. После хирургической коррекции АРМ, в результате функциональных нарушений сфинктерного аппарата прямой кишки у 30-60% пациентов в дальнейшем наблюдается недержание кала или запоры [1-3]. При этом, основной причиной неудовлетворительных результатов лечения АРМ составляют диагностические, тактические и технические ошибки, которое часто приводят к развитию ПО аноректальной зоны, которые требуют повторных реконструктивных операций (ПРО). При этом, оптимизация хирургической тактики, показаний и выбора метода при повторной операции является актуальной проблемой в детской хирургии [4-6].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ПО аноректальной зоны на основе изучения причин осложнений, разработка мер профилактики путем оптимизации диагностики ПРО у детей.

Материалы и методы исследования. С 2007 г. по 2019 г. в отделениях детской хирургии 1-ГКДБ (ТашПМИ) и МДОБ (СамМИ) находились

на ПРО аноректальной зоны у 62 больных. Возраст больных составлял: 3-12 мес.-5 (8%); 1-3 года-26 (41,9%); 3-7 лет-19 (30,6%); 8-14 лет - 9 (14,5%), 14-18 лет-3(4,8%). При этом, нами проведено 139 ПРО: двукратно в 24 (37,5%) случаях, – трёхкратно в 23 (35,9%), четырёхкратно и больше – в 15 (24,3%) случаях. Мальчики - 29 и девочек - 33.

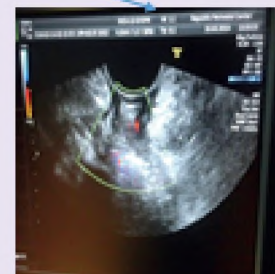
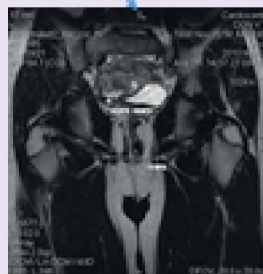
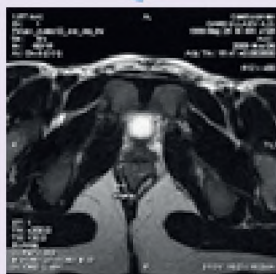
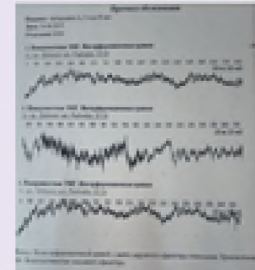
Всем больным, проводилось комплексное обследование, включавшее тщательный сбор анамнеза и катамнез, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторная диагностика, УЗИ с доплером сосудов органов брюшной полости и малого таза, миография запирающего аппарата прямой кишки, рентгенологические методы исследования, МРТ и эндоскопические исследования (рис. 1).

Среди всех повторно оперированных у 21 (40,4%) больных детей отмечались агенезия копчиковой и крестцово-копчиковых позвонков.

Нами проведен клинический анализ причин возникновения осложнений, возникшей при первичной и повторной коррекции осложнения АРМ, были изучены ошибки в ходе операции и разработаны возможные меры их коррекции. Больные были распределены на 2 группы. В 1-й группе были 38 больных детей с осложнениями, ранее

Методы исследования

1. Общеклинические (катамнез)
2. Полипозиционная ирригография
3. Определение ректоанального рефлекса
4. УЗИ органов брюшной полости
5. Электромиография
6. Эндоректальный УЗИ с доплером
7. МРТ органов таза и промежности.



При котором выявлены: нарушение физиологии, симметрии, дефекты, относительная ширина, длина пуборектальных мышц и наружного анального сфинктера и региональные патологии.

ПЕРВАЯ ГРУППА БОЛЬНЫХ, НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НА ФОНЕ ПРИЧИН ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЯ

А) НАС В ПОСЛЕДСТВИИ ДОПУЩЕННОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ, ТЕХНИЧЕСКОЙ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНОГО СВИЩА.



Больная Д. 9 лет.
Причина- технические и тактические ошибки - неполноценная мобилизация свища.
Уплотнение передней леваторопластики и нагноения послеоперационной раны



Больная С. 15 лет
Причина- техническая ошибка - неполной мобилизации высокой формы ректовестибулярного свища и уплотнение передней леваторопластики и нагноения сигмостомы



Больная С. 7 лет.
Причина- диагностические и тактические ошибки- удвоенная влагаллица и ректовагинальный свищ неправильно диагностирован как ректовестибулярный свищ, и необоснованный выбор метода, интраоперационная травма и нагноения раны привело к «искусственной клоаке».



Больная Н. 6 лет.
Причина- диагностические и технические ошибки- неполноценная мобилизация ректовестибулярного свища, уплотнение передней леваторопластики, и нагноения раны с расхождением швов привело к стенозу прямой кишки

неоднократно оперированных в других лечебных учреждениях. Во 2-й группе 24 пациента перенесли первичные коррекции по поводу осложнений под нашим наблюдением.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе изучения катamnестических и данных обследования больных нуждающихся в ПРО, выявлены ошибки и недостатки, которые имели диагностический, тактический, технический и сочетанный характер: *I. Диагностические:* недостаточная оценка соматического статуса, пороков соседних органов и дооперационного обследования больных; рентгенологически неправильная укладка больного при определении высоты атрезии, протяженности стеноза или отклонения аноректального угла; недиагностированные врожденные ректоуретральные свищи (РУС); неточная идентификация аномалия при первичной диагностике; неполноценное выявление причин и некачественный анализ возникших осложнений при первичной коррекции АРМ, недостоверная верификация диагностики при вторичной коррекции (рис. 2).

II Тактические: неправильный выбор показаний, доступа, радикального метода операции или наложения колостомы при коррекции порока и осложнений; излишняя попытка промежуточным доступом поиска слепого конца кишки, которая часто приводит к повреждениям мышц сфинктера, при высокой безсвищевой форме АРМ; недостаточность квалификации хирурга [7, 8]. *III*

Технические: неправильный выбор операционного доступа и выполнение техники операции, приводящие к возникновению ранних и поздних ПО: некроз культи низведенной кишки - возникший в результате недооценки состоянию аркадных сосудов брыжейки, приводящих к нарушению кровоснабжения в низведенной кишке, её некрозу и тазовому перитониту в раннем послеоперационном периоде; повреждения мышц сфинктеров - возникшие от чрезмерной дивульсии при внутрибрюшинной тунелизации и высокой безсвищевой формы АРМ, полном заращении дна таза после неоднократной коррекции; случайное ранение уретры при повторной мобилизации толстой кишки на фоне массивного спаечного процесса на дне таза, внесфинктерного низведения дистальной части толстой кишки; рецидивы ректовестибулярных и РУС - возникшие при технической погрешности операции, неадекватного выбора метода и доступа; хронической ишемии низведенной кишки - возникшие, после неоднократной мобилизации и низведения короткого остатка толстой кишки, натяжения кишки или перерастяжения брыжеечных сосудов и значительного пересечения магистральных крупных сосудов приводящую к обеднению кровообращения.

IV. Сочетанные, к ним относятся все виды ошибок: недостаточность предоперационной подготовки; неполноценное выявление причин возникших осложнений; недостоверная верификация диа-

В). НАС В ПОСЛЕДСТВИЕ ДОПУЩЕННОЙ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВЫСОКОЙ ФОРМЫ АНОРЕКТАЛЬНОЙ АТРЕЗИИ С РЕКТОУРЕТРАЛЬНЫМ СВИЩОМ И БЕЗ НЕЁ



Больной А. 15 л. Причины диагностических и тактических ошибок - при определении высоты АРА и недооценки аномалии аркадных сосудов (хроническая ишемизация), первичной недооценке РУС и неправильного выбора места и способа наложения колостом (цекостомы)



Больной Х. 2 г. Причины диагностической ошибки - неправильное определение высоты без свищевой формы АРА, недооценка агенезии копчика, необоснованное проведение ПП и БППП, внесфинктерное низведение ТК и нагноение ран привело к рубцовой деформации и дистопии ануса.

гностики при вторичной коррекции осложнений; неадекватность показания и выбора метода при повторной коррекции; неполноценное проведение послеоперационной реабилитации, которая приводит к вторичному рубцовому изменению органов промежности. В ряде случаев, допущенные диагностические ошибки приводили к тактическим в отношении выбора доступа, они в свою очередь к техническим.

Последние сопровождались следующими ПО: стенозы заднего прохода и прямой кишки, вторичный мегаректум – возникшая в поздние сроки, при длительном воспалительном процессе в область раны промежности в раннем послеоперационном периоде, расхождения швов раны нередко возникали на фоне плохой предоперационной подготовки; рубцовая деформация ануса, рубцовые перерождения наружного сфинктера и дефекты перегородки органов промежности - возникшей после многократных промежностных проктопластик. Развитие рубцового процесса обусловлено натяжением брыжейки и обеднение кровоснабжения стенки низведенной толстой кишки; дефекты перегородки органов промежности анатомически проявляются в виде «искусственной клоаки» и клинически - недержанием кала и газа; избыточная (выстояния) слизистой низведенной кишки - воз-

никшие после различных видов проктопластики при формировании неонуса. Избыточная слизистая иногда представляется незначительным участком, а в некоторых случаях - достаточно большим ее фрагментом; параректальный свищ возникшей в раннем послеоперационном периоде на фоне повышения давления каловыми массами, «камями» или при ретракции низведенной кишки приводит к частичному расхождению швов анастомоза. Формирования параректального свища на фоне воспалительного процесса или при клизме создается ход в направлении промежности и открывается далеко от ануса или ягодичной области.

При решении проблем ПРО аноректальной зоны ПО у детей, нами помимо совершенствованием хирургической техники, изучались причины, проводился анализ ошибок, осложнений, определяли показания, сроки, пути доступа и объем операции. В тактическом плане показания к ПРО на аноректальной зоне нами определялись: степени тяжести повреждения мышечных структур анального сфинктера, деформации аноректальной области и выстоянием слизистой. В случаях отсутствия выраженной деформации, лечение начинали с реабилитационных мероприятий и лишь при неэффективности последних, определяли показание к проведению ПРО. При наличии деформации (стеноз, эктопии, свищи, дефекты) и выстояния слизистой определяли прямые показания к повторному оперативному лечению независимо от степени повреждения сфинктеров.

С целью профилактики ПО при ПРО у детей, мы рекомендуем следующие технические приемы и тактики лечения: по возможности при коррекции осложнений обойтись без брюшного доступа; с целью сохранения полноценного кровоснабжения и иннервации промежности стремиться к дооперационному проведению локальному реабилитационному лечению и интраоперационно к минимальной диссекции тканей; точное выведение прямой кишки через центр удерживающего мышечного комплекса; стремиться достичь к интраоперационному восстановлению физиологического аноректального угла и сохранению внутреннего анального сфинктера; обеспечить устранение натяжения в зоне вновь сформированного неануса. Следует отметить, что ПРО у детей выполняется в более сложных условиях, чем первичные, и с меньшими возможностями выбора проктопластики в классическом варианте, при наличии грубых рубцовых изменений тканей промежности.

Таким образом, благодаря оптимизации такти-

ки, методов интраоперационной и хирургической коррекции и послеоперационных мер профилактики осложнений и реабилитации, нами получены значительное улучшение результатов лечения ПРО у детей наоректальной зоны у детей, которое оценивались на: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. При этом нами хорошие результаты отмечены у 28 (46,5%) больных; удовлетворительные - у 22 (33,9%) и неудовлетворительные - у 12 (19,6%).

Выводы: 1. Для улучшения результатов ПРО анаоректальной зоны у детей, необходимо: оптимизация качества дооперационной диагностики, подготовки больного к операции, своевременного выявления сопутствующих аномалий соседних органов, профессиональная компетентность хирурга, адекватность выбора тактики, техники выполнения корригирующей операции, качественное проведение реабилитационного лечения.

2. Анализ причин, оптимизации диагностики, тактики интраоперационной хирургической коррекции и послеоперационные меры профилактики способствует улучшению результатов лечения ПРО анаоректальной зоны у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ибодов Х. Современные вопросы диагностики и лечения анальной недостаточности у детей / Х.И. Ибодов, В.Р. Убайдуллоев // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2014. - №4. - С. 94-103.
2. Ибодов Х. Микроциркуляторные нарушения при анальной недостаточности у детей/ Х. Ибодов, В.Р. Убайдуллоев, Т.Ш. Икромов // *Здравоохранение Таджикистана*. - 2017. - №2. - С. 52-57
3. Лёнюшкин А.И. Педиатрическая колопроктология / А.И. Лёнюшкин, И.А. Комиссаров. - СПб.: СПб ГПМА, 2008. - 448 стр.
4. Наврузов С.Н. Ошибки и осложнения при выполнении операции на анаоректальной зоне / С.Н. Наврузов [и др.] // *Хирургия Узбекистана*. - 2014. - №1 (61). - С. 65-68.
5. Мухаббатов Д.К. Оптимизация предоперационной подготовки больных со сложными формами свищей прямой кишки / Д.К. Мухаббатов, Ш.А. Каримов, Ф.Х. Нозимов, Б.М. Хамроев // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. - 2017. - №1 (21). - С. 52-56.
6. Хамраев А.Ж. Диагностические возможности МСКТ и МРТ в диагностике нарушений мышечно-сфинктерного комплекса анаоректальной области у детей: научное издание / А.Ж. Хамраев, И.М. Каримов, У.А. Хамроев, А.З. Набижонов // *Хирургия Узбекистана*. - 2014. - №3, Т.3. - С. 62-63
7. Хамраев А.Ж. Болалар колоректал хирургияси / А.Ж. Хамраев, Ж.А. Атакулов. - Т.: Укитувчи, 2015.

- С-383.

8. Эргашев Н. Ш. Анатомические формы и виды хирургической коррекции анаоректальных аномалий у детей: научное издание / Н.Ш. Эргашев, Ф.А. Отамурадов, Ф.М. Дусалиев // *Вестник экстренной медицины*. - 2014. - №2. - С. 133-134

REFERENCES

1. Ibodov Kh. I. Sovremennye voprosy diagnostiki i lecheniya analnoy nedostatochnosti u detey [Current issues in the diagnosis and treatment of anal failure in children]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2014, No. 4, pp. 94-103.
2. Ibodov Kh. I. Mikrotsirkulyatornye narusheniya pri analnoy nedostatochnosti u detey [Microcirculatory disorders in anal failure in children]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 2, pp. 52-57
3. Lyonyushkin A. I. *Pediatricheskaya koloproktologiya* [Pediatric coloproctology]. St. Petersburg, SPbGPMAPubl., 2008. 448 p.
4. Navruzov S. N. Oshibki i oslozhneniya pri vypolnenii operatsii na anorektalnoy zone [Errors and complications during ongoing anorectal surgery]. *Khirurgiya Uzbekistana - Surgery of Uzbekistan*, 2014, No. 1 (61), pp. 65-68.
5. Mukhabbatov D. K. Optimizatsiya predoperatsionnoy podgotovki bolnykh so slozhnymi formami svishchey pryamoy kishki [Optimization of preoperative preparation of patients with complex forms of rectal fistula]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadjikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2017, No. 1(21), pp. 52-56.
6. Khamraev A. Zh. Diagnosticheskie vozmozhnosti MSKT i MRT v diagnostike narusheniy myshechno-sfinkternogo kompleksa anorektalnoy oblasti u detey: nauchnoe izdanie [Diagnostic capabilities of MSCT and MRI in the diagnosis of disorders of the muscular-sphincter complex of the anorectal region in children: scientific edition]. *Khirurgiya Uzbekistana - Surgery of Uzbekistan*, 2014, No. 3, Vol. 3, pp. 62-63
7. Ergashev N. Sh. Anatomicheskie formy i vidy khirurgicheskoy korrektsii anorektalnykh anomalii u detey: nauchnoe izdanie [Anatomical forms and types of surgical correction of anorectal anomalies in children: scientific edition]. *Vestnik ekstremnoy meditsiny - Herald of emergency medicine*, 2014, No. 2, pp. 133-134.

ХУЛОСА

А.Қ. Ҳамроев, Д.Б. Раҳмонов

**ТАКТИКАИ ТАСҲЕҲИ ҶАРРОҲӢ
ҲАНГОМИ АМАЛИЁТИ ТАКРОРИИ
МАВЗЕИ МАҚЪАДУ РӮДАИ РОСТ ДАР
МАВРИДИ КӮДАКОН**

Мақсади таҳқиқот. дар асоси омӯзиши сабабҳои ориза, таҳияи чораҳои пешгирӣ бо роҳи

мувофиқкунони ташхис ва амалиёти такрорӣ реконструктивӣ беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи оризаҳои пасазчарроҳии амалиёти такрорӣ дар мавзеи маъяду рӯдаи рост дар мавриди кӯдакон.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Аз соли 2007 то 2019 дар шӯъбаҳои чарроҳии кӯдаконаи рақами 1-и ГКДБ ТашПМИ ва МДОБ СамМИ бо сабаби АТ мавзеи маъяду рӯдаи рост 62 бемор қарор доштанд. Ҳамаи беморон аз муоинаи комплексӣ - муоинаи клиникӣ бо таҳқиқоти ректалӣ, ташхиси лабораторӣ, ТУС бо доплери рағҳои узвҳои ковокии шикам ва коси хурд, миографияи дастгоҳи пушандаи рӯдаи рост, рентгенологӣ, ТМР ва таҳқиқоти эндоскопӣ гузаштанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Зимни чараёни омӯзиши маълумотҳои катамнезӣ ва клиникии муоинаи 62 кӯдаки то 18 сола, ки ба АТ эҳтиёҷдоранд, ҳатогӣ ва камбудихое ошкор карда шуданд, ки хусусияти тактикий, техникӣ ва якҷоядоранд.

Хулоса. Таҳлили сабабҳои ҳатогӣ, мувофиқкунони ташхис, тактикаи чорабиниҳои дохили-амалиётӣ ва пасазчарроҳии пешгирӣ барои беҳтар гардидани натиҷаҳои муолиҷаи АТ дар мавзеи маъяду рӯдаи рост дар кӯдакон мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: Оризаҳои пасазчарроҳӣ, амалиёти такрорӣ тасҳеҳкунанда, мавзеи маъяду рӯдаи рост, ҳатогӣҳои тактикий ва техникӣ.

УДК 616.147.3-007.26-089.168

К.П. Черных¹, К.Г. Кубачев², Н.Д. Мухиддинов³

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ И КОМБИНИРОВАННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

¹Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Александровская больница»

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

³ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

Мухиддинов Нуриддин Давлаталиевич – д.м.н., заведующий кафедрой хирургии и эндовидео-хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Анализ уровня качества жизни (КЖ) у больных с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) в госпитальном и отдаленном периоде наблюдения после эндовазальной лазерной облитерации (ЭВЛО) и комбинированной флебэктомии (КФ).

Материалы и методы исследования. В данное проспективное исследование включено 408 пациентов с ВБНК прооперированных за период с 2013 - 2017. В зависимости от стратегии лечения больные были распределены на две группы: группа 1 – пациентам проводилась ЭВЛО. В группу вошли 257 пациентов, что составило 63% от включенных в исследование; группа 2 – пациентам проводилась КФ. В группу вошел 151 пациент, что составило 37% от включенных в исследование. На предоперационном этапе был определен спектр клинических проявлений ХВН в соответствии с клинической, этиологической, анатомической и патофизиологической системой классификации (СЕАР). Для оценки КЖ использовалось два типа шкал: Chronic Venous Disease severity of life Questionnaires (CIVIQ) и SF-36 Health Status Survey.

Результаты и обсуждение. Через 2 года после проведенного лечения по данным шкалы CIVIQ отмечается статистически значимая динамика КЖ при применении обеих тактик лечения. При межгрупповом сравнении показателей через два года после проведенного лечения выявляется статистически значимое различие ($p=0,008$), что обусловлено наличием феномена реканализации (рецидива) по данным УЗИ и частичным возвратом симптоматики ХВН у больных группы КФ. При межгрупповом сравнении результатов опроса по шкале SF-36 через 2 года лечения определяется ряд значимых различий. Так группа ЭВЛО показала более высокие уровни качества жизни по большинству показателей.

Заключение. Таким образом, обе стратегии лечения статистически значимо поднимали уровень качества