

асосӣ (1) ва мукоисавӣ (2) чудо карда шуданд. Гурӯҳи мукоисавӣ аз 15 бемори гирифтори ПММ дараҷаи вазнин иборат буд, ки дар мавриди онҳо муолиҷаи стандартӣ бо иҷрои беҳдошти профессионалии ковокии даҳон (аппликатсия, ҷақондан ӯро маҳлули 0,05% биглюконати хлоргексидин) ба амал оварда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Натиҷаҳои ҳосилшуда аз он далолат мекунанд, ки муолиҷаи маҷмӯии дараҷаи вазнини ПММ бо истифода аз даври аппликатсия ва электрофарези гили иловии сулфидии осоишгоҳи «Каякент» ба таъсири нисбатан усту-

вор ва зиддиилтиҳобии бофтаҳои милки дандон мусоидат намуда, аз рӯйи аксари нишондодҳо аз муолиҷаҳои стандартӣ афзалтар аст.

Хулоса. Ба муолиҷаи маҷмӯии ПММВ ворид кардани даври 10 рӯзаи пелондодармонӣ дар шакли аппликатсия ва электрофарез тавассути гили иловии сулфиддор аз осоишгоҳи «Каякент», дар нисбат ба гурӯҳи мукоисавӣ, барои барвақтар ва ба таври зухурёфта бартараф кардани илтиҳобии бофтаҳои пародон мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ. Пародонтити мунташир, электрофарези пародонт ба воситаи гили иловӣ.

УДК 61.616-08-06

Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, З.К. Фатхуллоев

ПЕРИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»

Достиев Латиф – соискатель ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии».

Цель исследования. Сравнительное изучение результатов лечения острой послеоперационной боли после абдоминальных вмешательств

Материалы и методы. Обследовано 96 пациента (средний возраст $42,13 \pm 2,1$ года), перенесших операции на органах брюшной полости, находившихся в раннем послеоперационном периоде на лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии Национального медицинского центра РТ за период 2014-2018гг.

Результаты исследования. Критерием эффективности проводимой послеоперационной анальгезии считают снижение интенсивности болевого синдрома более 3 баллов из 10. При исходной оценке силы боли по ВАШ после экстубации в покое и при кашле не было выявлено достоверных межгрупповых отличий.

Заключение. Метод перидуральной анальгезии позволяет быстрее сформировать и поддерживать адекватное обезболивание на необходимом уровне по сравнению с традиционными методиками перидуральной анальгезии и способствует снижению риска развития опиоиды обусловленных побочных эффектов (избыточной седации, кожного зуда и диспепсических явлений) по сравнению с инфузионной и болюсной ПА.

Ключевые слова: Боль, перидуральная анальгезия, послеоперационный период, интенсивная терапия.

L.R. Dostiev, Z.N. Nabiev, Z.K. Fathulloev

PERIDURAL ANALGESIS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD WITH ABDOMINAL INTERVENTIONS

SI “Republican Scientific Clinical Center of Pediatrics and Children’s Surgery”

Aim: A comparative study of the results of treatment of acute postoperative pain after abdominal interventions based on epidural analgesia.

Materials and methods: 96 patients (mean age 42.13 ± 2.1 years) who underwent surgery on the abdominal organs who were in the early postoperative period under treatment in the intensive care unit of the National Medical Center of the Republic of Tatarstan for the period 2014-2018 were examined.

Results and its discussions. A criterion for the effectiveness of postoperative analgesia is considered to be a decrease in the intensity of the pain syndrome of more than 3 points out of 10. At the initial assessment of the strength of the pain according to YOUR after extubation at rest and during coughing, no significant intergroup differences were revealed.

Conclusion: The method of epidural analgesia allows you to quickly form and maintain adequate analgesia at the required level compared to traditional methods of epidural analgesia and helps to reduce the risk of opioids due to side effects (excessive sedation, skin itching and dyspeptic symptoms) compared with infusion and bolus peridural analgesia.

Key words: pain, epidural analgesia, postoperative period, intensive care.

Актуальность. Боль — это локализованное или общее неприятное ощущение тела или комплекс ощущений, которое вызывает легкий или тяжелый физический дискомфорт и эмоциональное расстройство и обычно является результатом телесного расстройства (например, травмы или болезни) и подразделяют на острую и хроническую. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (The International Association for the Study of Pain (IASP)), острая (преходящая) боль, обусловленная острым заболеванием, травмой, переломом и прекращающаяся по мере выздоровления и заживления ран; хроническая (персистирующая) - это боль связана с длительно существующим патологическим процессом или посттравматическим состоянием, как: артрит, рак, невралгия, головная боль, она продолжается от 1-3 мес. до многих лет [5, 6, 8].

У пациентов, перенесших операционные вмешательства, боль является одним из основных причин, определяющих состояние больного после операции и способствующих развитию осложнений, в связи с этим устранение боли в послеоперационном периоде является основной задачей интенсивной терапии (ИТ).

Необходимо отметить, что в вопросах анальгезии в анестезиологии достигнут определенный

успех и внедрение новых препаратов для анальгезии в анестезиологическом обеспечении в послеоперационном периоде. Несмотря на это проблема анестезиологического обеспечения в послеоперационной анальгезии остается дискуссионными, особенно у больных с хирургическим сепсисом и дисфункцией органов и систем. В последние два десятилетия существенно возрос интерес к проблеме послеоперационной боли и методам борьбы с ней, что обусловлено появлением современных эффективных методов анальгезии и осознанием роли адекватного обезболивания в послеоперационной реабилитации пациентов, особенно с высокой степенью риска оперативного вмешательства [3, 4].

Недавние исследования показывают, что достижения в области анестезии и послеоперационной анальгезии могут повлиять на послеоперационный исход [6, 7]. Эпидуральная анестезия и анальгезия могут уменьшить или устранить периоперационные физиологические реакции стресса на операцию и, таким образом, уменьшить хирургические осложнения и улучшить результаты.

Цель исследования: Сравнительное изучение результатов лечения острой послеоперационной боли после абдоминальных вмешательств на основе перидуральной анальгезии.

Материалы и методы исследования. На базе

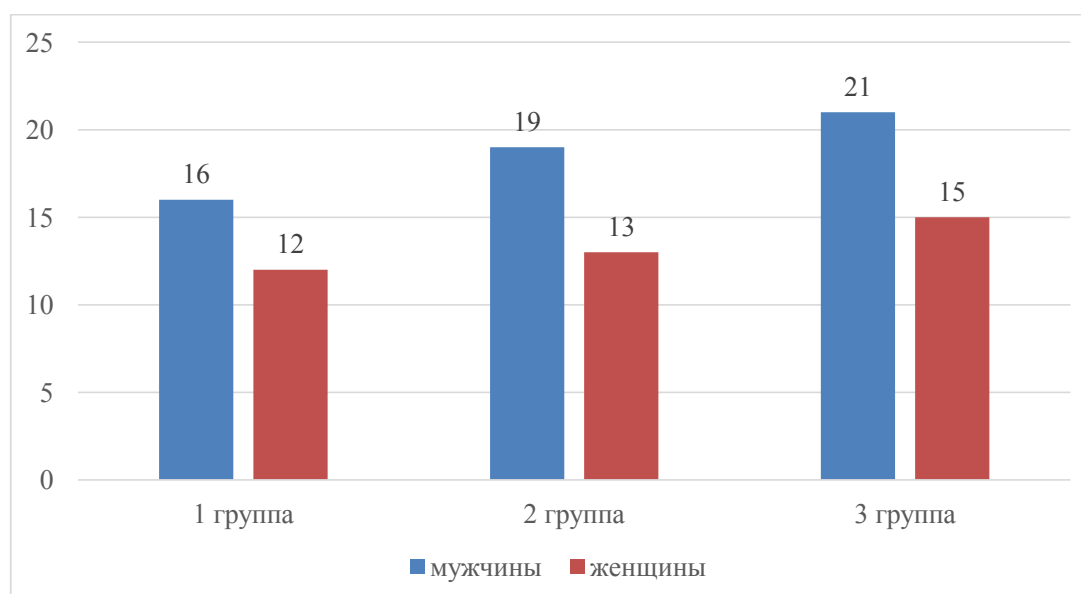


Рис. 1. Половозрастная характеристика больных

ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» МЗ и СЗН РТ, за период 2014-2018гг обследовано 96 пациентов (средний возраст $42,13 \pm 2,1$ года), перенесших хирургические вмешательства на органах брюшной полости, находившихся в раннем послеоперационном периоде на лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Все обследуемые больные были разделены на три группы в зависимости от варианта проводимого перидурального обезболивания: 1 группа – $n=28$, с целью купирования болевого синдрома перидуральное обезбоживание проводилось по

методу анальгезии, контролируемой пациентом, с использованием программируемых шприцевых насосов, 2 группа – $n=32$ послеоперационная анальгезия проводилась болюсными введениями местного анестетика и опиоида через заданные временные интервалы и по требованию пациента и пациентам 3 группы $n=36$ обезбоживание проводилось в виде постоянной перидуральной инфузии раствора местного анестетика и опиоида.

Половозрастная характеристика, тяжесть и характер хирургического вмешательства, а также вид и частота сопутствующей патологии у всех обследуемых пациентов были идентичны.

Таблица 1

Виды перидуральной анальгезии в зависимости от характера оперативного вмешательства

Вид операции	1 – группа, $n=28$, (%)	2 – группа, $n=32$, (%)	3 – группа, $n=36$, (%)	Общее количество больных
Разрыв печени	8 (8,3%)	6 (6,3%)	9 (9,4%)	23 (24%)
Разрыв кишечника	5 (5,2%)	7 (7,2%)	8 (8,3%)	20 (20,7%)
Операции на поджелудочной железе	3 (3,1%)	4 (4,2%)	3 (3,1%)	10 (10,4%)
Перитонит аппендикулярный	2 (2,1%)	4 (4,2%)	3 (3,1%)	9 (9,4%)
Холецистэктомия	6 (6,3%)	5 (5,2%)	6 (6,3%)	17 (17,8%)
Спленэктомия	2 (2,1%)	3 (3,1%)	3 (3,1%)	8 (8,3%)
Перфорация язвы желудка	2 (2,1%)	3 (3,1%)	4 (4,2%)	9 (9,4%)
Всего	28 (29,2%)	32 (33,3%)	36 (37,5%)	96 (100%)

Примечание: % - от общего количество больных

Как видно из табл. 1, экстренное оперативные вмешательства проведено у 67 (69,8%) больных. Проведение экстренное хирургических вмешательство требует от специалистов оценки всех параметров гемодинамики до и после процедуры, так как без учета этих данных нарастает послеоперационные осложнения.

Перидуральную анальгезию (ПА) проводилось с помощью эпидурального катетера «Б.Браун (ПЕРИФИКС)» Германия, оснащенные антибактериальными фильтрами. В качестве местного анестетика для продленной ПА у всех пациентов использовали 0,125% раствор бупивакаина. Адювантом к нему добавлялся 0,1% раствор промедола. Тест-доза местного анестетика – 4 мл 0,25% раствора бупивакаина проведена после закрепления катетера и проведения аспирационной пробы.

Пациентам I группы режим введения препаратов применялся следующий образом: начальная доза определялась выраженностью болевого синдрома и составляла 4-6 мл анальгетической смеси, болюс-доза – 4 мл, период закрытия – 20-30 минут, поддерживающая доза – 2 мл/час, максимальная безопасная программируемая 6-часовая

доза промедол определялась как 5 мг [3]. Больным 2 группы послеоперационная ПА осуществлялась в режиме болюсных введений местного анестетика и опиоида через заданные временные интервалы и по требованию пациента. С данной целью использовался 0,125% раствор бупивакаина (10-15 мг через 2-3 часа) и промедол 0,07-0,08 мг/кг (обычно 5 мг) через 12 часов. При нужде, по требованию больного перидурально вводились дополнительные болюсы промедола по 1 мг в 3 мл физиологического раствора. Пациентам 3 группы ПА проводилась в виде постоянной инфузии промедол (100 мкг/мл) в 0,125% растворе бупивакаина. Скорость введения 5-10 мл/час. С целью оценки качества проводимой анальгезии применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ) – по 100-миллиметровой линейке, больными определялось интенсивность боли в покое и во время движения (при кашле и повороте в постели). В течении первых 3 часов после восстановления ясного сознания, каждый час измерялась сила боли, после того, через 6, 12 и 24 часа. Также оценивали показатели сердечно-сосудистой системы (ЧСС и неинвазивное АД), ЧДД, SpO_2 , PaO_2 , $PaCO_2$ и степень седации в дина-

мике, выраженность побочных эффектов паранаркотических веществ и частоту их возникновения (возникновение опиоид обусловленной рвоты и тошноты, развитие кожного зуда, задержки мочи).

Статистическая обработка материалов проводилась на ПО Microsoft Office: Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждения.

Снижение интенсивности болевого синдрома более 3 баллов из 10 считается критерием эффективности проводимой послеоперационной анальгезии. При исходной оценки силы боли по шкале ВАШ после экстубации в состоянии покоя и при кашле достоверных межгрупповых отличий не было выявлено.

Во всех группах исследования динамика снижения болевого синдрома в покое была достоверной на протяжении всего времени наблюдения, и через 3 часа от момента начала обезболивания соответствовала основному критерию адекватности анальгезии. Независимо от того, что на первых порах все три режима послеоперационной ПА позволяют адекватно контролировать болевой синдром после лапаротомного вмешательства в покое, на этапах 6, 12 и 24 часов от момента начала обезболивания интенсивность боли у больных 1 группы, получавших ПА была ниже, чем у больных 2 и 3 группы. После 3 и 6 часов от начала анальгетической терапии достоверных отличий между значениями по шкале ВАШ в исследуемых группах в состоянии покоя не наблюдалось, что в свою очередь демонстрирует о равном послеоперационной ПА потенциале формирования сенсорной блокады для сравниваемых режимов. Во всех трех исследуемых группах достоверное снижение интенсивности боли при кашле по сравнению с исходными значениями наблюдалось с 3 часов от начала обезбоживания, и у больных 1 группы к 12 часам достигая максимума (снижение в 4 раза), и к 24 часам у больных 2 и 3 группы (снижение значений шкалы

ВАШ в 2 и 3 раза соответственно).

Время, когда отмечалось снижение интенсивности болевого синдрома при кашле до значений, меньших 30 мм, составило $5,6 \pm 0,3$ часов у пациентов с перидуральной анальгезией и $5,9 \pm 0,2$ часа у пациентов с постоянной инфузией и достоверно не различалось между группами. У пациентов с болюсным введением препаратов в перидуральное пространство степень выраженности боли при кашле по ВАШ на протяжении всего периода наблюдения сохранялась выше 30 мм в отличие от групп с анальгезией и постоянной инфузией, что требовало дополнительного введения промедола больным в этой группе.

Проведенное исследование показало отсутствие нарушений парциального содержания кислорода и углекислого газа в артериальной крови. А также анализе суточной динамики метаболических показателей КШС (рН крови, АВ истинный бикарбонат и ВЕ избыток оснований). Статистически значимые различия у исследуемых групп больных были выявлены только по уровню гликемии.

Таким образом можно судить о большей эффективности анальгезии и постоянной перидуральной инфузии по сравнению с методикой дискретного введения препаратов в перидуральное пространство, что подтверждается рядом работ зарубежных и отечественных авторов [1, 3, 7], которые подтверждают достоинства ПА, контролируемой пациентом.

Дозы бупивакаина и промедола, которые потребовались для адекватного контроля над болью в первые 24 часа послеоперационного периода, при ПА были достоверно ниже, чем при стандартной методике. Максимальная суточная доза бупивакаина в группе с перидуральной АКП равнялась 167,5 мг, минимальная – 137,5 мг, в группе с болюсным введением препаратов – 190 мг и 130 мг соответственно, и в группе, где использовалась режим

Таблица 2

Показатели газового состава и КОС крови у больных

Показатель	После операции через 3 часа			На 1 – сутки после операции		
	1 - группа, n=28	2 - группа, n=32	3 - группа, n=36	1 - группа, n=28	2 - группа, n=32	3 - группа, n=36
pH	$7,35 \pm 0,01$	$7,37 \pm 0,02$	$7,38 \pm 0,01$	$7,37 \pm 0,01$	$7,37 \pm 0,02$	$7,39 \pm 0,02$
PaO ₂ , мм рт. ст.	$78,5 \pm 1,3$	$75 \pm 2,4$	$80 \pm 1,5$	$85,6 \pm 2,2^*$	$89,3 \pm 2,3^*$	$88,4 \pm 2,1^*$
PaCO ₂ , мм рт. ст.	$38,3 \pm 1,0$	$39,6 \pm 1,0$	$38,4 \pm 1,1$	$37,3 \pm 1,1$	$38,3 \pm 1,0$	$39,3 \pm 0,9$
AB, ммоль/л	$23,6 \pm 0,6$	$22,4 \pm 0,4$	$23,6 \pm 0,5$	$22,8 \pm 0,9$	$23,7 \pm 0,5$	$23,2 \pm 0,9$
BE, ммоль/л	$-2,7 \pm 0,4$	$-2,0 \pm 0,3$	$-1,8 \pm 0,5$	$-2,9 \pm 0,5$	$-2,7 \pm 0,6$	$-2,4 \pm 0,6$
SpO ₂	$92,1 \pm 2,0$	$92,8 \pm 1,5$	$91,8 \pm 1,3$	$95,3 \pm 1,5$	$96,2 \pm 1,5$	$94,8 \pm 2,0$

Примечание: статистически достоверные различия * p<0.05

инфузионной перидуральной анальгезии – 198,75 и 148,75 мг бупивакаина соответственно. Наименьшая суточная потребность в морфине отмечалась в группе, где для послеоперационной анальгезии использовалась перидуральная анальгезия. Максимальная суточная доза промедола, необходимая для купирования болевого синдрома в группе с перидуральной АКП составила 12,6 мг, минимальная – 9,2 мг. В группе с болюсным введением препаратов – 16,0 мг и 12,0 мг, и в группе, где использовалась режим инфузионной перидуральной анальгезии, 15,1 мг и 11,0 мг соответственно. Данные, полученные нами, подтверждают результаты работы Lubenow и соавт. [3], которые показали, что расход опиоидов при перидуральной АКП в сравнении с постоянной инфузией препарата в эпидуральное пространство при более эффективном купировании боли был меньше.

При использовании метода ПА и постоянной перидуральной инфузии не наблюдалась случаев избыточной седации больных, тогда как при болюсном введении препаратов наблюдалась в 12,9% случаях, причем в одном из них для ликвидации гиповентиляции (частота дыхания ниже 8 в минуту) потребовалось однократное внутривенное введение 400 мкг налоксона. Седация в сочетании с гиповентиляцией центрального генеза, как правило, связана с высокими дозами морфина, использование которого было наиболее высоким у пациентов данной группы. В группе с перидуральной анальгезией диспептических явлений не наблюдалось (достоверные отличия с группой с болюсной перидуральной анальгезией). Аналогично в группе с болюсным ведением препаратов отмечено больше случаев опиоид-индуцированного кожного зуда. Практически на долю каждого пятого больного данной группы отмечали появление зуда (отличия достоверны в сравнении с группой). Катетеризация мочевого пузыря в следствии задержки мочи отмечена у 6,5% больных 2 группы и у 2,7% больных 3 группы инфузионной анальгезии. У больных первой группы не отмечалось задержки мочи. Следовательно, полученные данные свидетельствуют о большей безопасности перидурального обезболивания опиоидами в режиме постоянной инфузии и анальгезии.

Выводы:

1. Применение ПА, контролируемой пациентом позволяет достоверно и в более короткий срок сформировать адекватное обезболивание при меньших дозах местных анестетиков и адъювантов

2. Метод ПА снижает частоту побочных эф-

фектов, вызываемых добавлением к местным анестетикам опиоидных анальгетиков

3. ПА позволяет быстрее сформировать и поддерживать адекватное обезболивание на необходимом уровне по сравнению с традиционными методиками ПА

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-8 см. REFERENCES)

1. Ефременко И.В. Анализ эффективности изолированного и сочетанного назначения неопиоидных анальгетиков и адъювантов при различных хирургических вмешательствах / И.В. Ефременко, А.М. Овечкин, М.Я. Красносельский // Регионарная анестезия и лечение острой боли. - 2015. - №3. – С. 19-28.

2. Исраилова В.К. Особенности обезболивания в раннем послеоперационном периоде у больных после обширных операций на органах брюшной полости / В.К. Исраилова, Г.К. Айткожин, Е.Г. Ли и др. // Вестник хирургии Казахстана. - 2011. - №4 (28). – С. 89-92.

3. Молчанов И.В. Практические аспекты послеоперационной анальгезии / И.В. Молчанов, Н.Е. Буров, Н.Н. Пулина // Клиническая практика. - 2012. - №1. – С. 65-73.

4. Никода В.В. Современные технологии обезболивания: применение контролируемой пациентом анальгезии при острой послеоперационной боли / В.В. Никода, Р.Б. Маячкин, Б.М. Прохоров // Клиническая и экспериментальная хирургия. - 2016. - №3 (13). – С. 44-50.

5. Рахматова Р.А. Перидуральная анальгезия при комбинированной анестезии у детей раннего возраста / Р.А. Рахматова, Ш.С. Ганиев, Х.Р. Кодиров // Материалы V съезда педиатров и детских хирургов Таджикистана с международным участием. - 2010. - С. 272-275.

REFERENCES

1. Yefremenko I.V. Analiz effektivnosti izolirovannogo i sochetannogo naznacheniya neopiodnykh analgetikov i adyuvantov pri razlichnykh khirurgicheskikh vmeshatelstvakh [Analysis of the effectiveness of isolated and combined prescription of non-opioid analgesics and adjuvants in various surgical interventions] Regionarnaya anesteziya i lecheniye ostroy boli - Regional anesthesia and treatment of acute pain. - 2015. - №3. - P. 19-28.

2. Israilova V.K. Osobennosti obezbolivaniya v rannem posleoperatsionnom periode u bolnykh posle obshirnykh operatsiy na organakh bryushnoy polosti [Features of anesthesia in the early postoperative period in patients after extensive operations on the abdominal organs] Vestnik khirurgii Kazakhstana - Bulletin of sur-

gery of Kazakhstan - 2011. - №4 (28). – P. 89-92.

3. Molchanov I.V. Prakticheskiye aspekty posleoperatsionnoy analgezii [Practical aspects of postoperative analgesia]. Klinicheskaya praktika - Clinical practice. - 2012. - №1. – P. 65-73.

4. Nikoda V.V. Sovremennyye tekhnologii obezbolivaniya: primeneniye kontroliruyemoy patsiyentom analgezii pri ostroy posleoperatsionnoy boli [Modern technologies of anesthesia: the use of patient-controlled analgesia in acute postoperative pain]. Klinicheskaya i eksperimentalnaya khirurgiya - Clinical and experimental surgery. - 2016. - №3 (13). – P. 44-50.

5. Rakhmatova R.A. Periduralnaya analgeziya pri kombinirovannoy anestezii u detey rannego vozrasta [Peridural analgesia with combined anesthesia in young children]. Materialy V syezda pediatrov i detskikh khirurgov Tadzhikistana s mezhdunarodnym uchastiyem - Materials of the V Congress of Pediatricians and Pediatric Surgeons of Tajikistan with international participation. - 2010. - P. 272-275.

6. Johns N, O'Neill S, Ventham NT and other. Clinical effectiveness of transversus abdominis plane (TAP) block in abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2012 Oct;14(10):e635-42. doi: 10.1111/j.1463-1318.2012.03104.x. PMID: 22632762.

7. Wu Y, Liu F, Tang H. and other. The analgesic efficacy of subcostal transversus abdominis plane block compared with thoracic epidural analgesia and intravenous opioid analgesia after radical gastrectomy. Anesth Analg. 2013 Aug;117(2):507-13. doi: 10.1213/ANE.0b013e318297fcee. Epub 2013 Jun 6. PMID: 23744953.

8. Youssef N, Orlov D, Alie T. and other. What epidural opioid results in the best analgesia outcomes and fewest side effects after surgery? a meta-analysis of randomized controlled trials. Anesth

Anal. 2014 Oct;119(4):965-77. doi: 10.1213/ANE.0000000000000377. PMID: 25126704.

ХУЛОСА

Л.Р. Достиев, З.Н. Набиев, З.Қ. Фатхуллоев

АНАЛГЕЗИЯ И ПЕРИДУРАЛӢ ДАР ДАВРИ БАӢДИЧАРРОӢИ НАМУДИ АБДОМИНАЛӢ

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши муқоисавии натиҷаҳои табобати дарди шадиди пас аз ҷарроҳӣ дар асоси бедардкунии эпидуралӣ.

Маъвод ва услубҳои тадқиқот. Омӯзиши 96 нафар беморон (синни миёнаи 42,13±2,1 сола), ки дар узвҳои шикам ҷарроҳӣ шудаанд, ки дар шӯъбаи эҳғарӣ ва беҳисгардонии Маркази миллии тиббӣ дар солҳои 2014-2018 тахти табобат қарор гирифтанд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Меъёри самаранокии аналгезии ҷарроҳӣ коҳиши шиддатнокии синдроми дард аз 3 то 10 ҳисобида мешавад. Ҳангоми баҳодиҳии ибтидоии қобиляти дард мувофиқи ВАШ пас аз баҳогузори дар вақти истироҳат ва ҳангоми сулфа фарқияти назарраси гурӯҳҳо маълум нагардид.

Хулоса. Усули бедардкунии эпидуралӣ ба имкон медиҳад, ки дар муқоиса бо усулҳои анъанавии бедардкунии эпидуралӣ дар сатҳи зарурӣ бедардкуниро ташкил ва нигоҳ дорад ва ба коҳиш додани ҳавфи оризаҳоро аз таъсири тарафҳо паст мекунад.

Калимаҳои асосӣ: дард, аналгезияи перидуралӣ, ҳолати баъдиҷарроҳӣ, табобати интенсивӣ.

УДК 616.381 – 002.5

Ф.И. Махмадов^{1,2}, М.С. Асоев², М.М. Умаров, Ш.А. Абдуназаров

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

¹ГУ “Городской медицинский центр №1 им. Ахмедова Карима”

²ГОО Таджикиский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Махмадов Фарух Исроилович – директор ГУ “Городской медицинский центр №1 им. Ахмедова Карима”, д.м.н.; +992 900 75 44 90; E-mail: fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения абдоминальных форм туберкулеза.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 106 больных, находившиеся на лечение по поводу абдоминального туберкулеза. В первую группу вошли 60