

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

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

ХУЛОСА

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

АНАЛГЕЗИЯ ПЕРИДУРАЛЙ ДАР ДАВРИ БАЪДИЧАРРОХИИ НАМУДИ АБДОМИНАЛЙ

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

Мавод ва услубҳои тадқиқот. Омӯзиши 96 нафар беморон (синни миёнаи $42,13\pm2,1$ сола), ки дар узвҳои шикам ҷарроҳӣ шудаанд, ки дар шуъбаи эҳёгарӣ ва беҳисгардонии Маркази миллии тиббӣ дар солҳои 2014-2018 таҳти табобат қарор гирифтанд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Меъёри самаранокии аналгезии ҷарроҳӣ коҳиши шиддатнокии синдроми дард аз 3 то 10 ҳисобида мешавад. Ҳангоми баҳодиҳии ибтидоӣ қобилияти дард мувофиқи ВАШ пас аз баҳогузорӣ дар вакти 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, аналгезия периудуралӣ, ҳолати баъдичарроҳӣ, 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”

²ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Махмадов Фарух Исройлович – 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, находившихся на лечение по поводу абдоминального туберкулеза. В первую группу вошли 60

(56,6%) больных, которым произведены лапароскопические вмешательства, во вторую группу - 46 (43,4%) больных, лечившиеся традиционными открытыми вмешательствами. Диагноз АТ поставлен на основании анализа жалоб, данных анамнеза, объективного осмотра, лабораторного и инструментального методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно клинико-морфологическим критериям самой часто встречаемой формой оказалось экссудативная форма 30 (28,3%). Экссудативно-слипчивая форма подтверждена в 25(23,6%) наблюдений при помощи видеолапароскопии, и 28(26,4%) - при лапаротомии. Казеозно-язвенная форма выявлено у 6 пациентов основной группы и у 3 пациентов контрольной группы. Послеоперационное осложнение отмечено у 3 (5,0%) больных основной группы, на против 6 (13,0%) у контрольной группы.

Выводы. Видеолапароскопия в неотложных ситуациях позволяет уменьшить время установления окончательного диагноза на 60%, и снизить количество неблагоприятных исходов у больных с АТ на 45%.

Ключевые слова: абдоминальный туберкулез, диагностика, компьютерная томография, видеолапароскопия.

F.I. Makhmadov^{1,2}, M.S. Asoev², M.M. Umarov, Sh.A. Abdunazarov

EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC TREATMENT OF ABDOMINAL TUBERCULOSIS

¹ State institution “Istiklol health complex”

² Department of Surgical Diseases №1 Avicenna Tajik State Medical University

Makhmadov Farukh Isroilovich - deputy director of the state institution “Istiklol Health Complex” for medical work; Ph.D. +992 900 75 44 90; fmakhmadov@mail.ru

Aim. To improve the results of diagnosis and surgical treatment of abdominal forms of tuberculosis using video laparoscopy.

Material and methods. The work is based on the analysis of the results of the diagnosis and treatment of 106 patients who were on treatment for AT. Patients were divided into two groups. The first group included 60 (56.6%) patients who underwent laparoscopic interventions, the second group - 46 (43.4%) patients treated with traditional open interventions. There were 48 men (45.3%), and 58 women (54.7%). The diagnosis of abdominal tuberculosis is based on the analysis of complaints, anamnesis, objective examination, laboratory, and instrumental methods of examination.

Results and discussion. According to clinical and morphological criteria, the most common form was the exudative form 30 (28,3%). The exudative adhesive form was confirmed in 25(23,6%) of cases with video laparoscopy, and in 28 (26,4%) cases with laparotomy. The caseous-ulcerative form was detected in 6 patients of the main group and in 3 patients of the control group. Postoperative complications were noted in 3 (5.0%) patients of the main group, in 6 (13.0%) patients of the control group.

Conclusions. Video-laparoscopy in emergencies can reduce the time to establish a final diagnosis by 60%, and reduce the number of adverse outcomes in patients with AT by 45%.

Keywords: abdominal tuberculosis, diagnosis, computed tomography, video laparoscopy.

Актуальность. За последнее десятилетие заболеваемость населения в Средней Азии всеми формами туберкулеза остается стабильно высокой. При этом наблюдается рост внелегочных, в частности абдоминальных форм, что в некоторых регионах достигает до 12% [6, 9]. Распознавание абдоминального туберкулеза из-за нечеткости и полиморфизма клинических признаков, а также хронического, волнообразного течения заболевания сопряжено со значительными диагностическими трудностями [1-3]. Отклонение диагноза абдоминального туберкулеза на основании отрицательных результатов туберкулиновых проб и отсутствия патологических теней на обзорной рентгенограмме брюшной полости - довольно распространенная ошибка не только врачей общей практики, но и фтизиатров.

Тем не менее, почти у половины больных туберкулезом внелегочной локализации обнаруживаются запущенные формы болезни, а в 25-50% случаев больные получают инвалидность, что говорит об очень плохой выявляемости данной патологии [11].

О поздней выявляемости абдоминального туберкулеза, связанной с диагностическими трудностями, пишут авторы [1], констатируя, что абдоминальный туберкулез в 21% наблюдениях диагностировали при лапароскопии. Однако в клинической практике все чаще встречаются осложненные формы абдоминального туберкулеза (АТ), требующие неотложного хирургического вмешательства по поводу перитонита, перфорации язв кишечника, кишечной непроходимости, кишечных кровотечений, абсцессов брюшной полости [7, 10].

Согласно данным ВОЗ среди всех жителей земного шара инфицированность туберкулезом наблюдается у 1,7 миллиардов человек, при этом свыше 2,5 млн. людей каждый год погибает от данной патологии, которая, занимая лидирующее место среди причин летального исхода от инфекционных заболеваний [3, 4, 7].

Решение проблемы диагностики абдоминального туберкулеза и его осложнений обеспечивает выбор рациональной тактики лечения, сводит до минимума количество диагностических и тактических ошибок и пробных лапаротомий. В этом направлении наиболее прогрессивным является применение эндоскопических методов диагностики и лечения, в частности, лапароскопии [2, 6]. В связи, с чем актуальность проблемы улучшения результатов хирургического лечения абдоминального туберкулеза послужила основанием для настоящего исследования.

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

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений 106 больных, находившиеся на лечение по поводу абдоминального туберкулеза на базе хирургических отделений Городской клинической больницы скорой медицинской помощи и Государственного учреждения «Медицинский комплекс Истиклол» города Душанбе за период с 2013 по 2018 годы.

Для объективной оценки результатов хирургического лечения АТ пациенты были условно разделены на две группы. В основную группу вошли 60 (56,6%) больных с АТ, которым произведены лапароскопические вмешательства. Во контрольную группу были включены 46 (43,4%) больных, лечившиеся традиционными открытыми вмешательствами.

Возраст пациентов варьировал от 19 до 79 лет. Подавляющее большинство больных с АТ были лица трудоспособной возрастной категории от 19 до 50 лет - 91,7%. Среди исследованных больных было 48 (45,3%) мужчин и 58 (54,7%) женщин. Сбор данных анамнеза позволил выявить, что продолжительность заболевания АТ составила от нескольких месяцев до 3 лет. В основном, группу больных (n=33), которым продолжительность АТ составило до 3 месяцев, составили пациенты с осложненными формами АТ. Продолжительность выше 3 месяцев составили пациенты с неосложненными формами АТ.

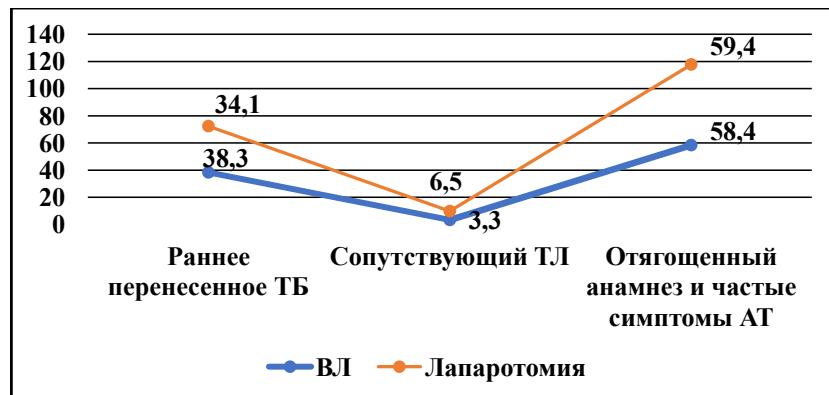
При видеолапароскопии использовали введение 3 троакаров при внутрибрюшном давлении 9 – 12 мм.рт.ст. Методика операции заключалась в видеолапароскопической ревизии органов брюшной полости брюшины, кишечника, печени, брыжейки, сальника, органов малого таза с забором материала для гистологического, цитологического, иммуно-гистохимического исследования, полимеразной цепной реакции и люминесцентной микроскопии, оценки распространенности туберкулезного поражения органов брюшной полости.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ «Statistica 6.0» for Windows (StatSoft® Inc, США, 2001) и SPSS 13 0 for Windows. Количественные величины описывались в виде среднего значения (M) и его стандартной ошибки (m), для относительных величин вычислялись доли (%). Парные сравнения независимых количественных величин выполнялись по U-критерию Манна-Уитни, относительных величин - по критерию χ^2 и точному критерию Фишера. Множественные количественные сравнения независимых величин проводились с помощью ANOVA Краскела-Уоллиса, множественные качественные сравнения выполнялись по Q-критерию Кохрена. Уровень значимости принимался при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Самыми часто встречающимися жалобами пациентов были потеря аппетита - 103 (97,2%) пациентов, общая слабость у 103 (97,2%) пациентов, различные по интенсивности и характера боли в животе 101 (95,3%) случаев и наличие асцита - 105 (99,0%).

Частой патологией, под «маской» которой пациенты поступали в хирургические отделения, являются перитонит неясной этиологии, 44 (41,5%) случая, острый аппендицит - 23 (21,7%) и острая кишечная непроходимость - 15 (14,2%). Следовательно, указанные патологии протекали в виде полиорганного АТ с участием кишечника, брюшины, внутрибрюшных лимфатических узлов, и в ряде случаев - с вовлечением органов дыхания (n=5), выявленный при экстренных оперативных вмешательствах.

В исследуемом нами материале, основной и специфической этиологией АТ (58,4% и 59,4% соответственно) явилась, предшествующая картине «острого» живота, длительный отягощенный анамнез, общие симптомы интоксикации, боли в животе, потеря веса, потеря аппетита и т.д. Раннее перенесенная туберкулезная инфекция в сравниваемых группах (основной и контрольной) составило



Диагр. 1. Специфическая этиология абдоминального туберкулеза

соответственно 38,3% и 34,1%. А в 3,3% и 6,5% случаев у сравниваемых групп сопутствовал туберкулез легких.

При УЗИ брюшной полости у всех пациентов выявлялось наличие свободной жидкости, умеренное раздутье петель кишечника и снижение перистальтики.

При туберкулезном асците видны мелкие перегородки, эхогенные обломки. Эти перегородки обусловлены высоким содержанием фибрина в экссудативной асцитической жидкости. Утолщение и узловатость париетальной и местами висцеральной брюшины являлись дополнительными признаками АТ.

Рентгенологически у 32 (30,2%) пациентов определялся локальный спазм, спастический дефект наполнения, задержка бариевой взвеси в подвздошной либо слепой кишке, «вздыбленность» петель тонкой кишки и сегментарное расширение петель кишечника. В 21 наблюдениях КТ показала себя как наиболее эффективный дополнительный

лучевой метод визуализации для оценки внутрипросветной патологии и степени распространения болезни. В 3 наблюдениях наличие кальцификации в лимфатических узлах при отсутствии известной первичной опухоли, установила туберкулезногого генеза лимфаденита. Туберкулез печени и селезенки (n=5) при КТ проявлялся в виде крошечных очагов низкой плотности, широко распространенные по всему органу.

В тканях брыжейки отмечаются полнокровие сосудов, отек и явления хронического воспалительного процесса, которые представлены лимфо-плазмоцитарными инфильтратами и скоплениями макрофагов.

При патоморфологическом исследовании макропрепарата у больных АТ зачастую выявляются специфические гранулемы с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса. А в близлежащие ткани, особенно в брыжейке тонкого кишечника, определяются явления хронического воспалительного процесса, состоящий из лимфо-плазмоцитарных

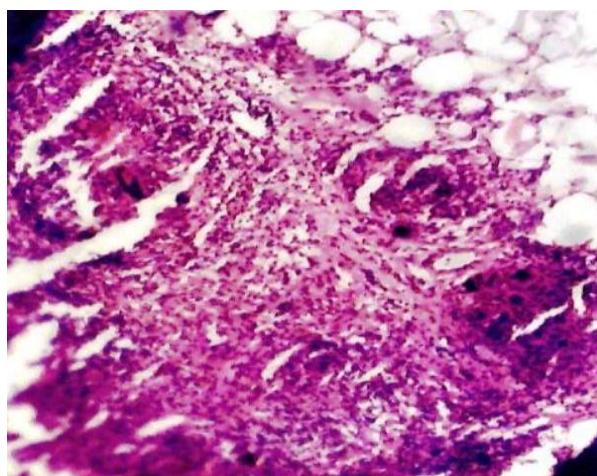


Рис. 1. Гистологическая картина ткани брыжейки при туберкулезе. Окраска гематоксилин-эозином. Микропрепарат. Ув. x 100.

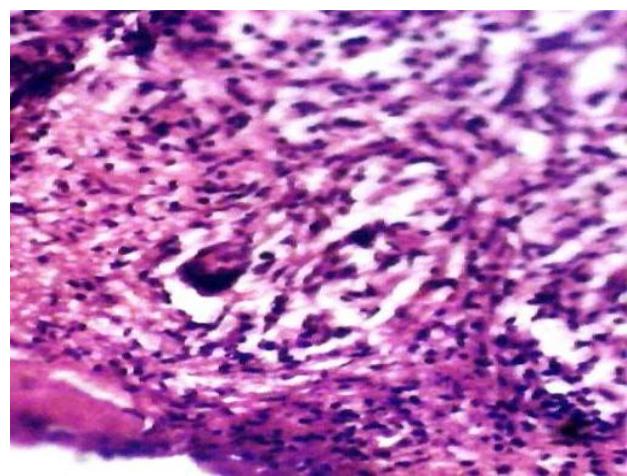
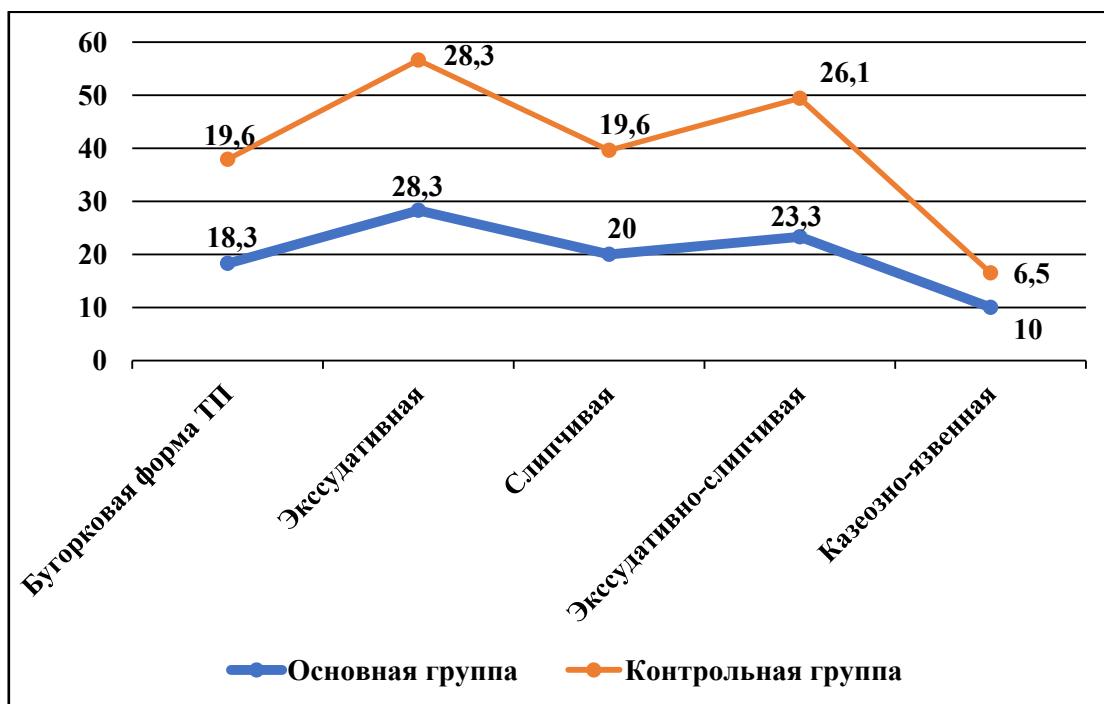


Рис. 2. Гистологическая картина ткани брыжейки при туберкулезе. Окраска гематоксилин-эозином. Микропрепарат. Ув. x 150.



Диагр. 2. Распределение больных туберкулезного перитонита, согласно клинико-морфологическим критериям

инфилтратов и скопления макрофагов, формирование эпителиоидных клеток и очаговые некротические изменения. Особенность гранулем зависела от типа АТ, т.е. при бугорковой форме АТ встречалась преимущественно гранулема продуктивного типа, а при казеозно-язвенной - преимущественно альтеративного типа.

При проведении видеолапароскопии (у основной группы) и лапаротомии (у контрольной группы) были выявлены различные формы туберкулезного перитонита (диагр. 2). Согласно клинико-морфологическим критериям самой часто встречаемой формой оказалось эксудативная форма 30 (28,3%). Эксудативно-слипчивая форма подтвержден в 25 (23,6%) наблюдений при помощи видеолапароскопии, и 28 (26,4%) - при лапаротомии. Казеозно-язвенная форма выявлено у 6 пациентов основной группы и у 3 пациентов контрольной группы.

При бугорковой форме туберкулезного перитонита (n=11) у основной группы пациентов, воспаления видеолапароскопически характеризовались наличием бугорковых высыпаний на брюшине. При этой форме типично клинически острое течение, высокая лихорадка, выраженная интоксикация и абдоминальная. Отчетливо выявляются симптомы раздражения брюшины, в связи, с чем возникает экстренная необходимость в оперативных вмешательствах.

При эксудативном туберкулезном перитоните (n=17), определялся увеличение живота в объеме, наличие свободной жидкости в брюшной полости, а симптомы раздражения брюшины сглажены.

При слипчивом туберкулезном перитоните (n=12), являющемся осложнением туберкулеза других органов брюшной полости, чаще всего - мезентериальных лимфатических узлов и кишечника, перитонит лапароскопически характеризовалась наличием висцеро-висцеральных и висцеро- pariетальных спаек. Эти пациенты поступили в клинику с картиной острой кишечной непроходимости.

Спайки чаще (n=10) оказались распространенные, множественные, висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные, формирующие конгломераты из петель кишечника, иногда с участием сальника и спаивающие все органы брюшной полости в единый конгломерат. Реже развивался (n=2) ограниченный спаечный процесс, фиксирующий петли кишечника к передней брюшной стенке, к брыжейке, и приводящий к явлениям частичной кишечной непроходимости. У 6 пациентов основной группы казеозно-язвенная форма перитонита протекала наиболее тяжело, что характеризовалось очагами казеозного некроза и язв различных размеров, как на париетальном, так и на висцеральном листке брюшины.

При эксудативно-слипчивом перитоните (n=14) макроскопически определяется осумкован-



Рис. 3. Эндофото. Фиксирующая петля тонкого кишечника к передней брюшной стенке



Рис. 4. Эндофото. Экссудативно-слипчивый перитонит. Наличие казеозных масс в брюшной полости

ный экссудат и наличие казеозных масс в брюшной полости (рис. 4).

Закономерно, что при АТ возбудитель заболевания выявляется в асцитической жидкости довольно редко. Из 60 пациентов основной группы все анализы с асцитической жидкости, оказались отрицательными. Тогда как при видеолапароскопии визуализировалось гиперемия, утолщение и «тусклость» брюшины. В 57 (95,0%) наблюдений при видеолапароскопии воспалительные изменения характеризовались желтовато-белыми просо-видными высыпаниями - бугорками, размерами 2-5 мм, и в ряде случаев с наложением фибрин. Туберкулезные бугорки на висцеральной брюшине отличались множественностью, на париетальном - в виде скоплений на ограниченных участках.

При проведении гистологического исследования у всех (n=60) больных основной группы обнаруживались специфические гранулемы с гигантскими клетками Пирогова-Лангханса.

У 6 пациентов с казеозно-язвенным туберкулезным перитонитом лапароскопически отмечено наличие бугорков с казеозными массами, язв диаметром до 5-7 мм, расположенных на париетальном и висцеральном листках брюшины, а также наличие висцеро-париетальных спаек.

Гистологически во всех полученных биоптатах в участках утолщенной и инфильтрированной брюшины, сальника, и в бугорках обнаруживались специфические гранулемы, преимущественно продуктивного типа, а при казеозно-язвенной - преимущественно альтеративного типа.

Мы солидарный с мнениями большинство авторов [6, 7], что видеолапароскопическое УФО брюшины способствует быстрейшему разрешению специфического поражения брюшины, и его сочетание со специфической антибактериальной терапией позволяет достичь полного излечения

пациентов в 90,4% наблюдений.

По данным разных авторов [9, 10], при АТ чувствительность и специфичность видеолапароскопии составляет 95% и 93,1% соответственно. Она позволяет выполнить прицельную и безопасную биопсию пораженных тканей и включает элементы диапевтики.

В послеоперационном периоде все больные получали симптоматическую терапию. Контрольные дренажи удалялись на 2 сутки послеоперационного периода, после предварительного проведения контрольного УЗИ. Послеоперационное осложнение отмечено у 3 (5,0%) больных основной группы, на против 6 (13,0%) у контрольной группы. Учитывая специфичность процесса, все больные, для стабилизации общего состояния и дальнейшего лечения, переводились в специализированные центры.

Выводы: 1. У 90,6% больных АТ в париетальной брюшине выявляются типичные признаки туберкулезного воспаления, в виде бугорков, гранулем и более крупных очагов с казеозным некрозом и выраженными фиброзными изменениями.

Видеолапароскопия в неотложных ситуациях позволяют уменьшить время установления окончательного диагноза на 60%, и снизить количество неблагоприятных исходов у больных с АТ на 45%.

Включение видеолапароскопии в алгоритм диагностики АТ, обеспечивает возможность безопасного и малоинвазивного проведения диагностики, у больных с тяжелыми сопутствующими патологиями, со специфичностью 94% и чувствительностью – 98%.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 12-13 см. REFERENCES)

1. Ахмедов С.М. Новый антисептик «Декасан» в

- лечение распространенного перитонита / С.М. Ахмедов [и др.]. // Здравоохранение Таджикистана. – 2009. – №1(300). – С. 30 – 35.
2. Белобородов В.А. Клиника, диагностика и лечение абдоминального туберкулеза в ургентной хирургии/ В.А. Белобородов, А.П. Фролов. // *Acta biomedical scientifica*. – 2017. – №6(2). – С.82-85.
3. Белобородов В.А. Абдоминальный туберкулез в ургентной хирургии / В.А. Белобородов [и др.]. // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск. – 2016. – №2. – С.79-82.
4. Кульчавеня Е.В. Внелегочной туберкулез – вопросов больше, чем ответов / Е.В. Кульчавеня, И.И. Жукова // Туберкулёт и болезни лёгких. – 2017. - №2 (95). – С.59-63.
5. Мальцев Р.В. Видеолапароскопия в диагностике и оценке эффективности лечения больных туберкулезом органов брюшной полости / Р.В. Мальцев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – №3. – С. 27-30.
6. Сангинов А.Б. Хирургические методы лечения легочных и внелегочных форм туберкулеза / А.Б. Сангинов [и др.]. // Вестник Авиценны. –2018. – №20 (2-3). – С.276-280.
7. Сараев А.Р. Хирургическая тактика при распространенном перитоните / А.Р. Сараев, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. – №4. – С. 84 – 92.
8. Скопин М.С. Особенности клинической картины и диагностики осложненных форм туберкулеза органов брюшной полости / М.С. Скопин [и др.]. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – №9. – С.32-40.
9. Смотрин С.М. Хирургические осложнения абдоминального туберкулеза / С.М. Смотрин, Б.Л. Гаврилик // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – №3. – С.69-70.
10. Цинзерлинг В.А. Современные подходы к морфологической диагностике туберкулеза / В.А. Цинзерлинг, М.М. Агапов // Туберкулёт и болезни лёгких. – 2017. – №2 (95). – С.7-12.
11. Чикаев В.Ф. Особенности диагностики и лечения туберкулезного перитонита / В.Ф. Чикаев и соавт.// Практическая медицина. – Казань. – 2014. – №4 (2). – С.156-159.
- urgent surgery]. *Acta biomedical scientifica*, 2017, No. 6 (2), pp. 82-85.
3. Beloborodov V. A. Abdominalnyy tuberkulez v urgentnoy khirurgii [Abdominal tuberculosis in urgent surgery]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*, 2016, No. 2, pp. 79-82.
4. Kulchavenna E. V. Vnelegochnoy tuberkulez – voprosov bolshe, chem otvetov [Extrapulmonary tuberculosis - there are more questions than answers]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2017, No. 2 (95), pp. 59-63.
5. Maltsev R. V. Videolaparoskopiya v diagnostike i otsenke effektivnosti lecheniya bolnykh tuberkulezom organov bryushnoy polosti [Video-laparoscopy in the diagnosis and assessment of the effectiveness of treatment of patients with tuberculosis of the abdominal organs]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2009, No. 3, pp. 27-30.
6. Sanginov A. B. Khirurgicheskie metody lecheniya legochnykh i vnelegochnykh form tuberkuleza [Surgical treatments for pulmonary and extrapulmonary tuberculosis]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2018, No. 20 (2-3), pp. 276-280.
7. Saraev A. R. Khirurgicheskaya taktika pri rasprostranennom peritonite [Surgical tactics for advanced peritonitis]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2019, No. 4, pp. 84 – 92.
8. Skopin M. S. Osobennosti klinicheskoy kartiny i diagnostiki oslozhnennykh form tuberkuleza organov bryushnoy polosti [Features of the clinical picture and diagnosis of complicated forms of tuberculosis of the abdominal organs]. *Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh - Problems of tuberculosis and lung disease*, 2008, No. 9, pp. 32-40.
9. Smotrin S. M. Khirurgicheskie oslozhneniya abdominalnogo tuberkuleza [Surgical complications of abdominal tuberculosis]. *Zhurnal Grodzenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta - Journal of Grodno State Medical University*, 2011, No. 3, pp. 69-70.
10. Tsinzerling V. A. Sovremennye podkhody k morfologicheskoy diagnostike tuberkuleza [Modern approaches to morphological diagnosis of tuberculosis]. *Tuberkulyoz i bolezni lyogkikh - Tuberculosis and lung disease*, 2017, No. 2 (95), pp. 7-12.
11. Chikaev V. F. Osobennosti diagnostiki i lecheniya tuberkuleznogo peritonita [Features of diagnosis and treatment of tuberculous peritonitis]. *Prakticheskaya meditsina – Practical medicine*, 2014, No. 4 (2), pp. 156-159.
12. Smith B. M. Adverse events associated with treatment of latent tuberculosis in the general population. *Canadian Medical Association Journal*, 2011, No. 183 (3), pp. 173-9.
13. Yunaev M. Abdominal tuberculosis: an easily forgotten diagnosis. *ANZ Journal of Surgery*, 2011, No. 81 (7-8), pp. 559-560.

REFERENCES

1. Akhmedov S. M. Novyy antiseptik «Dekasan» v lechenie rasprostranennogo peritonita [New antiseptic “Dekasan” in the treatment of generalized peritonitis]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2009, No. 1 (300), pp. 30 – 35.
2. Beloborodov V. A. Klinika, diagnostika i lechenie abdominalnogo tuberkuleza v urgentnoy khirurgii [Clinic, diagnosis and treatment of abdominal tuberculosis in

ХУЛОСА

**Ф.И. Маҳмадов, М.С. Асоев, М.М. Умаров,
Ш.А. Абдуназаров**

САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ ЛАПАРОСКОПИИ СИЛИ ШИКАМ

Мақсади тадқиқот. Беҳтаргардонии натиҷаҳои ташхис ва табобати ҷарроҳии сили шикам, бо истифодаи видеолапароскопия.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси таҳдили натиҷаҳои ташхис ва табобати 106 бемор, ки бо ташхиси сили шикам бистарӣ гаштаанд, гузаронида шудааст.

Бо назардошти баҳои аниқ додан ба натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ, беморони сили шикам ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи асосӣ 60 (56,6%) бемор шомил гашт, ки онҳо амалиётҳои лапароскопӣ гузаронида шуданд, гурӯҳи назоратӣ - 46 (43,4%) бемор, ки бо намуди кушода амалиёт гузаронида шудаанд. Мавриди ташхиси сили шикам шикоятҳои бемор, анамнез, муоинаи объективӣ, ташхисҳои лабораторӣ ва инструменталӣ ба назар гирифта шуданд.

Натиҷаҳо. Бемориҳо, ки бо “никоби” он аз ҳама зиёдтар ба шуъбаҳои ҷарроҳӣ бистарӣ мегар-

данд, ин перитонити сабабаш номаълум 44(41,5%), аппендитсити шадид 23(21,7%) ва ногузарогии шадиди рӯдаҳо 15 (14,2%) мебошанд.

Дар баробари ташхиси ултрасадо ва ТК, усули гистологӣ дар ташхиси сили шикам вазифаи калидиро мебозад. Тибқи меъёрҳои клиники-морфологӣ, шакли аз ҳама маъмул экссудативӣ 30 (28,3%) мебошад. Шакли экссудативио-частпиш дар 25 (23,6%) ҳолатҳо бо усули видеолапароскопӣ муайян гардида, дар 28 (26,4%) - мавриди лапаротомия. Шакли қазеозио-решӣ дар 6 бемори гурӯҳи асосӣ ва 3 бемори гурӯҳи назоратӣ муайян карда шуд. Дар 6 бемори шакли қазеозио-решии перитонити силӣ бо усули лапароскопӣ пораҳои дорон массаҳои қазеозӣ, решҳои андозаашон то 5-7 мм, ки дар сифоқпардаҳои париеталӣ ва виссералӣ, ҳамзамон лиҳомҳои виссеро-париеталӣ муайян карда шуданд. Оризаҳои баъди ҷарроҳӣ дар 3 (5,0%) ҳолат гурӯҳи асосӣ ва 6 (13,0%) ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ ба назар расид.

Хулоса. Амалиёти видеолапароскопия дар ҳолатҳои таъчилий имконияти коҳиш додани вақти ташхиси ниҳоиро дар 60% муҳаёӣ намуда, миқдори натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобати беморони сили шикамро то 45% коҳиш медиҳад.

Калимаҳои калидӣ: сили шикам, ташхис, томографияи компьютерӣ, видеолапароскопия.

УДК 616.921.8-153.2-08

М.Дж. Маджонова, Н.М. Ходжаева, Г.М. Саидмурадова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С КОКЛЮШЕМ

Кафедра детских инфекционных болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Ходжаева Нигина Муродовна - доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Цель исследования. Оценка клинико-иммунологической эффективности иммуномодулирующих препаратов в комплексной лечении коклюша у детей.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 144 детей с момента рождения до 17 лет с диагнозом коклюш, которые в зависимости от метода терапии были разделены на 4 группы. Первая группа больных получила только базисную терапию, остальные группы в дополнение к базисной терапии получили иммуномодуляторы направленного действия.

Результаты исследования и их обсуждение. При сравнительной оценке частоты встречаемости основных симптомов коклюша в группе больных, находившихся на иммунотерапии, было установлено положительная динамика по сравнению с группой детей, находившихся на базисной терапии. В периоде разгаря болезни (до лечения) показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных всех групп достоверно не отличались между собой. В периоде реконвалесценции, у всех групп больных, получавших иммуномодуляторы, показатели клеточного и гуморального звена иммунитета имели тенденцию к повышению, за исключением IgG, который был повышен во всех группах.

Заключение. Таким образом, применение иммунотропных препаратов в терапии коклюша у детей, по-