

ХУЛОСА

А.А. Азизов, Ф.Х. Сафедов, Ш.А. Бадалов,
Д.Р. Магзумов, Б.А. Азизов

НАЗАРИ ЗАМОНАВӢ ДАР БОРАИ ПРОБЛЕМАИ ОМИЛӢОИ ХАВФИ НЕФРОЛИТИАЗИ ОРИЗАНОК ДАР КӢДАКОН

Мақсади тадқиқот. Барои баланд бардоштани самаранокии пешгирӣ ва метафилактикаи нефролитиази мураккаб дар кӯдакон.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаҳо. Муайян кардани таъсири омилҳои хавф, аз қабилӣ: синну соли кӯдакон, вариантҳои нефролитиаз (яктарафа, дучониба, танҳои, сершумор, марҷонӣ, обструктивӣ), марҳилаҳои КП, КГ, БМГ, пионефроз ва паранефрит, марҳилаҳо, ҳаҷм ва усулҳои

ҷарроҳӣ дар заминаи нефропатияи дисметаболикӣ-дисплазияи паренхимии гурдаҳо вобаста аст.

Бо омӯзиш ва таҳлили омилҳои хавф дар 152 беморони гирифтори нефролитиази мураккаб, ки этиопатогенез, ҳаҷми ҷарроҳӣ, ҳатогиҳо ҳангоми ҷарроҳӣ ва омилҳои пайдоиши санги такрориро дар бар мегирад, мо таснифи клиникӣ омилҳои хавфро таҳия намуда, ба фаъолияти илмӣ амалии духтурон ворид карда шудааст.

Хулоса. Аҳамияти омилҳои хавфи нефролитиази мураккабро ҷамъбаст намуда, бояд аз маҷмӯи омилҳои хавфи этиопатогенетикӣ, клиникӣ ва лабораторӣ, реконструктивӣ, барқарорсозӣ ва пешгӯӣ, ки сифати ҳаёти кӯдакони гирифтори нефролитиазро беҳтар мекунад, баромад кардан лозим аст.

Калимаҳои калидӣ: Нефролитиази оризанок, омилҳои хавф, пешгӯӣ, барқарорсозӣ, муоинаи тиббӣ.

УДК 617-089:616.36-006-08-039.76

doi: 10.52888/0514-2515-2023-359-4-10-15

С.М. Ахмадзода, Б.Д. Сафаров, Д.М. Курбонов, А.С. Саидмуродов, С.А. Назуров

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Ахмадзода Саидилхом Мухтор – д.м.н., профессор, руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ, Тел.: +992(37)2360183. E-mail: gkbsmp2004@mail.ru

Цель исследования. Определить прогностическую ценность инструментальных методов исследования в диагностике осложненных злокачественных форм очаговых поражений печени.

Материал и методы исследования. Проанализирован опыт лечения 112 больных с первичными и вторичными опухолевыми поражениями печени. Жизнеугрожающее осложнение, в виде спонтанного разрыва опухолевого узла с возникновением массивного внутрибрюшного кровотечения и ракового перитонита, отмечено в 32 (28,5%) наблюдениях. У 26 (23,2%) больных наблюдались клинико-эхографические признаки угрозы развития данного осложнения.

УЗИ и КТ семиотика разрыва опухолевого узла включала в себя признаки гемоперитонеума, фокального гетерогенного образования с наличием околопеченочной гематомы, активную экстравазацию контрастного вещества и очаговую прерывистость контура печени в месте прилегания очагового образования.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто размеры опухолевого узла превышали 8,0 см. (у 65% больных). Протрузия опухоли через поверхность печени, отмечена нами в 23 (39,6%) случаях. Инвазия опухоли в соседние органы и ткани была отмечена у 16 (27,5%) больных. Очаги флелотромбозов, преимущественно в системе печеночных вен, выявленные при эхдоплерографии сосудов печени, имели место у 12 (20,6%) больных.

Заключение. Предикторами спонтанного разрыва опухолевого узла могут быть: размер образования более 5 см; протрузия опухоли через печеночную поверхность; флелотромбозы опухолевыми массами, с последующим повышением интрамурального давления; внепеченочная инвазия опухоли в соседние органы и ткани.

Ключевые слова. осложнения очаговых поражений печени, размеры опухолевого узла, протрузия и инвазия опухоли, флелотромбоз.

S.M. Ahmadzoda, B.D. Safarov, D.M. Kurbonov, A.S. Saidmurodov, S.A. Nazurov

PROGNOSTIC VALUE OF INSTRUMENTAL RESEARCH METHODS IN THE DIAGNOSIS OF COMPLICATED FORMS OF LIVER MALIGNANT TUMORS

State Institution "Institute of Gastroenterology" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan.

Ahmadzoda Saidilhom Mukhtor - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Liver and Pancreas Surgery of the State Institution "Institute of Gastroenterology" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan, Tel.: +992(37)2360183. E-mail: gkbsmp2004@mail.ru

Objective: To determine prognostic value of instrumental methods in the diagnosis of complicated forms of malignant forms of focal liver lesion.

Material and methods: The experience of treating 112 patients with primary and secondary tumor lesions of the liver was analyzed. Life-threatening complications, such as spontaneous rupture of the tumor node leading to massive intraperitoneal bleeding and cancerous peritonitis, were noted in 32 (28.5%) cases. Clinical and echographic signs of the threat of this complication developing were observed in 26 (23.2%) patient. Ultrasound (US) and CT semiotics of the tumor node rupture included signs of hemoperitoneum, focal heterogeneous formation with the presence of perilesional hematoma, active extravasation of contrast medium, and focal discontinuity of the liver contour at the site of the focal formation.

Results and discussion: Most often, the size of the tumor node exceeded 8.0 cm (in 65% of patients). Protrusion of the tumor through the liver surface was noted in 23 (39.6%) cases. Invasion of the tumor into adjacent organs and tissues was observed in 16 (27.5%) patients. Sites of phlebothrombosis, predominantly in the system of hepatic veins, detected by echo-Dopplerography of liver vessels, were present in 12 (20.6%) patients.

Conclusion: Predictors of spontaneous rupture of the tumor node may include: size of the formation more than 5 cm; protrusion of the tumor through the liver surface; phlebothrombosis by tumor masses, leading to increased intramural pressure; extraliver invasion of the tumor into adjacent organs and tissues.

Keywords: complications of focal liver lesion, size of the tumor node, tumor protrusion and invasion, phlebothrombosis.

Актуальность. Проблема хирургического лечения очаговых поражений печени (ОПП) представляет весьма сложную задачу и, в большей степени, это соотносится к неудовлетворительным результатам лечения первичных и вторичных опухолевых поражений печени. Особую нишу у этого контингента больных занимают их осложненные формы, которые в подавляющем числе случаев носят жизнеугрожающий характер [1, 2, 6]

Одним из жизнеугрожающих осложнений ОПП опухолевого генеза является спонтанный разрыв опухолевого узла, с развитием внутрибрюшного кровотечения и геморрагического шока, который встречается у 3–15% больных с гепатоцеллюлярной карциномой. Разрывы ангиосарком печени, наряду с массивным кровотечением, приводят к распространенному перитониту. Развитие этих осложнений, в подавляющем большинстве случаев, требует неотложного оперативного вмешательства. Выбор хирургического пособия, направленный на спасение жизни больного, предусматривает либо марлевую тампонаду места разрыва, либо резекцию печени, что в 20% случаев может закончиться смертью больного на операционном столе.

Показатели послеоперационной смертности, даже у больных без выраженных структурных и функциональных изменений печени, остаются достаточно высокими и, даже в специализированных клиниках, достигают 25–75%. Наиболее частая причина смерти в острый период возникновения осложнения остается печеночная недостаточность (12–42%) [3, 5-7].

К сожалению, вопросы диагностического алгоритма, выработка своевременной и адекватной хирургической тактики у этой, крайне тяжелой, категории больных остаются дискуссионными [1, 4].

Цель исследования. Определить прогностическую ценность инструментальных методов исследования в диагностике осложненных злокачественных форм очаговых поражений печени.

Материал и методы исследования. Данное сообщение базируется на опыте диагностики и хирургического лечения 112 больных с первичными и вторичными опухолевыми поражениями печени, пролеченных в гепатохирургическом отделении ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ, за период 2010-2022 гг. Возраст больных варьи-

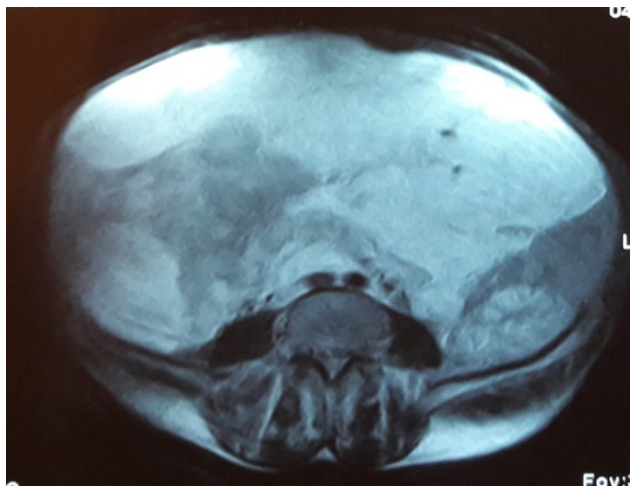


Рисунок 1. Эхограмма больного с разрывом опухоли левой доли печени и признаками гемоперитонеума.

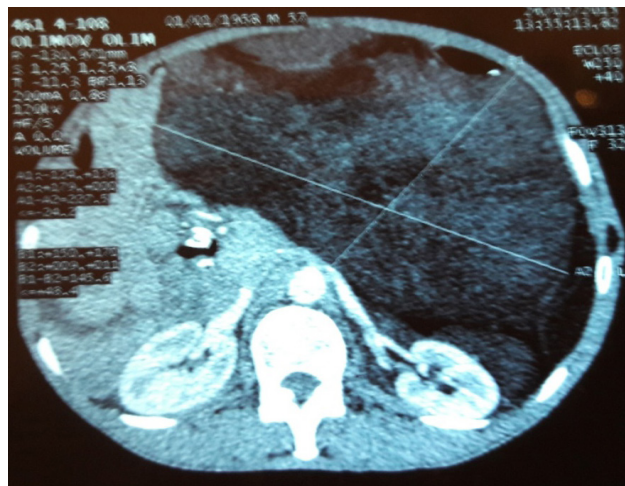


Рисунок 2. КТ- картина больного с распадом и разрывом опухоли правой доли печени.

рожал от 35 до 73 лет (средний возраст $42 \pm 10,3$ года). Отмечено преобладание мужчин (79 (71%)), в сравнении с женщинами, в соотношении 3:1. У 85 (76,3%) больных выявлена гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), в остальных 27 (23,7%) наблюдениях – метастазы колоректальной и желудочной карциномы. Правосторонняя локализация процесса имела место у 71 (64,4%), левосторонняя – у 26 (23%) и двухсторонняя – у 15 (22,6%) больных. Осложненное течение заболевания, в виде спонтанного разрыва опухолевого узла или его явной угрозы, выявлено у 58 (51,7%) больного.

Жизнеугрожающее осложнение, в виде спонтанного разрыва опухолевого узла с возникновением массивного внутрибрюшного кровотечения и ракового перитонита, отмечено в 32 (28,5%) наблюдениях. У 26 (23,2%) больных наблюдались клинико-эхографические признаки угрозы развития данного осложнения.

Уместно отметить, что у 24 больных из этой группы диагностирован разрыв ГЦК и только в 8 наблюдениях разрывы вторичных опухолевых поражений печени.

При развитии осложнений, из 32 больных в 26 (80%) случаях, клиническая картина манифестировалась спонтанным развитием болей в верхнем этаже живота, признаками разлитого или ограниченного перитонита, наличием выраженных симптомов тяжелого внутрибрюшного кровотечения со снижением уровня показателей системной гемодинамики и красной крови. Причем, клинические проявления осложнения были более выражены у больных, с продолжающимся кровотечением.

Геморрагический шок той или иной степени выраженности имел место у 19 (59,3%) больных. Постгеморрагическая анемия различной степени

тяжести отмечалась практически во всех случаях развития осложнения.

Всем больным при поступлении urgently выполняли УЗИ органов брюшной полости, что позволяло выявить опухоль печени, ее локализацию, размеры, наличие разрыва, определить жидкостные скопления и их объемы.

УЗИ и КТ семиотика разрыва опухолевого узла включала в себя признаки гемоперитонеума, фокального гетерогенного образования с наличием околочеченочной гематомы, активную экстравазацию контрастного вещества и очаговую прерывистость контура печени в месте прилегания очагового образования. В свою очередь, такие признаки УЗИ и КТ, как размер образования более 5 см, протрузия опухоли через печеночную поверхность, инвазия опухоли в соседние органы и ткани, наличие очагов флеборомбоза, преимущественно в системе печеночных вен, могли объективно рассцениваться как предикторы возникновения осложнений. (табл 1).

При относительно стабильном состоянии больных, отсутствии признаков разрыва опухоли печени, тяжелых симптомах внутрибрюшного кровотечения, распространенного перитонита, 32 (55,2%) больным была выполнена КТ или МРТ, с целью уточнения распространенности опухолевого процесса, инвазии магистральных внутрипеченочных сосудов и нижней полой вены, т.е. производили определение признаков угрозы разрыва опухоли печени.

В сложных диагностических случаях 11 (18,9%) больным с целью уточнения характера жидкостных скоплений (кровь, желчь, асцит, инфицированная жидкость), по показаниям, проводили лапароскопию.

Таблица 1

УЗИ и КТ-признаки осложнений у больных с ОПП опухолевого генеза

УЗИ и КТ-признаки осложнений ОПП опухолевого генеза	Больные с развившимися осложнениями	Больные с угрозой развития осложнений	Всего
1. Гемоперитонеум.	+ 26	–	26 (44,8%)
2. Наличие гетерогенного образования с околопечечной гематомой.	+32	–	32 (55,2%)
3. Очаговая прерывистость контура в месте прилегания образования.	+18	–	18 (31%)
4. Экстравазация контраста.	+11	–	11 (18,9%)
5. Размеры образования более 5 см (5-18 см).	+20	+15	35 (60,3%)
6. Протрузия опухоли через печеночную поверхность.	+13	+10	23 (39,6%)
7. Инвазия опухоли в соседние органы и ткани.	+6	10	16 (27,5%)
8. Очаги флеботромбозов в системе печеночных вен.	+7	+5	12 (20,6%)

В 9 (15,5%) случаях, при трудностях верификации, наличия или отсутствия угрозы разрыва опухоли печени и эвакуации перитонеальной жидкости, выполняли диагностическую лапароскопию.

Размеры опухолевого узла варьировали от 5,0 до 18 см (n=8,2), причем разрывы опухоли наиболее часто имели место у больных, где размеры узла превышали 8,0 см. Протрузия опухоли через диафрагмальную или висцеральную поверхность печени отмечена нами в 23 (39,6%) случаях. Инвазия опухоли в соседние органы и ткани (диафрагму, желудок, ДПК, правую почку и надпочечник) отмечено у 16 (27,5%) больных. Очаги флеботромбозов, преимущественно в системе печеночных вен, выявленные при эхоплерографии сосудов печени, имели место у 12 (20,6%) больных.

22 больным с местно-распространенным раком печени, осложненным разрывом опухоли и массивным внутрибрюшным кровотечением, сразу после поступления были отправлены в операционную

и экстренно оперированы – т.е. по жизненным показаниям. В 10 наблюдениях, при местно-распространенном раке, осложненным разрывом печени и разлитым перитонитом, придерживались аналогичной тактике. У 26 больных, с признаками угрозы разрыва опухолевого узла, подтвержденной УЗИ, СКТ или МРТ, резекцию печени выполняли в ближайшие 1–3 дня.

Оперативное пособие оказано всем 58 (51,7%) больным с осложненным течением заболевания. Анатомические резекции печени были выполнены 42 больным (72,4%): ППГЭ – 17, РППГЭ – 9, ЛПГЭ – 10 и РЛПГЭ – 6. Атипичные резекции 4-х сегментов осуществлены 16 (27,6%) больным.

Для обеспечения адекватного гемо- и холестаза у больных, в 34 (55,1%) наблюдениях стали использовать низкую температуру жидкого азота.

Результаты исследования и их обсуждение. Летальный исход во время операции наблюдался в 9 (15,5%) случаях. Это больные с ГЦК, ослож-

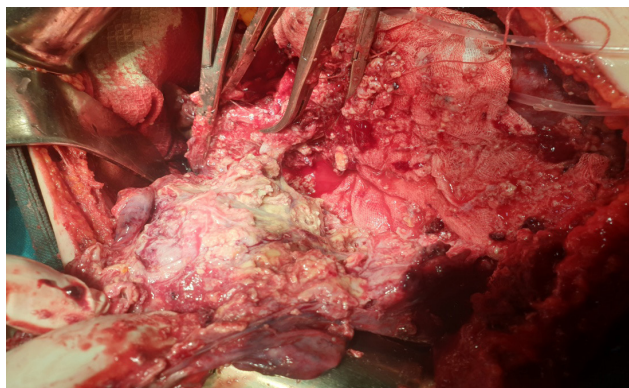


Рисунок 3. Разрыв ГЦК вследствие некроза и распада опухолевого узла.

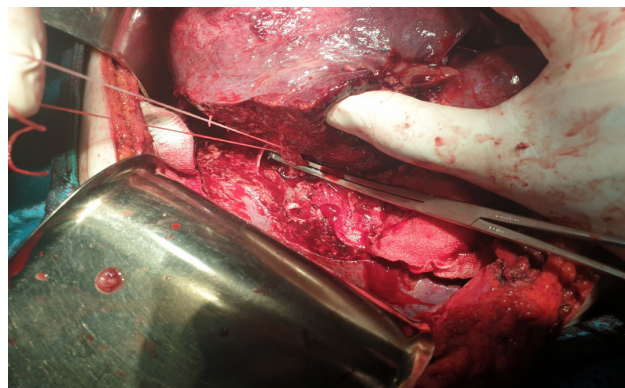


Рисунок 4. Этапы резекции печени.

ненные разрывом и распадом опухолевого узла. Основной причиной смерти больных явился некупируемый геморрагический шок и острая сердечнососудистая недостаточность.

В различные сроки послеоперационного периода летальный исход встречался еще в 7 (12%) случаях, преимущественно от ранней послеоперационной печеночной недостаточности (5), тромбоэмболических осложнений (1), тяжелого абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности (1).

Общая послеоперационная летальность у этой тяжелой категории больных составила 27,5%.

В отдаленные сроки после операции трехлетняя выживаемость составила 27 (48,7%) случаев, а пятилетняя выживаемость – 16 (28%) больных.

Обсуждение. В контексте хирургического лечения ОПП опухолевого генеза, осложненные формы, в подавляющем числе случаев, носят жизнеугрожающий характер и требуют выработки особой лечебной тактики. Достаточно взглянуть на их удельный вес, становится понятным, что все лечебные мероприятия, направленные на их устранение, крайне ограничены временными рамками и носят жизнеспасающий характер.

Одним из жизнеугрожающих осложнений ОПП опухолевого генеза является спонтанный разрыв опухолевого узла, с развитием внутрибрюшного кровотечения и геморрагического шока, который встречается у 3–15% больных с гепатоцеллюлярной карциномой

Интраоперационное использование низких температур жидкого азота с целью окончательного гемо- и холестаза перспективно, заметно снижает частоту послеоперационных осложнений и летальности.

Наш опыт согласуется с предыдущими сообщениями о том, что предикторами спонтанного разрыва опухолевого узла могут быть размер образования более 5 см, протрузия опухоли через печеночную поверхность, флеботромбозы опухолевыми массами, с последующим повышением интрамурального давления и внепеченочная инвазия опухоли в соседние органы и ткани.

Выводы. Предикторами спонтанного разрыва опухолевого узла могут быть: размер образования более 5 см; протрузия опухоли через печеночную поверхность; флеботромбозы опухолевыми массами; внепеченочная инвазия опухоли в соседние органы и ткани.

Обширные резекции печени при жизнеопасных осложнениях местно-распространенного рака

печени в urgentном или срочном порядке, остаются операцией выбора и носят жизнеспасающий характер.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-7 см. в REFERENCES)

1. Альперович Б.И. Паллиативные резекции печени с применением криодеструкции у больных, повторно оперированных по поводу альвеококкоза / Б.И. Альперович, И.С. Зайцев // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – Т. 13, № 3. – С. 25-31.
2. Ахметзянов Ф.Ш. Способы резекции печени / Ф.Ш. Ахметзянов, М.Н. Идрисов // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96, № 4. – С. 563-567.
3. Вишневский В.А. Анатомические сегментарные резекции при метастазах колоректального рака в печени / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, О.В. Паклина [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15, № 3. – С. 48-57.
4. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. – М., 2012. – 8 с.
5. Чжао А.В. Варианты резекции печени при злокачественных опухолях / А.В. Чжао, Ю.А. Коваленко, А.О. Чугунов и др. // Российский онкологический журнал. – 2013. – №5. – С. 4-8.

REFERENCES

1. Alperovich B.I., Zaytsev I.S. Palliativnye rezektsii pecheni s primeneniem kriodestruksii u bolnykh, povtorno operirovannykh po povodu alveokokkoza [Palliative liver resections with cryodestruction in patients reoperated for alveococcosis]. *Byulleten sibirskoy meditsiny - Bulletin of Siberian medicine*, 2014, Vol. 13, No. 3, pp. 25-31.
2. Akhmetzyanov F.Sh., Idrisov M.N. Spособы rezektsii pecheni [Methods of liver resection]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal - Kazan medical journal*, 2015, Vol. 96, No. 4, pp. 563-567.
3. Vishnevskiy V.A., Efanov M.G., Paklina O.V. Anatomicheskie segmentarnye rezektsii pri metastazakh kolorektalnogo raka v pecheni [Anatomic segmental resections for colorectal cancer metastases to the liver]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii - Annals of surgical hepatology*, 2010, Vol. 15, No. 3, pp. 48-57.
4. Davydov M.I., Aksel E.M. *Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG v 2009* [Statistics of malignant neoplasms in Russia and CIS countries in 2009]. Moscow, 2012. 8 p.
5. Chzhao A.V., Kovalenko Yu.A., Chugunov A.O. Varianty rezektsii pecheni pri zlokachestvennykh opukholyakh [Options for liver resection in malignant tumors]. *Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal - Annals of surgical hepatology*, 2013, No. 5, pp. 4-8.
6. Qian Zh., Jing I. Predictors and clinical outcomes for spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *gasstroenterology*, 2019, Vol. 28, No. 18 (48), pp. 7302-7307.

7. Eric C.H., Lai M.B. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Archives of surgery*, 2016, No. 141 (2), pp. 191-196.

ХУЛОСА

С.М. Ахмадзода, Б.Д. Сафаров, Д.М. Қурбонов, А.С. Саидмуродов, С.А. Назуров

АРЗИШИ ПЕШГУИИ УСУЛҲОИ ТАДҚИКОТИ ИНТРУМЕНТАЛӢ ДАР ТАШХИСИ ШАКЛҲОИ МУРАККАБИ ОМОСИ АШАДӢИ ЧИГАР.

Мақсад. Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони гирифтори шаклҳои мураккаби омози ашадӣ чигар, бо муайян кардани арзиши пешгуи усулҳои тадқиқоти инструменталӣ.

Мавод ва усулҳо. Таҷрибаи табобати 112 беморони гирифтори осеби варамҳои ибтидоӣ ва дуввуми чигар таҳлил карда шуд. Дар 32 ҳолат (28,5%) мушкилии ба ҳаёт таҳдидкунанда дар шакли канда шудани стихиявии гиреҳи варам бо пайдоиши хунравии бисёри дохили шикам ва перитонити саратон ба қайд гирифта шудааст. Дар 26 (23,2%) беморон аломатҳои клиникӣ ва эхографии

тахдиди ин мушкilot мушоҳида карда шуданд. УЗИ ва КТ-и семиотики канда шудани гиреҳи варам аломатҳои гемоперитонеум, ташаккули гетерогении фокусӣ бо ҳузури гематомаи перигепатикӣ, экстравазатсияи фаволи агенти контраст ва қатъи фокусии контури чигар дар макони ташаккули фокусиро дар бар мегирад.

Натиҷаҳо. Аксар вақт андозаи гиреҳи варам аз 8,0 см зиёд буд (дар 65% беморон). Дар 23 ҳолат (39,6%) аз ҷониби мо баромадани варам тавассути сатҳи чигар қайд карда шуд. Инвазияи варамҳо ба узвҳо ва бофтаҳои ҳамсоя - дар 16 (27,5%) беморон дида шуд. Фокусҳои флеботромбоз, асосан дар системаи рағҳои чигар, ки тавассути эходоплерографияи рағҳои чигар муайян карда шудаанд, дар 12 (20,6%) беморон ба мушоҳида мерасанд.

Хулоса. Пешгуи кандашавии гиреҳи варам метавонад андозаи ташаккули зиёда аз 5 см, баромадани варам тавассути сатҳи чигар, флеботромбози массаҳои варам, пас аз он ба баланд шудани фишори дохилимуралӣ ва ба инвазияи берун аз чигар оварда расонад. Варам ба узвҳо ва бофтаҳои ҳамсоятаъсир мерасонад.

Калимаҳои калидӣ: мушкилиҳои АКИ, андозаи гиреҳи варамҳо, баромадан ва инвазияи варамҳо, флеботромбоз.

УДК: 616.832-001-089

doi: 10.52888/0514-2515-2023-359-4-15-22

Р.Н. Бердиев, С. Наджибулло

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ТРАВМАХ СПИННОГО МОЗГА БЕЗ НАЛИЧИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Бердиев Рустам Намазович - заведующий кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992918813282.

Цель исследования. Изучить результаты применения хирургических вмешательств из переднего шейного доступа при травмах спинного мозга.

Материал и методы исследования. Были исследованы 86 пациентов со SCIWORA, которые были госпитализированы с июня 2018 г. по март 2021 г. В зависимости от методов лечения все больные были разделены на две группы - контрольную (n=38) и основную группу (n=48). В контрольной группе у больных проводилось консервативное лечение, а в основной группе выполнялась переднешейная тотальная ламинэктомия с декомпрессией, внутренней фиксацией и спондилодезом с использованием костного трансплантата.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатель JOA в основной группе больных через 6 месяцев после операции составил $14,98 \pm 2,75$, а в контрольной группе - $12,16 \pm 2,54$ ($p < 0,05$). Коэффициент улучшения индекса JOA в послеоперационном периоде в основной группе больных был выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). После операции показатели состояния здоровья, физиологических функций и ролевого физического состояния в основной группе больных составили $23,18 \pm 1,09$, $22,75 \pm 1,54$ и $22,64 \pm 1,46$ балла соответственно, что было значимо выше чем в контрольной группе $20,94 \pm 1,65$, $20,26 \pm 1,78$ и $19,56 \pm 1,82$, соответственно ($p < 0,05$).