

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

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

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

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

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

Калимаҳои калидӣ: эхинококкоз, эхинококкэктомияи лапароскопӣ, технологияи миниинвазивӣ.

УДК: 616.71-018.3+002-009.7-089

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА

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

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

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

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

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

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

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

F.G. Hojanazarov, H.J. Rahmonov, R.N. Berdiev

REOPERATION RESULTS FOR FAILED BACK SURGERY SYNDROME

Department of Neurosurgery and Concomitant Injury, Avicenna Tajik State Medical University

Khozhanazarov Fakhridin Garovboevich - graduate student of the Department of Neurosurgery and Combined Trauma at Avicenna Tajik State Medical University; Phone: +992 987-90-55-68; E-mail: faxriddinx86@mail.ru

Aim. To conduct optimization of the approach in the treatment of patients with the failed back syndrome in the lumbosacral part of the spine.

Materials and methods. 60 patients previously operated for degenerative dystrophic lesions of the lumbosacral part of the spine were studied. Among them 48 (80.0%) patients had previously been operated for disc herniation: L4-L5 level - 24 (50%) patients; L3-L4 level - 6 (12.5%) patients; L5-S1 level - 17 (35.4%) patients; S1 (2.1%) patient with spinal canal stenosis.

Results and discussion. The regress of sensitive disorders among 48 re-operated patients was not observed. According to the Japanese Orthopedic Association (JOA) scoring system in the group of patients with failed back surgery syndrome, excellent results were observed in 29 cases, good results in 17 cases, satisfactory results in 8 cases and bad results in 6 cases.

Conclusion. Conclusion. The approach in the treatment of the failed back surgery syndrome should be based on the assessment of the balance of power vectors at the systemic, organ, and segmental levels, taking into account the syndrome complex of compression, instability, and structural failure.

Keywords: pain syndrome preservation, osteochondrosis, failed back surgery syndrome.

Актуальность. Синдром оперированного позвоночника (Failed back surgery syndrome – FBSS) это хроническая или длительная боль в пояснице и/или в нижних конечностях после перенесенного успешного оперативного вмешательства на позвоночнике [3-5]. После оперативного лечения грыжи межпозвонкового диска пояснично-крестцового отдела позвоночника рецидив боли по данным разных авторов, встречается у 5-50% оперированных пациентов [1, 2].

Применение в спинальной хирургии развитых в последние годы высоко технологического оборудования позволяет в значительной степени уменьшить или сократить число пациентов с неудовлетворительными результатами первой операции [4]. При этом необходимо помнить о возможности отрицательных исходов, учитывая несостоятельность позвоночного столба с неврологическими симптомами в зоне максимального напряжения [1, 6].

В современной нейрохирургии в лечении этой патологии отмечается значительный прогресс, обусловленный внедрением в клиническую практику новых технологий, что позволяет проводить декомпрессию невральных структур и стабилизировать пораженный сегмент с учетом фронтального и сагитального баланса позвоночника [2, 3]

Цель исследования. Оптимизация тактики лечения пациентов синдромом оперированного

в пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования. Обследование больных с синдромом оперированного позвоночника проводилось на базе кафедры нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период с 2010 по 2018гг. Нами проанализированы 60 пациентов ранее прооперированных по поводу дегенеративно-дистрофических поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника. Из них: 48 (80,0%) больных ранее оперированы по поводу грыжи диска: -уровень L4-L5 24 (50%); -уровень L3-L4 6 (12,5%); -уровень L5-S1 17 (35,4%); S1 (2,1%) больной со стенозом позвоночного канала. Рубцова –спаечный фиброз оперированного позвоночника выявлены 12 (20,0%) больных. Среди обследованных больных мужчин было 34 (56,7%), женщин 26 (43,3%). Средний возраст мужчин - 41 год, женщин - 43 года.

Всем больным проводили клиничко-неврологическое обследование рентгенографии, компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) поясничного отдела позвоночника (ПОП) для выявления уровня поражения межпозвонкового диска.

Клиничко-неврологическое обследование больных включало сбор анамнеза, выяснение жалоб и оценку неврологического статуса. Практически все больные жаловались на болевой синдром. У 29 больных болевой синдром был как в поясничной

Таблица 1.

Дифференциальная диагностика при рецидиве грыжи диска и рубцово-спаечного фиброза поясничного отдела позвоночника

Симптом	Рецидив грыжи	Рубцово-спаечный фиброз
Боль в нижних конечностях	Интенсивна Постоянна Локализована	Менееинтенсивна Непостоянна Диффузна
Парестезии	Чаще не выражены	Чаще выражены
Симптом Ласега	Выражен	Не выражен

области, так и в нижней конечности, у 9 в пояснице и у 10 больных только в ноге. Поясничная боль не всегда была характерна для пациентов с нестабильностью, этот признак выявлен только у 3 больных из 10 с нестабильностью, верифицирована при динамических рентгенограммах. Мы в своих наблюдениях заметили у 9 пациентов с рубцово-спаечным фиброзе несколько отличий картины болевого синдрома в нижней конечности от больных с рецидивом грыжи. Болевой синдром при рубцово-спаечном фиброзе имел нечеткий дерматомный характер, обычно двухсторонняя интенсивность боли и их локализации были непостоянными. При клинико-неврологическом осмотре мы особое внимание уделяли двигательным и чувствительным функциям, снижению, повышению или отсутствию сухожильных рефлексов нижних конечностей, нарушениям функций органов малого таза.

Особенности клинического течения рецидива грыжи диска и рубцово-спаечного фиброза поясничного отдела позвоночника приведены в табл. 1.

У 27 пациентов была гипостезия по дерматомам L5 и S1. Среди них у 21 выявлен рецидив грыжи диска на раннее оперированном уровне и у 5 рубцово-спаечным фиброз. Обычно нарушение сухожильных рефлексов представляли собой выпадение или снижение, соответственно уровню первичного поражения.

Двигательные нарушения были у 7 пациентов:
– грубый парез разгибателей стопы – у 2;

– умеренный парез разгибателей стопы — у 4;
– умеренный парез разгибателей голени — у 1;

Симптом Ласега был положительным у 19 пациентов с рецидивом грыжи и латеральным стенозом.

Результаты исследования и их обсуждение. Нами результаты лечения больных с синдромом оперированного позвоночника оценены на системном, органном и сегментарном уровне.

Ниже проведены МРТ и КТ исследования при рецидиве грыжи межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника до и после операции (рис. 1-4).

Таким образом КТ и МРТ исследования до и в после операционном периоде при синдроме оперированного позвоночника является современным

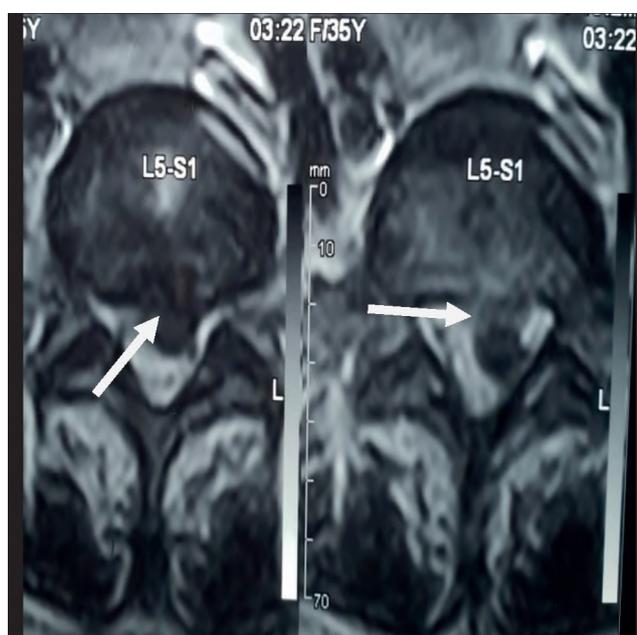


Рисунок 1. Аксиальный срез МРТ ПОП

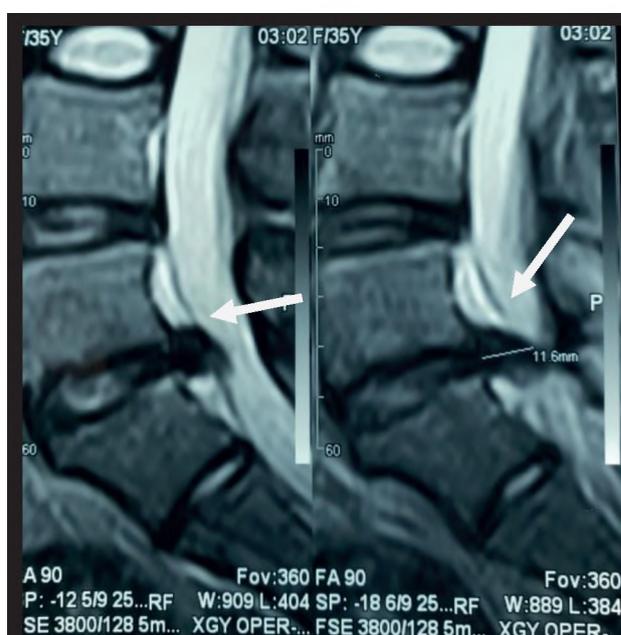


Рисунок 2. Сагитальный срез МРТ ПОП

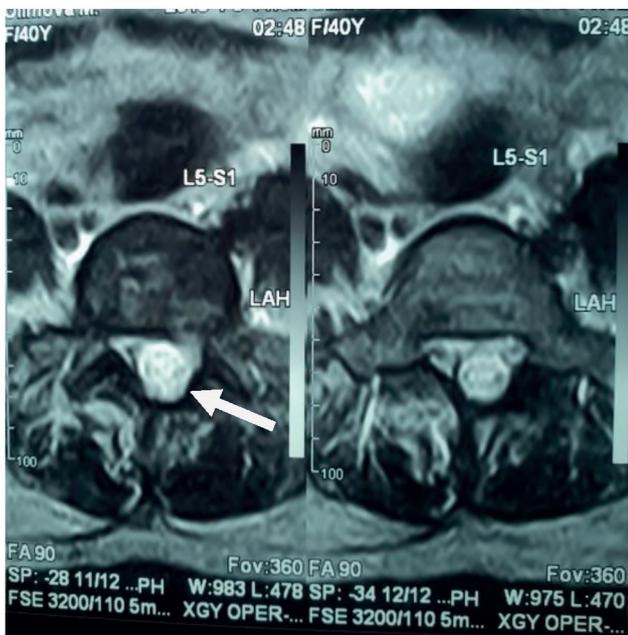


Рисунок 3. Аксиальный срез МРТ



Рисунок 4. Сагитальный срез МРТ после удаления грыжи межпоз- после удаления грыжи межпозвоночного диска ПОП; кового диска ПОП

золотым стандартом.

Регресс чувствительного нарушения из 48 повторно оперированных больных мы ни у кого не отметили. Полный регресс выявлен у 1 пациента со стенозом позвоночного канала. Явление парестезии в ночное время сохранилось у 4 больных. У 33 пациентов наступил полный регресс болевого синдрома (с рецидивом грыжи диска 26 больных, с нестабильностью 6 и у одного больного со стенозом позвоночного канала). Периодические боли в спине и нижней конечности наблюдались у 4 пациентов со стенозом, с нестабильностью у 3 и с рубцово-спаечным фиброзом у 3 больных. У

3 больных, оперированных по поводу рубцово-спаечного фиброза, картина болей не изменилась.

Применение хирургического лечения позволило восстановить величину этого показателя до нормы.

Исследования качества жизни методом Japanese Orthopaedic Association (JOA) scoring system у больных с синдромом оперированного позвоночника показали что отличный результат имел место в 29 случаях, хороший - в 17 случаях, удовлетворительный - в 8 случаях, плохой — в 6 случаях.

При обследовании больных с использованием

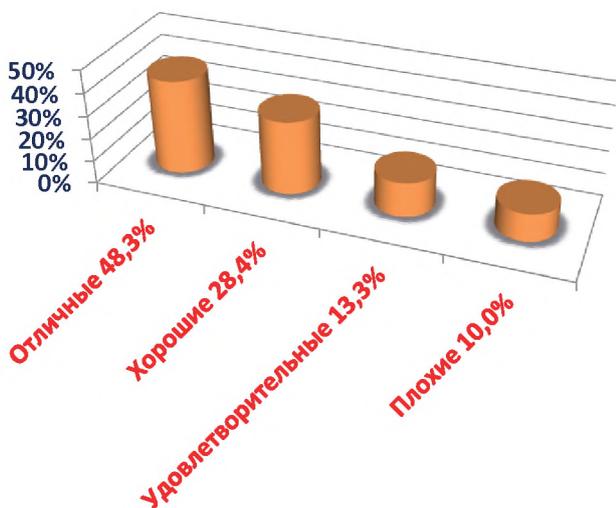


Рис 7. Распределение больных по результатам лечения (шкала JOA)

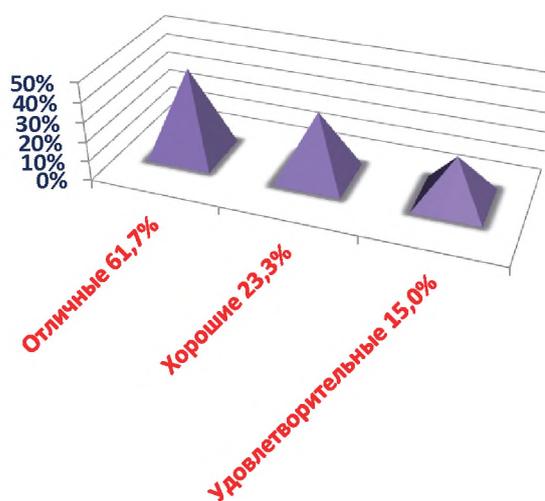


Рисунок 8. Распределение больных по результатам лечения (шкала Cotation fonctionnelle Ilede Beaujon)

теста Cotation fonctionne llede Beaujon отличные результаты выявлены в 37 случаях, хорошие результаты в 14 случаях, удовлетворительные - в 9 случаях.

Заключение. Синдром оперированного позвоночника представляет собой комплекс симптомов неврологического дефицита и силового дисбаланса, обусловленного поражением сегментов, их стенозом, вследствие кальцификации жёлтой связки.

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

ЛИТЕРАТУРА

(п. 6 см. REFERENCES)

1. Баринов А.Н. Невропатический болевой синдром при болях в спине / А.Н. Баринов // Трудный пациент. - 2011. - №1. - С. 17-23.
2. Голубев В.Л. Применение стратегии повышения мотивации пациента в лечении хронической боли / В.Л. Голубев, А.Б. Данилов, О.Р. Добрушина // Рус. мед. журнал. 2011. - С. 276-288.
3. Курушина О.В. Оценка социально-психологического статуса пациентов с хроническими болевыми синдромами в области спины / О.В. Курушина, А.Е. Барулин // Актуальные проблемы современной ревматологии. Сб. тр. Волгоград. - 2009. - С. 35-36.
4. Павлов С.А. Комплексная терапия остаточного болевого синдрома после дискэтомии на поясничном уровне / С.А. Павлов, М.В. Шпагин, Д.Н. Ястребов // Мед-альманах. - 2011. - №1(14). - С. 143-145.
5. Чурюканов М.В. Мультидисциплинарный подход в лечении хронических болевых синдромов: понимание - первый шаг к действию / М.В. Чурюканов // Рос. журнал боли - 2011. - №1. - С. 22-25.

REFERENCES

1. Barinov A. N. Nevropaticheskiy bolevoi syndrom pri bolyakh v spine [Neuropathic pain syndrome during back pain]. *Trudnyy patsient- Difficult patient*, 2011, No. 1, pp. 17-23.
2. Golubev V. L. Primenenie strategii povysheniya motivatsii patsienta v lechenii khronicheskoy boli [Application of a strategy to increase patient motivation in a treatment of chronic pain]. *Russiy meditsinskiy zhurnal - Russian medical journal*, 2011, pp. 276-288.
3. Kurushina O. V. *Otsenka sotsialno-psikhologicheskogo statusa patsientov s khronicheskimi bolevymi sindromami v oblasti spiny. Aktualnye problemy sovremennoy revmatologii: Sb. Trudov* [Assessment of the socio-psychological status of patients with chronic pain syndromes

in the back. Actual problems of modern rheumatology. Collection of scientific papers]. Volgograd, 2009. 35-36 p.

4. Pavlov S. A. Kompleksnaya terapiya ostatochnogo boleвого sindroma posle diskektomii na poyasnichnom urovne [Combination therapy of residual pain after lumbar discectomy]. *Medititskiy almanakh – Medical Almanac*, 2011, No. 1 (14), pp. 143-145.

5. Churyukanov M. V. Multi distsiplinarnyy podkhod v lechenii khronicheskikh bolevykh sindromov: ponimanie - pervyy shag k deystviyu [A multi-disciplinary approach in the treatment of chronic pain syndromes: understanding is the first step to action]. *Rossiyskiy zhurnal boli – Russian journal of pain*, 2011, No. 1, pp. 22-25.

6. Bouma G., Barth M., Ledic M., Vilendecic M. The high-risk discectomy patient: prevention of reherniation in patients with large anular defects using an anular closure device. *European Spine Journal*, 2013, Vol. 22, No. 5, pp. 1030-1036.

ХУЛОСА

Ф.Г. Хожаназаров, Х.Ч. Рахмонов, Р.Н. Бердиев

НАТИЧАҲОИ ҶАРРОҲИИ ТАКРОРӢ ҲАНГОМИ АЛОИМИ СУТУНМУҲРАИ ҶАРРОҲИШУДА ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мақсади тадқиқот. Мукамалсозии тактикаи муолиҷа ба бесорони гирифтори алоими сутунмуҳра дар қисмати миёну чорбании сутунмуҳра.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. 60 бемори қаблан оиди осеби дистрофикию дегенеративии қисмати камару чорбанди сутунмуҳра ҷаррохишуда тадқиқ карда шуд. Аз онҳо: 48 (80,0%) бемор қаблан оиди ҷурраи сутунмуҳра дар сатҳи: - L4-L5 24 (50%); - дар сатҳи L3-L4 6 (12,5%); - дар сатҳи L5-S1 17 (35,4%); ва S1 (2,1%) бемор бо стенози канали сутунмуҳра ҷарроҳӣ шудаанд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Таназзули вайроншавии ҳиссиёт аз 48 бемори ҷаррохишуда мушоҳида нагардид. Баъди тадқиқот бо усули Japanese Orthopaedic Association (JOA) scoring system дар беморон натиҷаҳои аъла дар 29 ҳолат, хуб дар 17 ҳолат, қаноатбахш дар 8 ҳолат ва ғайри қаноатбахш дар 6 ҳолат ба даст омад.

Хулоса. Тадқиқоти натиҷаҳои барвақтии муолиҷаи ҷарроҳии алоими сутунмуҳраи ҷаррохишуда дар асоси технологияи навтарини нейрочарроҳӣ

Калимаҳои калиди: алоими дард, остеохондроз, алоими сутунмуҳраи ҷаррохишуда.