

**ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

**УДК 614.2; 617-089**

**НАЗАРОВ  
ФАЙЗАЛИ НАСРУЛЛОЕВИЧ**

**МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОХИРУРГИИ В  
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ  
В НОВЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ  
УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

**по специальности 14.02.03-общественное здоровье и здравоохранение**

**Научные консультанты:  
заслуженный работник  
Таджикистана, иностранный член  
РАЕН, член-корр. АМН РТ,  
д.м.н., профессор А. Ахмедов,  
член-корр. АМН РТ, д.м.н.,  
профессор Т.Г. Гульмурадов**

**Душанбе – 2018**

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

**Научные консультанты:** **Ахмедов Аламхон**  
заслуженный работник Таджикистана,  
иностраный член РАЕН, член-корр. АМН РТ,  
доктор медицинских наук, профессор.  
**Гульмурадов Ташпулат Гульмурадович**  
член-корр. АМН РТ, доктор медицинских  
наук, профессор.

**Официальные оппоненты:** **Гаибов Амонулло Гаибович**  
доктор медицинских наук, зав. отделом  
профилактики неинфекционных заболеваний  
ГУ «НИИ профилактической медицины»  
Министерства здравоохранения и социальной  
защиты населения Республики Таджикистан.

**Салимзода Нусратулло**  
доктор медицинских наук, председатель  
района Сино г. Душанбе.

**Рахматуллаев Рахимджон**, доктор медицинских  
наук, главный врач Медико-санитарной части  
Государственного унитарного предприятия  
«ТАЛКО», г. Турсунзаде.

**Ведущее учреждение:** Казахстанский медицинский университет «Высшая  
школа общественного здравоохранения»  
Республики Казахстан, г. Алматы

Защита диссертации состоится «\_\_» 2019 г. в «\_\_» часов на  
заседании диссертационного совета 6D.KOA-010 при ГОУ ТГМУ им. Абуали  
ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139 tajmedun.@tj

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский  
государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

**Ученый секретарь**  
**диссертационного совета,**  
**к.м.н., доцент**

**Г.М. Саидмуродова**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность.** В последние годы из-за минимальной инвазивности и высокой эффективности наблюдается бурное развитие эндовидеохирургии и ее становление как самостоятельного направления в медицинской науке. Такие положительные ее стороны, как минимизация объема операционной травмы, прецизионность процедуры, минимальная частота периоперационных осложнений способствовали тому, что она при ряде заболеваний стала «золотым методом» лечения [Емельянов, С.И. и соавт., 2006; Шулутко, А.М., 2006; Панин, С.И., 2013; Федоров, И.В. и соавт., 2013; Стрижелецкий, В.В., 2015; Sun, G.L. et al., 2012].

Эндовидеохирургическая технология в настоящее время является альтернативой традиционной холецистэктомии, поскольку сопровождается низкой летальностью (до 1%), сопоставимой с традиционной холецистэктомией частотой повреждения холедоха (0,32% - 0,59%), низкой частотой повторных операций (0,5% - 1%) и осложнений (2%-3%) [Гальперин, Э.И., 2006; Савельев, В.С., 2006; Славин, Л.Е., 2010; Артемова, Н.Н., 2017; Bruncak P. et al., 2002; Livingston, E.N. et al., 2004].

Большинство авторов отмечают существенные преимущества лапароскопии в лечении гинекологических заболеваний, заключающиеся в малой травматизации, хорошем косметическом эффекте, уменьшении сроков госпитализации и более быстрой реабилитации [Адамян, Л.В. и соавт., 2007; Федоров, И.В. и соавт., 2007; 2013].

Широкое использование лапароскопии в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний позволяет точно установить диагноз, а во многих случаях - избежать ненужной лапаротомии [Избасаров, Р.Ж. и соавт., 2010; Тимербулатов, В.М. и соавт., 2010].

В то же время вопрос о целесообразности применения эндовидеохирургии при травмах живота по-прежнему остаётся дискуссионным [Хаджибаев, А.М. и соавт., 2010; Рутенбург, Г.М. и соавт., 2012; Kaban, G.K. et al., 2008; Becker, H.P. et al., 2009].

В последние годы появились сообщения о применении эндохирургической технологии в лечении эхинококкоза печени. Однако на сегодняшний день остаются дискуссионными эффективность видеоэндоскопической эхинококкэктомии в отдаленном периоде, а также показания к проведению операции и особенности анестезиологического обеспечения при её осуществлении [Махмадов, Ф.И. и соавт., 2013; Гульмурадов, Т.Г. и соавт., 2016; Seven R., 2000].

Несмотря на все преимущества эндохирургических операций, полностью предотвратить осложнения невозможно. В связи с этим научный анализ ошибок и осложнений видеолaparоскопических вмешательств, а также разработка путей их профилактики являются актуальными [Федоров, А.В. и соавт., 2011; Сагитов, Р.Б., 2013].

Вместе с тем, несмотря на все преимущества видеоэндоскопических операций перед открытыми хирургическими вмешательствами, на

сегодняшний день существует ряд нерешенных вопросов тактического использования эндовидеохирургии, особенно в неотложной хирургии, что обусловлено сложностью организации работы, дороговизной используемого эндовидео-оборудования и недостаточным финансированием.

В Республике Таджикистан внедрение новых медицинских технологий в условиях перехода к рыночным отношениям сопровождается определенными трудностями. Из-за нечёткой организации труда дорогостоящая медицинская техника используется нерационально и неэффективно. При этом нередко неоправданно расширяются показания к хирургическим операциям, что чревато увеличением частоты осложнений и затрат на лечение [Ахмедов А. и соавт., 2002].

Единичность научных исследований по вышеуказанным аспектам в нашей республике, необходимость совершенствования эндохирургии в новых экономических условиях, а также научное обоснование медико-социальных аспектов видеолaparоскопических вмешательств требуют проведения более глубоких изысканий в данном направлении. Это определило выбор темы нашего исследования.

**Цель работы.** Применение и совершенствование организации эндовидеохирургической службы в новых социально-экономических условиях Республики Таджикистан.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить социально-гигиенические аспекты применения видеолaparоскопической технологии в хирургии.
2. Изучить причины и частоту осложнений при эндохирургических операциях и разработать эффективные меры их профилактики.
3. Провести сравнительную оценку эффективности эндохирургических и традиционных операций на органах брюшной полости и малого таза.
4. Оценить медико-социальную эффективность применения эндохирургических технологий при хирургических и гинекологических заболеваниях.
5. Разработать организационные меры по оптимизации эндовидеохирургической службы в новых социально-экономических условиях.

**Научная новизна.** Впервые в Республике Таджикистан изучены социально-гигиенические аспекты применения видеолaparоскопической технологии в хирургической службе.

Впервые на основе сравнительной оценки результатов лапароскопических и традиционных операций оптимизированы показания и противопоказания к видеоэндохирургическим вмешательствам, включая разработку мероприятий по формированию службы диагностической и хирургической видеолaparоскопии в условиях госпитального сектора.

На основании изучения влияния карбоксиперитонеума при эндохирургической технологии на функциональную активность сердечно-

сосудистой и дыхательной систем разработаны эффективные меры по снижению риска развития кардиоваскулярных и респираторных осложнений, развивающихся на почве напряженного карбоксиперитонеума.

Систематизированы причины неудач, ошибок и осложнений при эндохирургических вмешательствах и разработаны рекомендации по тактике и методам их диагностики и лечения.

Впервые в РТ обоснована социально-экономическая эффективность внедрения эндохирургических технологий с разработкой научно-методических рекомендаций по оптимизации службы эндовидеохирургии.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Социально-гигиенический анализ обследованных больных с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза показал, что они в основном представлены жителями сельской местности, женского пола, из числа домохозяек, трудоспособного возраста, с низким уровнем образования, временно не работающих ввиду высокого уровня их детности, за исключением гинекологических пациентов. При этом выбор способа хирургического лечения зависело от наличия видеондхирургического оборудования, подготовленного специалиста в лечебном учреждении, а также от степени информированности населения о видеолaparоскопии.

2. Основными причинами развития осложнений при видеолaparоскопических вмешательствах являются необоснованное расширение показаний к операции, допускаемые хирургом тактические ошибки и технические погрешности, что требует соблюдения современных принципов отбора пациентов и повышения уровня оперирующего специалиста..

3. Социально-экономическая эффективность применения эндовидеохирургической технологии в лечении больных с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза обусловлена уменьшением травматичности операции, времени пребывания на койке, частоты интра- и послеоперационных осложнений и суммарных затрат на лечение, что в современных условиях лимитирования финансовых ресурсов, увеличения потока больных, в частности неотложных, способствует обеспечению качественной и доступной хирургической помощи населению.

4. Применение ургентной видеолaparоскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и малого таза обеспечивает своевременную точную диагностику и завершение операции эндохирургическим способом без лапаротомии, что существенно улучшает результаты и сокращает сроки стационарного лечения.

5. Предложенная методика экономического расчета стоимости лечения больных является высокоинформативной для оценки деятельности хирургического стационара и позволяет экономически обосновать целесообразность применения эндохирургической технологии в новых социально – экономических условиях.

**Личный вклад диссертанта.** Автором самостоятельно проведены сбор и анализ литературы, набор клинического материала, статистическая обработка полученных данных. Автор впервые в Республике Таджикистан в клиническую практику широко внедрил видеоэндохирургическое лечение ряда заболеваний органов брюшной полости и малого таза. Все проведенные исследования, отраженные в диссертационной работе, выполнены автором лично. Также автор принимал активное участие в изучении непосредственных и отдаленных результатов видеоэндоскопических операций.

**Апробация работы.** Полученные результаты явились основой для оптимизации эндовидеохирургической службы в условиях нашей республики.

Совершенствование организации службы эндовидеохирургии, разработка и внедрение новых диагностических и лечебных методов позволяют добиться определенного экономического эффекта за счет значительного сокращения сроков госпитализации пациентов и затрат на их лечение.

Обоснована необходимость организации в многопрофильных государственных лечебных учреждениях отделений видеоэндоскопической хирургии.

Результаты видеоэндоскопических операций на органах брюшной полости и малого таза выявили их преимущества перед традиционными хирургическими вмешательствами.

Определена существенная роль диагностической и лечебной лапароскопии при травмах органов брюшной полости, позволяющей избежать необоснованных диагностических лапаротомий.

Полученные результаты позволят разработать научно-обоснованные рекомендации по мерам совершенствования лечения и профилактики и выбору оптимальной тактики хирургического лечения при ряде заболеваний органов брюшной полости и малого таза.

Основные материалы диссертационной работы обсуждены на: III, IV и V съездах хирургов Таджикистана (Душанбе, 2000, 2005, 2011 гг.); X юбилейном Московском международном конгрессе по эндоскопической хирургии (Москва, 2006 г.); Республиканской научно-практической конференции с международным участием: «Роль современной медицинской технологии в улучшении качества жизни пациента» (Турсунзаде, 2007 г.); Республиканской научно-практической конференции хирургов (Бохтар, 2007г.); I съезде травматологов-ортопедов Таджикистана (Душанбе, 2009г.); Научно-практической конференции хирургов Хатлонской области «Актуальные вопросы хирургии» (Бохтар, 2011 г.); Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2011 г.); на совместном заседании кафедр общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики и сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической

хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2011 г.); заседании объединенного межкафедрального экспертного совета по терапевтическим, общественным и хирургическим дисциплинам ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2011 г.); научно-практических конференциях ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 гг.); Научно-практической конференции, посвященной 26-летию Независимости Республики Таджикистан (Бохтар, 2017 г.), заседании межкафедрального экспертного совета ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2018 г.).

Результаты диссертационной работы внедрены в ежедневной практической деятельности ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, отделений эндоскопической хирургии Городской клинической больницы №5 г. Душанбе и Хатлонской областной больницы и в учебный процесс кафедр общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики; хирургии; травматологии и ортопедии; акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», а также используются на кафедре хирургических болезней №2 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино при проведении практических занятий со студентами 5-6-го курсов, клиническими ординаторами и аспирантами.

**Опубликование результатов диссертации.** По материалам диссертационного исследования опубликована 41 научная работа, в том числе 1 монография, 18 оригинальных статей в журналах, включенных в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан и ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации.

**Объем и структура диссертации.** Материалы диссертации изложены на 207 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, кириллицей (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, 6-и глав, заключения, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 50 таблицами и 9 рисунками. Список литературы состоит из 354 источников, из них 227 на русском и 127 на иностранных языках.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Материал и методы исследования.** В основу настоящего диссертационного исследования положены результаты обследования и хирургического лечения 4688 больных с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза, проведенных в хирургическом и гинекологическом отделениях Областной клинической больницы имени Б. Вахидова г. Бохтар Хатлонской области Республики Таджикистан, отделении эндохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии

Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и частного Хатлонского медицинского центра г. Бохтар Хатлонской области Республики Таджикистан за период с 1998 по 2017 годы.

В работе представлены результаты эндовидеохирургических и традиционных оперативных вмешательств, выполненных у больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных путей, острым аппендицитом, заболеваниями органов малого таза, эхинококкозом печени и травмой живота. Основную группу (3482) составили пациенты, которым были выполнены видеоэндохирургические операции, в том числе: лапароскопическая холецистэктомия (1462); на органах малого таза (1300); лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) (521); эхинококкэктомия из печени (96); при травмах живота (103).

Контрольную группу составили 1206 больных, оперированных традиционным способом: холецистэктомия (310); при патологии органов малого таза (257); аппендэктомия (428); эхинококкэктомия из печени (110) и по поводу травм живота (101).

Из общего количества больных основной группы городские жители составили 26,8%, сельские жители -73,2%. Возраст обследованных варьировал от 15 до 81 года.

Из общего количества больных, оперированных эндовидеохирургическим способом, мужчин было 386 (11,1%), женщин – 3096 (88,9%). Подавляющее большинство составили больные в возрасте от 25 до 54 лет (64,4%).

Контрольная группа больных, оперированных традиционным способом, также была представлена в основном женщинами -871 (72,2%). Большинство пациентов (75,6%) были в возрасте до 44 лет. Среди женщин с патологией органов малого таза также подавляющее большинство (85,9%) были в возрасте до 44 лет, т.е. лица трудоспособного возраста.

В составе основной и контрольной групп больных были выявлены больные с сопутствующей патологией: в основной группе-39,6%, в контрольной - 32,4%.

В обеих группах в основном преобладали больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и ожирением II-III степеней, что требовало проведения у них тщательной предоперационной подготовки.

Всем больным для оценки общего состояния и степени операционного риска был проведен комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. При этом выполнялись общепринятые клинические и биохимические исследования крови, включая коагулограмму.

Для оценки тяжести эндотоксемии и оксидантного статуса у 30 больных с острым калькулёзным холециститом нами проведено исследование уровня средних молекул и перекисного окисления липидов, которое выполнено на кафедре биохимии ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Уровень средних молекул определяли по методике Рябова Г.А. и соавт. (1985).



Состояние антиоксидантной системы оценивали по активности супероксиддисмутазы по методу М.И. Каролюка, А.И. Ивановой (1988) и содержанию аскорбиновой кислоты - по методу Соколовского В.В. (1974).

Для объективной оценки полученных результатов проведено обследование 20 здоровых лиц в возрасте от 18 до 25 лет (контрольная группа).

Всем больным проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов аппаратами «Philips» (США) и «Mindray» (Китай).

У 78 больных с хроническим калькулёзным холециститом до, во время лапароскопической холецистэктомии, а также в первые сутки после операции проведено исследование параметров центральной гемодинамики путем динамической Доплер - эхокардиографии в лечебно-диагностическом отделе Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии на аппаратах «Philips SD-800» (Германия) и «Биосс» (Россия).

ЭКГ проводилась с помощью аппарата «Marguette HeLLige» (Германия), оснащенного электрокардиографической приставкой и компьютеризированным банком данных.

Рентгеноскопия (или рентгенография) органов грудной клетки и брюшной полости проводилась на аппарате «DUO Diagnost Philips» (Германия), снабженном электронно-оптическим преобразователем и телевизионным устройством.

Фиброгастродуоденоскопия выполнялась с целью выявления сопутствующих заболеваний со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью фиброгастроскопа фирмы «АОНУА» (Китай). Особое внимание уделялось осмотру фатерова соска на предмет поступления желчи в дуодenum и наличия дуоденогастрального рефлюкса.

Основным условием для проведения эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости и малого таза была возможность использования лапароскопического портала, включая состояние больных, позволяющее использовать пневмоперитонеум. Для предотвращения интра- и послеоперационных осложнений проводился строгий отбор пациентов, особенно среди пожилых больных с различными сопутствующими заболеваниями.

Эндовидеохирургические операции выполняли с применением видеоэндоскопического комплекса и инструментов фирм «Эндомедиум» и ООО инновационно-внедренческая фирма «Медфармсервис» (Россия).

Экономическая эффективность лапароскопических операций изучена на 3482 пациентах. Цена лечения рассчитывалась согласно формулам, отраженным в диссертации Маслагина Александра Сергеевича [А.С. Маслагин, 2007].

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением методов статистики с вычислением  $M \pm m$  и достоверности результатов по критерию Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Из общего числа больных с желчнокаменной болезнью, которым была проведена лапароскопическая холецистэктомия, мужчины составляли 5,7%, а женщины - 94,3% (таблица 1). Возраст подвергшихся холецистэктомии лапароскопическим способом составлял в среднем  $48,1 \pm 0,30$  лет для женщин и  $53,5 \pm 1,62$  для мужчин. В контрольной группе 14,8% составляли мужчины и 85,2 % - лица женского пола.

**Таблица 1. - Распределение обследованных больных с ЖКБ по возрасту и полу**

| Возраст<br>(в годах) | Основная группа |      |         |      | Контрольная группа |      |         |      | p1     | p2     |
|----------------------|-----------------|------|---------|------|--------------------|------|---------|------|--------|--------|
|                      | женщины         |      | мужчины |      | женщины            |      | Мужчины |      |        |        |
|                      | N               | %    | N       | %    | n                  | %    | n       | %    |        |        |
| 15-24                | 50              | 3,6  | 1       | 1,2  | 12                 | 4,5  | 2       | 4,3  | >0,05  | >0,05* |
| 25-34                | 210             | 15,2 | 10      | 11,9 | 42                 | 15,9 | 2       | 4,3  | >0,05  | >0,05* |
| 35-44                | 314             | 22,8 | 12      | 14,3 | 68                 | 25,8 | 2       | 4,3  | >0,05  | >0,05* |
| 45-54                | 380             | 27,6 | 31      | 36,9 | 46                 | 17,4 | 10      | 21,7 | <0,001 | >0,05  |
| 55-64                | 223             | 16,2 | 16      | 19,0 | 54                 | 20,5 | 12      | 26,1 | >0,05  | >0,05  |
| 65-74                | 155             | 11,2 | 7       | 8,3  | 34                 | 12,9 | 12      | 26,1 | >0,05  | <0,05* |
| 75 и<br>старше       | 46              | 3,3  | 7       | 8,3  | 8                  | 3,0  | 6       | 13,0 | >0,05* | >0,05* |
| Всего                | 1378            | 100  | 84      | 100  | 264                | 100  | 46      | 100  | -      | -      |

Чаще всего холецистэктомия из лапаротомного доступа выполняли в случаях невозможности (технически) использования видеоэндоскопического оборудования, отсутствия подготовленного специалиста, вследствие конверсии, либо по желанию самого пациента. Возраст оперированных женщин этой группы практически не отличался от такового основной группы.

В группе же мужчин разница в возрасте составила 5,1 лет. Анализ возрастного состава оперированных нами больных как основной, так и контрольной групп выявил преобладание лиц трудоспособного возраста, составившее соответственно 85,4% и 84,1%. При этом большинство исследованных контрольной и, особенно, основной групп составляли лица женского пола (соответственно 85,2% и 94,2%).

Среди обследованных основной группы преобладали домохозяйки (53,2%) и временно неработающие (24,7%). Следует отметить, что лиц, занятых

в сфере, требующей специальных знаний, было всего лишь 3,7%. В контрольной же группе отмечалось преобладание домохозяек 69,6%, а удельный вес занятых в сфере интеллектуального труда был значительно ниже, чем в основной, более чем в 3 раза.

В обеих группах превалировали жители сельской местности, удельный вес которых составил: в основной группе-74,8%, а в контрольной - 78,7%.

Анализ семейного статуса сравниваемых групп не выявил существенных отличий. Основная масса обследованных пациентов как основной, так и контрольной групп состояли в браке (соответственно 92,4% и 92,9%). Вдовы в основной группе составляли 4,6%, а разведенные -3,0%. В контрольной группе удельный вес вдов и разведенных составил соответственно 3,9% и 3,2%.

Учитывая преобладание лиц женского пола среди обследованных больных ЖКБ, нами изучен показатель их детности. Среди обследованных основной группы чаще встречались женщины, родившие до 5 и более детей (76,9%). Среди контрольной группы также преобладали обследованные, родившие до 5 детей и более 5 (87,9%). Удельный вес нерожавших в обеих группах был самым низким и составил: в контрольной группе -4,5%, а в основной - 3,8%. Это согласуется с данными Х.Х. Мансурова (1991), который отмечает, что беременность обуславливает повышенную вероатность возникновения желчных камней.

Обследованные больные основной и, особенно, контрольной групп были представлены лицами с начальным (28,6% и 37,4% соответственно) и без образования (соответственно 30,7% и 33,5%). Следует отметить, что удельный вес обследованных с общим основным и общим средним образованием в сравниваемых группах был практически одинаковым, а лиц, имевших высшее и среднее специальное образование, в контрольной группе был соответственно в 4,1 и 1,98 раз меньше по сравнению с основной группой.

Анализ жизненного уровня обследованных показал, что 76,4% основной и 67,6% контрольной групп проживали в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Определенный удельный вес занимали лица, проживающие за чертой бедности. Это, возможно, влияло на качество питания. По данным наших исследований, их дневной рацион питания в основном состоял из пищи с высоким энергетическим уровнем за счёт мучных, крупяных блюд и животного жира (говяжий, бараний), что обусловлено особенностями традиций и соответствующего уклада жизни населения региона.

По результатам проведенного нами анкетирования, среди факторов риска, приводящих к развитию ЖКБ, наиболее значимыми являются: особенности питания (преобладание в рационе жирной пищи) - 71% и гиподинамия – 67,6% ; избыточная масса тела - 53,4%; ожирение - 16%. Респонденты с ЖКБ в своем рационе питания из овощных продуктов предпочтение отдавали тыкве и бобовым (горох, фасоль, чечевица и т.д.). Также в процессе приготовления пищи мясо использовалось без предварительной сортировки (с наличием жира и

костей одновременно), что придавало ему очень высокую калорийность. Это, соответственно, приводило в определенной степени к повышению литогенности желчи. Так, в среднем калорийность пищи обследованных нами больных составила 2920 ккал/сут., что на 32,7% превышало среднестатистические нормы (2200 – 2500 ккал/сут.). При этом удельный вес употребляемых в пищу фруктов, овощей и продуктов, богатых клетчаткой, был ничтожно мал и составлял соответственно 33,2%, 36,8% и 42,4%. Необходимо отметить, что данному фактору в ранее проводимых исследованиях, касающихся, в частности, образования желчных камней, не придавалось должного значения [X.X. Мансуров, 1991; М.А. Майстеренко, 2016].

Из общего количества обследованных с заболеваниями органов брюшной полости удельный вес оперированных по поводу острого аппендицита составил 21,4%. Из них лапароскопически оперированы 521 (54,9%) и традиционным способом – 428 (45,1%) больных. Большинство больных, оперированных лапароскопическим способом, в основном составляли лица женского пола в возрасте от 15 до 54 лет (62,2 %). Их средний возраст составил  $30,2 \pm 0,38$  лет, а у лиц мужского пола –  $31,9 \pm 0,77$ . При этом диапазон возраста мужчин, подвергшихся аппендэктомии лапароскопическим способом, был шире и варьировал от 17 до 74 лет. В основном оперированные представляли людей трудоспособного возраста.

Контрольную группу также преимущественно представляли лица женского пола. Аппендэктомия у этой группы больных была проведена в основном из-за отсутствия в оперирующей бригаде специалиста – хирурга, владеющего навыками эндовидеохирургии (95,6%). Другой причиной традиционной аппендэктомии было ретроцекальное расположение червеобразного отростка (4,4%). Следует отметить, что как в контрольной, так и в основной группах основную массу составляли пациенты в возрасте до 34 лет (78,5% и 76% соответственно). Средний возраст в контрольной группе составил  $32,7 \pm 0,69$  у женщин и  $30,4 \pm 0,41$  у мужчин.

Среди больных основной группы преобладали временно неработающие и домохозяйки, удельный вес которых составляет соответственно 25,9% и 25%. Далее следуют учащиеся (18,8%) и рабочие (14,8%). Меньше всего отмечено пенсионеров – 4,7%. В контрольной группе доминировали домохозяйки и учащиеся. Их удельный вес был одинаковым и составлял по 29,6 %. Меньше всего отмечено работников, занятых в сфере интеллектуального труда, удельный вес которых был также ниже и по сравнению с основной группой (в 2,9 раза).

Анализ места проживания выявил преобладание как в контрольной, так и в основной группах жителей сельской местности (87,3% и 84,6% соответственно). Анализ семейного статуса обследованных групп выявил, что преимущественно они состояли в браке. Этот показатель в контрольной группе составил 96,3%, а в основной – 91,4%. Удельный вес разведенных и вдов в сравниваемых группах также особо не различался и составил соответственно 2,7%; 5,4% и 2,9%; 3,6%.

Оперированные больные обеих групп в основном представлены лицами без образования, особенно подвергшиеся традиционному способу аппендэктомии (33,2%). Также среди больных этой группы было больше лиц со средним специальным образованием (22,4%). Необходимо отметить, что численность обследованных с образованием существенно не различалась в сравниваемых группах, хотя более низкие показатели отмечены у больных контрольной группы. Анализ уровня жизни обследованных свидетельствует о преобладающем удельном весе больных, живущих в удовлетворительных материально-бытовых условиях, несмотря на относительно невысокий уровень их образованности.

По поводу эхинококкоза печени 96 (46,6%) оперированы лапароскопически и 110 (53,4%) - традиционным способом. Больные в основном представлены жителями сельской местности (70,8%). Следует отметить, что средний возраст оперированных обеих групп практически не различался как у мужчин, так и у женщин.

Преобладающее число лиц, оперированных лапароскопическим способом, составляли женщины - 66 (68,8%). В контрольной группе также в основном были лица женского пола - 69,1%. Возраст обследованных больных варьировал от 15 до 64 лет. При этом отмечается некоторая тенденция в преобладании лиц в возрасте до 44 лет, в том числе оперированных лапароскопически (72,9%) и традиционным способом (74,5%).

В обеих группах основную массу составляли домохозяйки, особенно в контрольной группе (47,3%). Это, возможно, объясняется спецификой уклада жизни, где основной формой их деятельности является ведение домашнего хозяйства, предполагающее уход за домашним скотом и животными, земляные работы, разделывание и обработку мяса и т.д. Второе ранговое место заняли временно неработающие. При этом их удельный вес в основной группе (25%) превышал показатель, отмечаемый у оперированных традиционным способом (16,4%). В то же время нами отмечено значительное различие среди оперированных пенсионеров, удельный вес которых среди подвергшихся лапароскопии был в 2,6 раза ниже обследованных контрольной группы.

В основной группе было значительно больше пациентов с общим и средним образованием (83,3%). Из их числа в подавляющем большинстве были лица с средним специальным образованием (37,5%). Далее следовали больные, имеющие общее среднее и общее основное образование (соответственно 25% и 20,8%).

В контрольной группе была аналогичная ситуация (85,5%). Однако в этой группе преобладали лица с общим основным образованием (36,4%). Далее следовали пациенты с общим средним (27,3%) и средним специальным образованием (21,8%). Следует отметить, что в этой группе не встречались больные без образования. Также в этой группе, по сравнению с основной, было больше лиц, имеющих высшее (2,6%) и меньше - начальное образование (на 0,6%).

Анализ показал, что из 103 больных с травмой живота, которым выполнена лапароскопия, 27,2% составили женщины и 72,8% - мужчины,

возраст которых варьировал от 15 до 64 лет. Преобладающее большинство составляли больные в возрасте от 15-24 и 15-34 лет (71,4% и 69,3% соответственно). В отличие от основной группы, в контрольной возраст поступивших ограничивался среди лиц женского пола 34, а мужского - 24 годами. Необходимо подчеркнуть, что средний возраст оперированных в группах практически не отличался. Однако возраст оперированных традиционным способом (как мужчин, так и женщин) достоверно различался по сравнению с основной группой ( $p < 0,05$ ).

Среди обследованных основной и контрольной групп преобладающее большинство составляли учащиеся (45,6% и 61,3% соответственно). Второе ранговое место заняли временно неработающие и домохозяйки, совокупный удельный вес которых составил 27,2%. Меньше всего среди оперированных было лиц из среды интеллигенции (9,1%).

Среди оперированных традиционным способом удельный вес домохозяек и временно неработающих составил в общем 28,7%, а рабочих - 9,9%. Необходимо отметить, что в этой группе лиц оперированных из среды интеллигенции не было.

Подавляющее число как основной, так и контрольной групп составили лица с образованием, удельный вес которых был практически одинаковым (соответственно 97,1% и 97%). Основную массу составили лица, имеющие общее образование. В контрольной группе их удельный вес составил 64,3%. При этом, если в основной группе число оперированных, имевших общее основное и общее среднее образование, было одинаковым, то в контрольной группе преобладали лица с общим средним образованием. Необходимо отметить, что в контрольной группе, в отличие от основной, не было лиц с высшим образованием.

Социально-гигиенический анализ 1557 пациентов, оперированных по поводу гинекологических заболеваний, показал, что возраст оперированных лапароскопическим способом составлял 15-74 лет. Основная масса этой группы была представлена женщинами в возрасте до 44 лет (84%). Из их числа подавляющее большинство составили больные в возрасте от 20 до 34 лет (50,2%). Начиная с 45-летнего возраста, их удельный вес резко снижается в каждой из исследуемых возрастных групп до 2,8%.

В контрольной группе возраст поступивших ограничивается 54 годами. Как и в основной группе, преобладающее большинство составляли женщины в возрасте 25-34 года.

Среди обследованных основной группы преобладали домохозяйки (61,3%), далее следовали рабочие (23,3%). Лиц, занятых в сфере, требующей специальных знаний, было 10%. Среди оперированных традиционным способом также преобладали домохозяйки. Рабочие, как и в основной группе, стабильно занимали второе ранговое место. При этом, в отличие от основной группы, в контрольной был выше удельный вес служащих и особенно учащихся (более чем в 4 раза).

В обеих группах преобладающее число составляли нерожавшие женщины, особенно в контрольной группе, удельный вес которых превышал

аналогичный показатель основной почти в 1,4 раза. Структура гинекологических заболеваний обследованных женщин представлена в таблице 2.

**Таблица 2.- Структура гинекологической патологии обследованных женщин**

| Характер заболевания                            | Основная группа (n=1300) |            | Контрольная группа (n=257) |            | p       |
|-------------------------------------------------|--------------------------|------------|----------------------------|------------|---------|
|                                                 | N                        | %          | n                          | %          |         |
| Киста яичника                                   | 382                      | 29,4       | 72                         | 28,1       | >0,05   |
| Апоплексия                                      | 65                       | 5,0        | 18                         | 7,0        | >0,05   |
| Пельвиоперитонит                                | 95                       | 7,3        | 9                          | 3,5        | <0,05*  |
| Внематочная Беременность                        | 290                      | 22,3       | 135                        | 52,5       | <0,001  |
| Перекрут ножки кисты                            | 147                      | 11,3       | 9                          | 3,5        | <0,001* |
| Непроходимость маточной трубы                   | 208                      | 16,0       | -                          | -          | -       |
| Дермоидная киста                                | 39                       | 3,0        | -                          | -          | -       |
| Кистома                                         | 13                       | 1,0        | 14                         | 5,4        | <0,001  |
| Отягощенный акушерский анамнез (многоорожавшие) | 61                       | 4,7        | -                          | -          | -       |
| <b>Всего</b>                                    | <b>1300</b>              | <b>100</b> | <b>257</b>                 | <b>100</b> | -       |

Как видно из таблицы 2, среди оперированных лапароскопическим способом преобладали больные с кистой яичника, а среди подвергшихся традиционным способом операции - с внематочной беременностью. Важно отметить, что удельный вес подвергшихся операции по поводу кисты яичника в обеих обследуемых группах был практически одинаковым, и составлял для контрольной группы - 28,1%, а для основной - 29,4%. Аналогичная ситуация наблюдалась и среди больных, оперированных по поводу апоплексии яичника. Большой удельный вес оперированных лапароскопически по поводу пельвиоперитонита и перекрута ножки кисты, по сравнению с контрольной группой, обусловлен широким внедрением эндовидеохирургии при лечении этих конкретно взятых патологий. Также следует отметить, что хирургические вмешательства по поводу непроходимости маточных труб, дермоидной кисты, стерилизации маточных труб осуществлялись только лапароскопическим способом, что свидетельствует о тенденции среди хирургов в выборе эндохирургической технологии.

В обеих обследованных группах подавляющее число составляли лица с образованием (в контрольной группе - 94,7% в основной - 87,4%). При этом обследованные основной и контрольной групп имели высшее и

среднее специальное образование (соответственно 33,3%; 30,6% и 24,5%; 22,6%). Особое различие мы получили по имеющим начальное образование, удельный вес которых среди оперированных лапароскопически был в 4,7 раз меньше, чем у оперированных традиционным способом.

Нами проведен сравнительный анализ результатов лапароскопической и традиционной экстренной холецистэктомии по характеру воспалительных и деструктивных осложнений, выявленных в ходе проведенных оперативных вмешательств.

Как видно из таблицы 3, наиболее распространенными в основной группе были эмпиема (10,2%) и водянка желчного пузыря (7,8%). Следующими по частоте были околопузырный инфильтрат (4,5%) и флегмона желчного пузыря (2,8%). Следует отметить о значимой частоте местного перитонита (2%), что свидетельствовало об определенной тяжести воспалительного процесса.

Среди других осложнений также отмечены холедохолитиаз, гангренозный холецистит и синдром Мириizzi. Необходимо подчеркнуть, что в зависимости от характера осложнений в последующем проводился выбор способа и объема оперативного вмешательства (таблица 3).

**Таблица 3. - Структура воспалительных и деструктивных осложнений у больных с острым холециститом**

| Нозология заболевания    | Основная группа |      | Контрольная группа |      |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------|
|                          | п               | %    | п                  | %    |
| Эмпиема желчного пузыря  | 72              | 10,2 | 26                 | 11,1 |
| Водянка желчного пузыря  | 55              | 7,8  | 16                 | 6,8  |
| Флегмона желчного пузыря | 20              | 2,8  | 2                  | 0,8  |
| Гангренозный холецистит  | 6               | 0,8  | 12                 | 5,1  |
| Перихолецистит           | 5               | 0,7  | 2                  | 0,8  |
| Околопузырный инфильтрат | 32              | 4,5  | 2                  | 0,8  |
| Синдром Мириizzi         | 5               | 0,7  | 8                  | 3,4  |
| Околопузырный абсцесс    | 2               | 0,3  | -                  | -    |
| Местный перитонит        | 14              | 1,9  | 28                 | 12   |
| Панкреанекроз            | 2               | 0,3  | -                  | -    |
| Холедохолитиаз           | 8               | 1,1  | 14                 | 6    |

В отличие от основной группы, в контрольной ведущими были такие осложнения, как местный перитонит -12%, эмпиема желчного пузыря- 11,1% и водянка желчного пузыря - 6,8%.

Известно, что острое воспаление желчного пузыря у больных ЖКБ сопровождается выраженной интоксикацией организма и окислительным стрессом. Соответствующая коррекция антиоксидантного статуса и устранение источника инфекции с применением эндовидеохирургической технологии улучшают результаты лечения этой тяжелой категории больных. Наши



исследования показали, что на высоте болевого приступа острого холецистита (ОХ) отмечается интенсификация перекисного окисления липидов (ПОЛ), проявляющаяся нарастанием конечного продукта распада малонового диальдегида (МДА) ( $1,81 \pm 0,03$  мкмоль/л), значительным снижением супероксиддисмутаза (СОД) ( $8,93 \pm 0,28$  Ед.) и аскорбиновой кислоты ( $0,86 \pm 0,02$  мг%) на фоне выраженной эндотоксемии, о чем свидетельствует высокий уровень средних молекул ( $0,68 \pm 0,02$  ед/л) (таблица 4). На третьи сутки после устранения воспалительно-деструктивного очага отмечена тенденция к нормализации уровня средних молекул и ПОЛ в сыворотке крови больных.

**Таблица 4. - Показатели средних молекул, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при остром калькулёзном холецистите**

| Исследуемый компонент           | Контрольная группа (n=20) | До операции        | Третьи сутки после операции | Седьмые сутки после операции |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Средние молекулы (Ед./л)        | $0,41 \pm 0,04$           | $0,68 \pm 0,02^*$  | $0,52 \pm 0,06^*$           | $0,39 \pm 0,04$              |
| Малоновый диальдегид (мкмоль/л) | $0,59 \pm 0,03$           | $1,81 \pm 0,027^*$ | $1,67 \pm 0,02^*$           | $0,57 \pm 0,03$              |
| Супероксиддисмут аза (Усл. ед.) | $18,23 \pm 0,13$          | $8,93 \pm 0,28^*$  | $12,15 \pm 0,09^*$          | $18,5 \pm 0,07$              |
| Аскорбиновая кислота (мг%)      | $1,4 \pm 0,06$            | $0,86 \pm 0,024^*$ | $1,21 \pm 0,056^*$          | $1,38 \pm 0,023$             |

*Примечание: достоверность различия\*  $p < 0,05$  по сравнению с данными контрольной группы.*

О снижении интенсификации ПОЛ свидетельствует уменьшение содержания МДА на 7,7%, по сравнению с исходным показателем. При этом относительно высокий уровень средних молекул ( $0,52 \pm 0,06$ ) сохранялся на фоне повышенного содержания антиоксидантов СОД и аскорбиновой кислоты на 26,5% и 28, 9%, по сравнению с показателями дооперационного периода. Со стороны клинического статуса отмечено улучшение общего состояния больных со стабилизацией гемодинамики.

Исследования окислительного стресса на седьмые сутки послеоперационного периода показали нормализацию параметров, что проявлялось уменьшением содержания конечных продуктов ПОЛ, МДА на 96,14% и повышением антиоксидантов СОД на 51,73% и аскорбиновой кислоты на 38,5%, по сравнению с исходными данными. Таким образом, острый приступ калькулёзного холецистита на фоне эндотоксемии

сопровождается выраженным проявлением окислительного стресса, маркерами которого является интенсификация ПОЛ и истощение показателей антиоксидантной защиты организма больных. Своевременная коррекция антиоксидантного статуса и выполнение лапароскопической холецистэктомии не только улучшает результаты хирургического лечения, но и стабилизирует уровень маркеров окислительного стресса и предотвращает повреждающее действие продуктов ПОЛ на уровне биомембран клеток. Проведение мониторинга маркеров окислительного стресса на всех этапах лечения ОХ позволяет прогнозировать течение патологического процесса и оптимизировать комплексную терапию при остром калькулёзном холецистите.

У больных с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы одним из факторов риска при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) является негативное влияние карбоксиперитонеума (КП) на гемодинамику [Голубев А.А. соавт., 2000; Прудков М.И. 2001; Уразов И.Х. 2007]. Результаты нашего исследования показали, что у 36 больных хроническим калькулёзным холециститом в возрасте от 18 до 45 лет без сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем выявлен нормодинамический (зукинетический) тип кровообращения.

У 25 больных в возрасте от 45 до 70 лет с сопутствующей гипертонической болезнью II-III стадии выявлен гипердинамический тип кровообращения. Для данного типа кровообращения были характерны следующие показатели гемодинамики: частота сердечных сокращений составила  $85,0 \pm 3,5$  ударов в 1 минуту, артериальное давление (АД) систолическое  $158,7 \pm 18,0$  мм рт. ст., АД диастолическое  $87,5 \pm 5,4$  мм рт. ст., ударный объём сердца –  $77,2 \pm 4,9$  мл, ударный индекс –  $45,4 \pm 4,7$  мл/м<sup>2</sup>, минутный объём сердца –  $6562,0 \pm 230,6$  мл, сердечный индекс –  $3,86 \pm 0,13$  л/мин/м<sup>2</sup>, фракция изгнания –  $61,4\% \pm 4,74\%$ , общее периферическое сосудистое сопротивление –  $1630,8 \pm 235,0$  дин.с. см<sup>-5</sup>. Этим больным предоперационная подготовка и соответствующая гипотензивная терапия проводилась под наблюдением кардиолога.

У 24 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом и признаками недостаточности кровообращения (II-III функциональные классы) установлен гиподинамический тип кровообращения. При этом показатели гемодинамики выглядели таким образом: частота сердечных сокращений  $76,0 \pm 11,4$  ударов в 1 минуту, АД систолическое  $135,0 \pm 21,5$  мм рт.ст., АД диастолическое  $75,0 \pm 14,0$  мм рт. ст., ударный объём –  $49,6 \pm 6,5$  мл, ударный индекс –  $29,2 \pm 4,2$  мл/м<sup>2</sup>, минутный объём сердца –  $3769,6 \pm 180,3$  мл, сердечный индекс –  $2,22 \pm 0,10$  л/мин./м<sup>2</sup>, фракция изгнания –  $52,5 \pm 3,9\%$ , было характерно повышение общего периферического сосудистого сопротивления до  $1950,0 \pm 275,0$  дин.с.см<sup>-5</sup>.

Влияние карбоксиперитонеума на гемодинамику на различных этапах ЛХЭ определяли в зависимости от типа кровообращения при внутрибрюшном давлении 9 мм рт.ст. и 14 мм рт.ст. Результаты

интраоперационного мониторинга центральной гемодинамики (ЦГ) показали, что наиболее выраженные изменения во время карбоксиперитонеума (КП) произошли у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы и гиподинамическим типом кровообращения. Лапароскопические операции на органах брюшной полости на фоне инсuffляции углекислого газа сопровождались развитием синдрома повышенного внутрибрюшного давления, со снижением венозного возврата, сердечного индекса, ударного индекса, фракции изгнания и повышением общего периферического сосудистого сопротивления. В связи с этим больным хроническим калькулёзным холециститом с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы при лапароскопической холецистэктомии рекомендуем проведение в условиях мониторинга и инотропной поддержки гемодинамики на фоне щадящего режима (8-9 мм рт.ст.) карбоксиперитонеума.

Нами проведен анализ интраоперационных осложнений, развившихся в ходе лапароскопических холецистэктомий. Наиболее распространенным было кровотечение из пузырной артерии и ложа пузыря, которое наступило у 40 (2,73%) больных. Кровотечение в 24 (60%) случаях было остановлено путем диатермокоагуляции и клипирования сосуда (60%). В 16 (40%) случаях из-за неэффективности эндоскопического гемостаза возникла необходимость перехода на лапаротомию с последующей остановкой кровотечения.

Травма холедоха наблюдалась у 4 пациентов (0,27%), потребовавшая во всех случаях перехода к лапаротомии, где была установлена её причина: в трёх случаях - механическое повреждение клипсами; в одном - вследствие диатермокоагуляции. У всех больных восстановление холедоха проведено путем его ушивания на Т-образном дренаже. Лишь у одного больного нами отмечено повреждение 12-перстной кишки. Ему проведена лапаротомия, холецистэктомия с ушиванием 12-перстной кишки двухрядным швом и дренированием подпеченочного пространства. Послеоперационный исход был благоприятный. Необходимо подчеркнуть, что в основном вышеуказанные осложнения регистрировались на этапе освоения и внедрения ЭВХ технологии.

Критериями эффективно проведенной ЛХЭ являлись частота конверсии и послеоперационные осложнения. По нашим данным, удельный вес конверсии составил 83 (5,7%). Ведущими причинами перехода на лапаротомию у данного контингента больных были наличие плотного воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря у 24 (28,9%), обширный спаечный процесс в брюшной полости у 17 (20,5%), кровотечение из пузырной артерии и ложа желчного пузыря у 16 (19,3%) больных. Механическое повреждение холедоха послужило переходу к конверсии у 4 больных (4,8%). Среди других причин конверсии значимое место занимали технические трудности (8), холедохолитиаз (7) и пузырнохоледохеальный свищ (5).

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений выявил существенные преимущества применения видеоэндохирургической технологии перед традиционным способом холецистэктомии (таблица 5).

**Таблица 5.- Структура послеоперационных осложнений**

| Вид осложнения               | ЛХЭ (n=1462) |             | ТХЭ (n=310) |              | p                |
|------------------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|------------------|
|                              | N            | %           | n           | %            |                  |
| Желчеистечение               | 8            | 0,55        | 5           | 1,61         | >0,05*           |
| Нагноение раны               | 37           | 2,53        | 12          | 3,87         | >0,05*           |
| Желчный перитонит            | 3            | 0,21        | 3           | 0,96         | >0,05*           |
| Механическая желтуха         | 5            | 0,34        | 4           | 1,29         | >0,05*           |
| Кровотечение                 | 5            | 0,34        | 3           | 0,96         | >0,05*           |
| Послеоперационный панкреатит | 4            | 0,27        | 3           | 0,96         | >0,05*           |
| Поддиафрагмальный абсцесс    | 1            | 0,07        | 3           | 0,96         | <0,05*           |
| Тромбофлебит                 | 1            | 0,07        | 2           | 0,64         | >0,05*           |
| Пневмония                    | 5            | 0,34        | 3           | 0,96         | >0,05*           |
| Билома                       | 1            | 0,07        | -           | -            | -                |
| <b>Всего</b>                 | <b>70</b>    | <b>4,79</b> | <b>38</b>   | <b>12,21</b> | <b>&lt;0,001</b> |

Как видно из таблицы 5, удельный вес осложнений при традиционной холецистэктомии (ТХЭ) был достоверно выше по сравнению с ЛХЭ ( $p < 0,001$ ). В структуре осложнений наиболее распространенными были нагноение раны и желчеистечение. При этом нагноение ран после ТХЭ отличалось более тяжелым течением послеоперационного периода, приводящим, соответственно, к увеличению срока госпитализации и продолжительной реабилитации, что в конечном итоге отражалось на качестве жизни пациента.

В структуре осложнений в контрольной группе, по сравнению с основной, преобладали осложнения воспалительного характера, обусловленные травматичностью хирургического доступа.

У 59 (84,3%) больных основной группы с послеоперационными осложнениями потребовались повторные операции, из числа которых 14 (23,7%) были выполнены лапароскопическим путем. Среди них желчеистечение наблюдалось у 8 больных. У 2 истечение желчи по дренажной трубке самостоятельно прекратилось в течение 3-5 суток. У 6 пациентов развилась клиника желчного перитонита, которая в 3 случаях была устранена традиционным способом (лапаротомия), в 3 - путем релапароскопии. Повреждения желчного протока устраняли его ушиванием на Т-образном силиконовом дренаже, который удаляли на 90-120 сутки. Желчеистечение из пузырного протока устраняли лапароскопическим доступом методом клипирования.

Частота послеоперационных кровотечений в обеих группах была практически одинакова. При этом в основной группе преобладающим способом их остановки (у 4 из 5) была релапароскопия с клипированием кровоточащего сосуда.

Послеоперационные панкреатиты у обеих групп пациентов были излечены путем комплексной консервативной терапии.

Холедохолитиаз и развившаяся вследствие него механическая желтуха осложнили течение послеоперационного периода у 1,29% больных контрольной и у 0,34% основной группы. Из их числа у 8 больных были выполнены холедохолитотомия и дренирование холедоха по Холстеду, а в одном случае - холедохолитотомия с наложением холедоходуоденостомии.

У одного пациента через 4 месяца после ЛХЭ отмечено формирование жидкостного образования (билома) размером 9х8см в области ворот печени. После лапаротомии и дренирования наступило выздоровление.

В контрольной группе больных (310) после традиционной холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 38 (12,21%), по поводу которых у 15 пациентов (4,8%) понадобилась релапаротомия с устранением источников кровотечения, желчеистечения, вскрытием поддиафрагмального абсцесса.

После ЛХЭ летальный исход был зафиксирован в трех случаях (0,21%): от острого инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, печеночно-почечной недостаточности. Следует отметить, что случаев смерти, обусловленных специфическими осложнениями ЛХЭ, нами не отмечено. Частота летальных исходов после ТХЭ (0,65%) была достоверно выше по сравнению с основной группой ( $p < 0,001$ ). Причиной летального исхода 2 пациентов (71 и 78 лет) с острым калькулезным гангренозно-перфоративным холециститом, осложненным разлитым перитонитом, была полиорганная недостаточность.

Таким образом, смерть больных в обеих группах была обусловлена исходной тяжестью состояния пациентов, их возрастом и, соответственно, имеющимися сопутствующими заболеваниями сердца и печени, которые в совокупности, несмотря на своевременную диагностику и проведенную операцию, приводили к тяжелым осложнениям и, соответственно, к летальному исходу.

Анализ структуры патологии червеобразного отростка у больных, подвергшихся аппендэктомии лапароскопическим и традиционным способами, показал, что в обеих группах преобладали больные с флегмонозной и гангренозной формами заболевания, удельный вес которых существенно не отличался и составил в основной 96,2%, а в контрольной - 90,2% (таблица 6).

**Таблица 6. - Структура патологии червеобразного отростка у больных, подвергшихся аппендэктомии**

| Форма заболевания | Основная группа (n=521) |      | Контрольная группа (n=428) |      | p      |
|-------------------|-------------------------|------|----------------------------|------|--------|
|                   | N                       | %    | N                          | %    |        |
| Катаральная       | 11                      | 2,1  | 38                         | 8,9  | <0,001 |
| Флегмонозная      | 375                     | 72   | 220                        | 51,4 | <0,001 |
| Гангренозная      | 88                      | 16,9 | 92                         | 21,5 | >0,05  |

|                           |    |     |    |      |        |
|---------------------------|----|-----|----|------|--------|
| Гангренозно-перфоративная | 38 | 7,3 | 74 | 17,3 | <0,001 |
| Хронический аппендицит    | 9  | 1,7 | 4  | 0,9  | >0,05* |

Как видно из таблицы 6, различия в сравниваемых группах мы наблюдали среди больных с катаральным воспалением червеобразного отростка, относительное число которых среди оперированных традиционным способом было достоверно больше ( $p < 0,001$ ). Это объясняется тем, что на этапе установления диагноза среди больных, оперированных открытым методом, был больший процент гипердиагностики.

Сравнительный анализ структуры заболевания червеобразного отростка в зависимости от формы воспаления выявил преобладание гангренозного и, особенно, гангренозно-перфоративного аппендицита у больных, оперированных традиционным способом. Это свидетельствует о запоздалой диагностике и, соответственно, проведенной операции.

В обеих группах удельный вес поступивших в первые 6 часов от начала заболевания был практически одинаковым и составил 16,9% и 16,1% соответственно. В основном, больные поступили в сроки от 7 до 24 часов от начала заболевания (в основной группе - 72,5%, в контрольной - 60,8%). В то же время отмечено достоверное преобладание поступивших позже 24 часов от начала заболевания больных контрольной группы по сравнению с основной (23,1% и 10,6% соответственно).

Подчеркивая преимущества ЭВХ технологии перед традиционными способами оперативного доступа, в обязательном порядке подразумевают возможность осуществления диагностических процедур. Исходя из этого, нами была использована лапароскопия в случаях затруднения при установлении основной причины развившейся клиники острого живота, включая подозрение на острый аппендицит. По данным нашего исследования, применение лапароскопии позволило в 94 случаях исключить диагноз острого аппендицита у больных, поступивших с клиникой острого живота. Среди причин, симулирующих картину острого аппендицита, наиболее распространенными были гинекологические заболевания (61,7%), патология толстого кишечника (18,2%) и мочекаменная болезнь (12,8%). Это позволило предотвратить проведение напрасной аппендэктомии и осуществить необходимое и целенаправленное успешное профильное лечение в каждом конкретном случае.

Конверсия потребовалась в 25 случаях (4,79%). Основными причинами конверсии были разлитой перитонит (2,11%) и ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка (1,54%).

Данные, касающиеся частоты выявленных нами послеоперационных осложнений, свидетельствуют о выраженном преимуществе использования методики лапароскопической аппендэктомии перед традиционной (таблица 7). Как видно из таблицы 7, отмечается достоверная разница частоты послеоперационных осложнений в сравниваемых группах, а именно ее преобладание у больных, подвергшихся традиционной аппендэктомии, более чем в 4 раза ( $p < 0,05$ ). При этом особое различие мы получили по таким

осложнениям, как абсцесс брюшной полости (в 7,4раза) и нагноение раны (в 3,4 раза).

**Таблица 7. - Ранние осложнения после аппендэктомии**

| Вид осложнения              | Основная группа (n=521) |             | Контрольная группа (n=428) |             | p                |
|-----------------------------|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------|------------------|
|                             | N                       | %           | N                          | %           |                  |
| Нагноение раны              | 6                       | 1,15        | 17                         | 3,97        | <0,001           |
| Послеоперационный перитонит | -                       | -           | 1                          | 0,23        | -                |
| Спаечная болезнь            | -                       | -           | 3                          | 1,63        | -                |
| Кровотечение                | -                       | -           | 2                          | 0,46        | -                |
| Абсцесс брюшной полости     | 1                       | 0,19        | 10                         | 2,3         | <0,001           |
| Пневмония                   | 2                       | 0,38        | 3                          | 0,7         | >0,05            |
| <b>Всего</b>                | <b>9</b>                | <b>1,72</b> | <b>36</b>                  | <b>8,36</b> | <b>&lt;0,001</b> |

Одним из весомых критериев эффективности проведенного лечения является время пребывания на больничной койке. По нашим данным, средняя продолжительность госпитализации после лапароскопической аппендэктомии составляла  $2,5 \pm 0,6$  койко-дня. У больных, которым была проведена конверсия, средняя продолжительность госпитализации составляла 9,6 дней. Средняя продолжительность госпитализации после открытой аппендэктомии составляла  $5,7 \pm 0,8$  дней. Существенным преимуществом лапароскопической технологии является отсутствие спаечной болезни, которая наблюдалась у 1,63% пациентов, подвергшихся традиционной аппендэктомии.

У основной группы эхинококковые кисты располагались преимущественно в правой доле печени (61,2%). Следует подчеркнуть, что в этой группе хорошо просматривались все сегменты левой доли и три сегмента правой. Восьмой сегмент не поддавался визуализации ввиду невозможности технического осуществления доступа к данному сегменту, что является недостатком методики ЭВХ.

В контрольной группе кисты также преимущественно располагались в правой доле (61,8%), в том числе у 14,5% в VIII сегменте. Диаметр эхинококковых кист варьировал от 4 до 12см. При этом у больных основной и контрольной групп преобладали кисты с диаметром от 4 до 7 см (69,8% и 54,6% соответственно). У 84 пациентов основной группы были одиночные, а у остальных имели место дочерние кисты. Необходимо отметить, что при лапароскопическом доступе основным условием проведения являлся не размер, а хорошая визуализация.

В контрольной группе традиционная эхинококкэктомия выполнялась из верхнесрединного (87) и подреберного (23) доступов. При этом эхинококкэктомия из печени с капитонажем остаточной полости по Дельбе

выполнена у 73 (66,4%), эхинококкэктомия с оментопластикой остаточной полости - у 24 (21,8%), атипичная резекция печени - у 4 (3,6%), эхинококкэктомия с ушиванием желчных свищей и дренированием остаточной полости - у 9 (8,2%) пациентов. Продолжительность операции в основной группе больных в среднем составила  $78,4 \pm 3,6$  мин, а в контрольной группе -  $101,5 \pm 4,1$  мин.

Длительность стационарного лечения больных основной группы была от 5 до 8 суток (в среднем  $6,1 \pm 0,7$  дней). При традиционной эхинококкэктомии пребывание больного в стационаре составило 10-14 дней (в среднем  $12,1 \pm 0,8$  дней).

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений у больных эхинококкозом печени показал, что в основной группе они наблюдались почти в два раза реже (12,5%), по сравнению с контрольной группой (24,5%). У больных основной группы наиболее распространенным осложнением было желчеистечение из остаточной полости (5,2%) в объеме от 50 до 150мл, которое самостоятельно прекращалось на 3-5 сутки. Исход у всех больных был благоприятным.

В контрольной группе преобладали инфекционные осложнения, такие как нагноение операционной раны (10,9%), нагноение остаточной полости (7,3%), подпеченочный абсцесс (2,7%). Следует отметить, что вышеуказанные осложнения отягощали послеоперационное течение и приводили к удлинению срока лечения (в среднем на  $11,3 \pm 1,4$  дней).

Полученные результаты подтверждают факт более выраженного лечебного эффекта при эндовидеохирургической технологии при условии строгого отбора пациентов и соблюдения принципов антипаразитарной обработки.

Анализ результатов 204 видеолaparоскопий при тупой травме органов брюшной полости показал, что среди повреждений преобладали травмы печени (39,7%) и селезенки (32,8%). Повреждения тонкого и толстого кишечника составили 17,1%. Подавляющее большинство больных с тупой травмой живота (80,5%) поступили в срок до 3 часов с момента получения травмы, а в срок до 6 часов - 92,7% пациентов. Запоздалая госпитализация (свыше 6 часов) отмечена у 7,3% больных, что негативно повлияло на течение травмы, способствовало развитию осложнений.

Среди причин травмы живота наиболее распространенными являлись дорожно-транспортные происшествия (64,2%). Второе ранговое место занимало падение с высоты (22,6%). Сдавление было причиной травмы живота у 27 пациентов (13,2%).

Среди обследованных нами больных у 74 (36,3%) наблюдались сочетанные травмы, которые отягощали течение заболевания и способствовали ухудшению состояния пациентов: повреждения трубчатых костей - у 22 (10,8%); черепно-мозговая травма - у 21 (10,3%); травма груди - у 26 (12,7%) и повреждение позвоночника - у 5 (2,5%). Свидетельством тяжести полученной травмы являлся шок различной степени тяжести. Удельный вес больных,



поступивших в шоковом состоянии, составил 57,3% (с 1 степенью - 13,2%, со 2 степенью - 24,0%, с 3 степенью - 20,1%).

Характер проведенных операций приведен в таблице 8. Следует особо подчеркнуть, что в 38 наблюдениях (18,6%) при диагностической лапароскопии повреждений паренхиматозных и полых органов не было обнаружено, что позволило избежать напрасной лапаротомии и завершить лапароскопию с установлением силиконовой трубки в малый таз.

**Таблица 8. - Характер операций при травме живота**

| <b>Виды операций</b>                                                        | <b>Основная группа (n=103)</b> | <b>Контрольная группа (n=101)</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Ушивание раны печени</b>                                                 | -                              | 41                                |
| <b>Электрокоагуляция раны печени</b>                                        | 16                             | -                                 |
| <b>Электрокоагуляция раны стенки живота</b>                                 | 6                              | -                                 |
| <b>Электрокоагуляция раны селезенки</b>                                     | 4                              | -                                 |
| <b>Коагуляция разрыва круглой связки печени</b>                             | 2                              | -                                 |
| <b>Спленэктомия</b>                                                         | -                              | 40                                |
| <b>Ушивание тонкого кишечника</b>                                           | -                              | 16                                |
| <b>Ушивание толстого кишечника</b>                                          | -                              | 3                                 |
| <b>Дренирование сальниковой сумки с холецистостомией</b>                    | -                              | 1                                 |
| <b>Диагностическая лапароскопия (без повреждения внутренних органов)</b>    | 38                             | -                                 |
| <b>Видеолапароскопия с аспирацией крови и дренированием брюшной полости</b> | 14                             | -                                 |
| <b>Видеолапароскопия с переходом на лапаротомию</b>                         | 23                             | -                                 |

Как видно из таблицы 8, в основной группе у 40,8% была осуществлена лечебная лапароскопия. Среди лапароскопических вмешательств преобладали коагуляция печени (15,5%) и аспирация крови с дренированием брюшной полости (13,6%). При этом поверхностное повреждение печени и связок, остановившееся кровотечение (объемом до 300-400 мл), стабильная гемодинамика, отсутствие симптомов перитонита позволяли завершить лапароскопию с аспирацией крови и подведением трубчатого дренажа. В 23 случаях (22,3%) наличие в брюшной полости крови в объеме, превышающем 400 мл, либо кишечного содержимого, либо мутного экссудата и наложения фибрина на брюшине явились показанием к переходу на лапаротомию. Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных контрольной группы более чем в 2 раза превышали таковые в основной. При этом преобладали инфекционные осложнения (нагноение раны, абсцессы и острые респираторные осложнения).

Желчеистечение у 3 пострадавших прекратилось самостоятельно при консервативной терапии на 14-24 сутки после операции, а в 3 случаях потребовалась повторная операция.

В основной группе в 5 (4,85%) случаях возникшие послеоперационные осложнения (поддиафрагмальный абсцесс, кровотечение, ранняя спаечная непроходимость) были устранены путем релапароскопии. В контрольной группе в 13 случаях (12,8%) понадобилась релaparотомия из-за развития несостоятельности швов кишечника, перитонита, ранней тонкокишечной спаечной непроходимости и других осложнений.

По результатам наших исследований, в основной группе все повторные операции были успешно завершены путем релапароскопии, что позволило снизить вероятность развития значительной травмы (характерной для открытого доступа) и риск проведения повторной операции.

Умерло после операций 8 пациентов, в том числе в основной (1) и в контрольной (7) от разлитого перитонита, полиорганной недостаточности, острой сердечной недостаточности. Из них у большинства (5) имела политравма и шок 3 степени.

Таким образом, внедрение ургентной видеолапароскопии позволяет избегать напрасной лапаротомии у 18,6% пострадавших с травмой живота, что имеет исключительно важное значение у пациентов с тяжелой сочетанной травмой. Диагностическая видеолапароскопия в 22,3% случаев за короткое время позволяет установить топический диагноз и наметить оптимальный план последующего оперативного вмешательства путем лапаротомии. Лечебную лапароскопию удалось выполнить в 40,8% случаев, тем самым удалось снизить риск оперативного вмешательства и улучшить результаты лечения.

Сравнительный анализ структуры обследованных больных с гинекологическими заболеваниями, подвергшихся оперативному лечению традиционным и лапароскопическим способами, представлен в таблице 9.

**Таблица 9. - Структура обследованных больных с гинекологической патологией в зависимости от характера вмешательства**

| Характер заболевания     | Основная группа |      | Контрольная группа |      | p       |
|--------------------------|-----------------|------|--------------------|------|---------|
|                          | N               | %    | n                  | %    |         |
| Экстренная               |                 |      |                    |      |         |
| Внематочная беременность | 290             | 22,3 | 135                | 52,5 | <0,001  |
| Перекрут ножки кисты     | 147             | 11,3 | 9                  | 3,5  | <0,001* |
| Пельвиоперитонит         | 95              | 7,3  | 9                  | 3,5  | <0,05*  |
| Апоплексия               | 65              | 5,0  | 18                 | 7,0  | >0,005  |
| Плановая                 |                 |      |                    |      |         |
| Киста яичника            | 382             | 29,4 | 72                 | 28,1 | >0,05   |

|                                |             |            |            |            |          |
|--------------------------------|-------------|------------|------------|------------|----------|
| Непроходимость маточной трубы  | 208         | 16,0       | -          | -          | -        |
| Отягощенный акушерский анамнез | 61          | 4,7        | -          | -          | -        |
| Дермоидная киста               | 39          | 3,0        | 5          | 1,9        | >0,05*   |
| Кистома                        | 13          | 1,0        | 9          | 3,5        | <0,001*  |
| <b>Всего</b>                   | <b>1300</b> | <b>100</b> | <b>257</b> | <b>100</b> | <b>-</b> |

Как видно из таблицы 9, у плановых больных как основной, так и контрольной групп преобладала патологии яичника, удельный вес которой, в совокупности, составил 33,4% и 33,5% соответственно. Второе значимое место занимала непроходимость маточных труб (16%), по поводу которой были оперированы больные только лапароскопическим способом. У экстренных больных основной патологией, по поводу которой производилось оперативное вмешательство, была внематочная беременность.

Удельный вес больных с ранней (до 6 часов) госпитализацией в основной и контрольной группе составили 42,5% и 38,1% соответственно, в то время как больных с запоздалой (> 24 ч) в контрольной группе составили 13,5%, в основной группе - 6,4%, что было обусловлено атипичным течением заболевания, самолечением пациентов и диагностическими ошибками на догоспитальном этапе. У больных с запоздалой госпитализацией медицинским персоналом затрачивалось более продолжительное время на проведение диагностических процедур и выявление истинной картины заболевания. У больных основной группы лапароскопия способствовала более ранней диагностике острого гинекологического заболевания и завершению операции с применением лапароскопической технологии.

Нами проведен анализ вида оперативного вмешательства, проведенного обследуемому контингенту женщин (таблица 10). Как видно из таблицы 10, у подавляющего большинства (83,5%) операции были выполнены с применением лапароскопической технологии, что соответствует литературным данным [Гарелик В.П. с соавт., 2006; Дронов А.Ф., 2006; Федоров И.В. с соавт., 2007].

**Таблица 10.- Вид оперативных вмешательств обследуемому контингенту женщин**

| Виды операций                          | Основная группа (n=1300) |      | Контрольная группа (n=257) |      | p      |
|----------------------------------------|--------------------------|------|----------------------------|------|--------|
|                                        | N                        | %    | n                          | %    |        |
| Коагуляция яичника                     | 96                       | 7,4  | 18                         | 7,0  | >0,05  |
| Санация и дренирование брюшной полости | 95                       | 7,30 | 9                          | 3,5  | <0,05* |
| Тубэктомия                             | 322                      | 24,8 | 179                        | 69,6 | <0,001 |
| Кистэктомия                            | 185                      | 14,2 | 39                         | 15,2 | >0,05  |
| Резекция яичника                       | 61                       | 4,7  | 12                         | 4,7  | >0,05  |
| Сальпинголизис                         | 308                      | 23,6 | -                          | -    | -      |
| Энуклеация яичника                     | 168                      | 13   | -                          | -    | -      |
| Стерилизация маточных труб             | 65                       | 5    | -                          | -    | -      |

При этом основной операцией, которой подверглись больные сравниваемых групп, была тубэктомия, удельный вес которой у оперированных открытым способом превышал, по сравнению с основной группой, в 2,8 раза ( $P<0,001$ ). Следует отметить, что в основной группе выполнялся ряд оперативных вмешательств, который не проводился у больных контрольной группы. К их числу относился сальпинголизис, занявший второе ранговое место в структуре оперативных вмешательств в этой группе. К ним также относились энуклеация яичника и стерилизация маточных труб, то есть вышеуказанные небольшие по объему оперативные вмешательства в настоящее время мы выполняем исключительно с применением лапароскопической технологии. Нами не получено особых различий в частоте выполненных операций, таких как кистэктомия, коагуляция яичника и резекция яичника. Однако нами отмечены существенные различия в частоте выполненных санаций и дренирований брюшной полости при пельвиоперитонитах, показатель которых в основной группе превышал более чем в два раза данные группы контроля ( $P<0,001$ ), так как при отсутствии противопоказаний отдавалось предпочтение ЭВХ.

Анализ интраоперационных осложнений показал, что частота кровотечений незначительно больше у больных контрольной группы (3,9%) по сравнению с основной (2,3%). С освоением методики и увеличением количества проводимых операций мы отмечали уменьшение частоты кровотечений при ЭВХ генитальных органов до 0,8%.

Среди причин конверсии наиболее распространенными были кровотечение - у 2,3% и большие объемные образования - у 1,3% (кистома и дермоидная киста). Выраженный спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости и перитонит разлитого характера встречались у 1,07% и 0,6% больных соответственно. Во всех случаях конверсии результаты операции были благоприятными.

Анализ структуры послеоперационных осложнений у обследованного контингента женщин представлен в таблице 11.

**Таблица 11.- Структура послеоперационных осложнений**

| Виды осложнений                  | Основная группа (n=1300) |             | Контрольная группа (n=257) |              | p                               |
|----------------------------------|--------------------------|-------------|----------------------------|--------------|---------------------------------|
|                                  | N                        | %           | n                          | %            |                                 |
| Нагноение раны                   | 16                       | 1,23        | 14                         | 5,44         | $<0,001$                        |
| Кровотечение                     | 7                        | 0,53        | 5                          | 1,94         | $<0,05^*$                       |
| Абсцесс брюшной полости          | 3                        | 0,23        | 2                          | 0,77         | $>0,05^*$                       |
| Спаечная кишечная непроходимость | 2                        | 0,15        | 2                          | 0,77         | $>0,05^*$                       |
| Послеоперационная грыжа          | 8                        | 0,61        | 9                          | 3,5          | $<0,001^*$                      |
| <b>Всего</b>                     | <b>36</b>                | <b>2,76</b> | <b>32</b>                  | <b>12,45</b> | <b><math>&lt;0,001^*</math></b> |

Как видно из таблицы 11, у больных основной группы послеоперационные осложнения наблюдались в 2,76% случаях, в контрольной группе – в 12,45%. Среди них абсцесс брюшной полости и спаечная кишечная непроходимость, удельный вес которых составил 0,15% и 0,77% соответственно, развивались на 4-9 сутки у больных с пельвиоперитонитом, что потребовало релапаротомии для их устранения.

У больных, оперированных открытым доступом, наиболее распространенными осложнениями были послеоперационная грыжа, нагноение ран и кровотечение.

В большинстве случаев (у 5 из 7) кровотечение, которое наблюдалось у пациентов основной группы, было остановлено путем релапароскопии. В контрольной группе ведущими были инфекционные осложнения (нагноение лапаротомной раны и абсцесс брюшной полости), наблюдавшиеся в 6,12% случаев, которые отягощали послеоперационное течение и удлинляли сроки реабилитации пациентов. Кроме того, нагноение ран служило основной причиной развития послеоперационных грыж.

Таким образом, анализ результатов наших исследований свидетельствует о том, что при отсутствии противопоказаний лапароскопическая технология является методом выбора лечения больных с острыми и хроническими гинекологическими заболеваниями. Данные исходов оперативного лечения свидетельствуют о том, что эндоскопический метод, по сравнению с традиционным, отличается малой травматичностью, возможностью использования в условиях дневного стационара, высокой эффективностью (отсутствие послеоперационного пареза кишечника, значительно меньший удельный вес случаев нагноения операционной раны, развития спаечного процесса и вентральных послеоперационных грыж в отдаленные сроки), а также хорошим косметическим эффектом.

Сравнительный анализ стоимости лечения больных с хроническим холециститом основной и контрольной групп показал, что суммарные затраты на лечение больного традиционным способом составили 1419,32 сомони, что на 994,61 сомони превышает затраты при лапароскопической холецистэктомии. Суммарные затраты включали: оплату труда врачей; среднего, младшего и прочего персонала; начисления на заработную плату; стоимость питания, медикаментов, лабораторных услуг, износа малоценных и быстроизнашивающихся предметов, износа зданий и помещения и прочих накладных расходов. Необходимо подчеркнуть, что каждая из вышеперечисленных затрат у контрольной группы в разы превышала аналогичные затраты у основной группы. Так, время пребывания на больничной койке у оперированных традиционным способом в 3,3 раза превышало время у больных основной группы. При этом коэффициент рентабельности у контрольной группы в 3,3 раза превышал основную группу.

Суммарные затраты при проведении открытой аппендэктомии в 1,7 раза превышают стоимость лапароскопической. В то же время необходимо отметить, что средняя стоимость пребывания больного, оперированного лапароскопически, на 44,13 сомони превышает стоимость традиционной аппендэктомии. Однако за

счет длительности пребывания общие расходы на лечение в основной группе сокращаются. Эффективность лечения достигалась за счет уменьшения удельного веса ранних осложнений путем своевременной диагностики и их последующего устранения, позволявших избежать проведения широкой лапаротомии и, соответственно, перевода в реанимационное отделение.

При проведении эхинококкэктомии из лапаротомного доступа затрачивается в общем 1542,21 сомони, что в 2,04 раза превышает сумму, расходуемую при лапароскопическом способе. Надо подчеркнуть, что наибольшая разница стоимости одного койко-дня (в 1,54 раза) нами выявлена при лечении этой патологии. Также, между этими больными отмечена выраженная разница (3,2 раза) в длительности лечения.

Экономическая эффективность эндовидеохирургической технологии, используемой при патологии органов малого таза, нами рассчитана на примере кисты яичника и внематочной беременности. Длительность пребывания больных, оперированных как по поводу кисты яичника, так и по поводу внематочной беременности, была одинаковой. Также, особо не различается и стоимость одного койко-дня, с некоторым преимуществом у оперированных лапароскопически. Однако стоимость одной операции у оперированных традиционным способом превышает лапароскопическую. Различие при внематочной беременности составило 1,6 раза, а при кисте яичника - 1,46 раза.

Преимуществом эндоскопического метода лечения, помимо малой травматичности и хорошего косметического эффекта, была возможность использования его в условиях дневного стационара, поскольку методика позволяла избегать послеоперационного пареза кишечника, нагноения операционной раны, развития спаечного процесса и вентральных послеоперационных грыж в отдаленные сроки. Наши данные согласуются с данными других авторов [Запорожан В.Н., 2000; Адамян Л.В. с соавт., 2002].

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что экономически более оправдано применение эндовидеохирургической технологии в оперативном лечении хронического холецистита, аппендицита, эхинококкоза печени и заболеваний органов малого таза (киста яичника, внематочная беременность). Целесообразность использования подтверждалась не только суммарными затратами на лечение, но и временем пребывания на койке, что обусловлено малой травматичностью и хорошим косметическим эффектом, своевременной точной диагностикой, низким удельным весом интра- и послеоперационных осложнений, включая необоснованные лапаротомии. Вышеуказанное в современных условиях лимитирования финансовых ресурсов, увеличения потока малообеспеченных и, соответственно, недообследованных больных, в частности, неотложных, способствует обеспечению качественной хирургической помощи, оказываемой населению, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Социально-гигиенический анализ показал, что обследованные больные с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза в основном были представлены жителями сельской местности, женского пола, из числа домохозяек (за исключением больных с травмой живота), трудоспособного возраста с низким уровнем образования, временно не работающих ввиду высокого уровня их детности (за исключением гинекологических больных). Выявлена зависимость выбора способа хирургического лечения от степени информированности населения о преимуществах видеолaparоскопии и наличия соответствующего оборудования и подготовленного специалиста в лечебном учреждении [6-А, 7-А, 11-А, 22-А, 23-А].

2. Среди основных причин развития осложнений при видеолaparоскопических вмешательствах отмечены: необоснованное расширение показаний к операции, допускаемые хирургом тактические ошибки и технические погрешности, которые предотвратимы в случае соблюдения принципов отбора пациентов и повышения уровня квалификации оперирующего специалиста [14-А, 15-А, 27-А, 28-А].

3. Социально-экономическая эффективность применения эндовидеохирургической технологии в оперативном лечении хронического холецистита, острого аппендицита, эхинококкоза печени и заболеваний органов малого таза подтверждается уменьшением времени пребывания на койке, частоты интра- и послеоперационных осложнений и, соответственно, суммарных затрат на лечение, что в современных условиях лимитирования финансовых ресурсов, увеличения потока больных, в частности неотложных, способствует обеспечению качественной и доступной хирургической помощи населению [5-А, 10-А, 24-А, 39-А, 40-А].

4. Применение видеолaparоскопии в экстренной хирургии органов брюшной полости и малого таза способствует своевременной установке точного диагноза и завершению операции эндохирургическим способом без напрасной лапаротомии, что существенно улучшает результаты лечения [3-А, 8-А, 9-А, 29-А, 31-А].

5. Используемая методика экономического расчета стоимости лечения больных в зависимости от способа оперативного вмешательства является высокоинформативной при оценке деятельности хирургического стационара и позволяет экономически обосновать целесообразность применения эндовидеохирургической технологии на современном этапе [12-А, 13-А, 16-А, 35-А, 41-А].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. В целях улучшения качества оказания хирургической помощи целесообразно оснащение многопрофильных областных, городских и центральных районных больниц, вне зависимости от форм собственности и ведомственной принадлежности, видеолaparоскопическим оборудованием с организацией дежурных профильных бригад для обеспечения плановой и экстренной видеолaparоскопической помощи населению.

2. Для обеспечения рационального использования лапароскопической технологии необходима централизация пациентов, нуждающихся в видеоэндохирургической помощи.

3. У больных с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы в целях профилактики кардиальных осложнений лапароскопическую операцию следует проводить в условиях мониторинга гемодинамики и щадящего режима карбоксиперитонеума.

4. В целях достижения социального равенства между различными слоями населения и увеличения доступа к медицинским услугам, особенно малообеспеченных, в частности видеоэндохирургической помощи, необходимо принятие соответствующих нормативно-правовых документов или внесение поправок к действующим законодательным актам, касающихся вопросов государственно-частного партнерства.

## **СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА НАУК**

### **Статьи в рецензируемых журналах:**

1- А. Назаров Ф.Н. История и проблемы эндовидеохирургии в Таджикистане / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов //Ж. «Известия Академии наук Республики Таджикистан». - Душанбе.- 2013. - №1.- С. 72-76.

2 - А. Назаров Ф.Н. Состояние оксидантного статуса и перекисного окисления липидов при остром калькулёзном холецистите / Ф.Н. Назаров, Ф.Б. Бокиев, Х.Б. Едалиева, А.М. Сабурова, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Доклады Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- №1.- С. 78-81.

3- А. Назаров Ф.Н. Диагностическая и лечебная видеолaparоскопия при травме живота / Ф.Н. Назаров, Т. Г. Гульмурадов, Х.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Известия Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- № 3-4 (184).-С. 44-48.

4- А. Назаров Ф.Н. Изменения центральной гемодинамики при лапароскопической холецистэктомии у больных с желчно каменной болезнью /Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Д.Б. Хамидов, И.Х. Уразов// Ж. «Доклады Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- №9.- Том. 56.- С. 750-755.

5- А.Назаров Ф.Н. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени / Ф.Н. Назаров, Д.С. Сангов, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2013. - №3.- С. 53-57.

6- А.Назаров Ф.Н. Результаты лапароскопических операции при гинекологических заболеваниях / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Х.Ш. Сабурова// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2013. - №4.- С. 31-35.



- 7- А.Назаров Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2013.- №4.- С. 51-57.
- 8- А.Назаров Ф.Н. Диагностика и лечение абдоминальных поврежденных при сочетанных травмах / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2013.- №4.- С. 57-61.
- 9- А. Назаров Ф.Н. Проблемы первой помощи при сочетанных травмах / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров// Ж. «Вестник Таджикского национального университета».- Душанбе: Сино.- 2014.- №1/1(126) .- С. 233-237.
- 10-А.Назаров Ф.Н. Диагностическая и лечебная лапароскопия при остром аппендиците / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Вестник Таджикского национального университета».- Душанбе: Сино.- 2013.- №1/3 (110).- С. 200-203.
- 11-А.Назаров Ф.Н. Социально-экономические аспекты применения лапароскопической технологии в лечении желчнокаменной болезни / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т. Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник Таджикского национального университета». -Душанбе: Сино.- 2013.- №1/3 (110).- С. 240-244.
- 12-А.Назаров Ф.Н. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении острого аппендицита / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Вестник Педагогического университета».- Душанбе.- 2014.- №2 (57).- С. 219-222.
- 13-А.Назаров Ф.Н. Социально-гигиеническая и экономическая эффективность эндовидеохирургии в лечении желчнокаменной болезни // Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т. Г. Гульмурадов // Ж. «Вестник Педагогического университета».- Душанбе.- 2014.- №2(57).- С. 214-218.
- 14-А.Назаров Ф.Н. Оценка медико-социальной эффективности применения видеолaparоскопической технологии в хирургии / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гулмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2014.- №2.- С. 50-56.
- 15-А.Назаров Ф.Н. Клинико-экономический анализ эффективности лапароскопического и традиционного методов лечения острого аппендицита / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник академии медицинских наук Таджикистана».- Душанбе.- 2017.- №4 (24).- С. 47-51.
- 16-А.Назаров Ф.Н. Применение эндовидеохирургических технологии и их эффективность при оперативном лечении гинекологических больных Хатлонской области / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2017.- №4.- С. 30-37.

**17-А.** Назаров Ф.Н. Эффективность эндохирургического лечения эхинококкоза печени / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». - 2018.- №4.- С. 45-51.

### **Монография**

**18-А.** Назаров Ф.Н. Огнестрельные ранения живота с повреждением ободочной кишки/ Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов // Душанбе: Ирфон.- 2014.- 132 с.

### **Статьи и тезисы в сборниках конференции:**

**19-А.** Назаров Ф.Н. Состояние и перспективы развития эндохирургической службы в Республике Таджикистан / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов//Ж.«Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2001.- №4 - С. 43-44.

**20-А.** Назаров Ф.Н. Парапузырный инфильтрат и его влияние на ход лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев //Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2001.- №4.- С.- 196-197.

**21-А.** Назаров Ф.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев, Т.Г. Гульмурадов// 7-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2003.- С. 267-268.

**22-А.** Назаров Ф.Н. Лапароскопические операции при острых заболеваниях органах брюшной полости. / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, Д.С. Бабаджанов, М.Ш. Партов, А.М. Курбанов //Материалы X юбилейного московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2006.- С. 144

**23-А.** Назаров Ф.Н. Применение видеоэндохирургической технологии в диагностике и лечении абдоминальных патологий / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, Д.С. Бабаджанов, А.М. Курбанов, А.Н. Хакимов// Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области.- Курган – Тюме.- 2007.- С. 89-91.

**24-А.** Назаров Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Д.С. Бабаджанов// Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием.- Турсунзаде.- 2007.- С. 27-29.

**25-А.** Назаров Ф.Н. Состояние и перспектива развития неотложной хирургической помощи в Хатлонской области / Ф.Н. Назаров, Д.С.

Бабаджанов //Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области. Курган – Тюме.- 2007.- С. 3-5.

**26-А.** Назаров Ф.Н. Перспективы развития эндохирургической службы в Республике Таджикистан и её социально-экономические аспекты / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов //Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области. -Курган – Тюме.- 2007.- С. 13-17.

**27-А.** Назаров Ф.Н. Возможность лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, А.Н. Хакимов, А.М. Курбанов, Х. Кассиров, Т.С. Бекназаров// Материалы XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2009.- С. 218-219.

**28-А.** Назаров Ф.Н. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А.Н. Хакимов, А.М. Курбанов, Х. Кассиров, Т.С. Бекназаров// Материалы XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва.- 2009.- С. 219-220.

**29-А.** Назаров Ф.Н. Видеоэндохирургические методы в диагностике и лечении абдоминальных повреждений сочетанных травм / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, А.М. Курбанов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе. 2009. - №1.- С. 223-225.

**30-А.** Назаров Ф.Н. Эндоскопические вмешательства при желтухе механического генеза / Ф.Н. Назаров, А.Ф. Мирзозода, А.М. Курбанов, А.Н. Хакимов, Ё.Д. Бояков// Материалы XIV Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2010.- С. 246-247.

**31-А.** Назаров Ф.Н. Видеоэндохирургические методы в диагностике и лечении абдоминальных повреждений сочетанных травм / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, А.М. Курбанов// Материалы II международного конгресса травматологов и ортопедов. – Москва.- 2011.- С. 209-210.

**32-А.** Назаров Ф.Н. Клинические аспекты тотальной внутривенной анестезии с кетаминном при лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, В.Т. Сатторов, Д.С. Саидов, У.У. Ёров, К.Б. Сатторов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2011. - №2.- С. 180-181.

**33-А.** Назаров Ф.Н. Возможность лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, Ё.Д. Бояков, А.М. Курбанов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2011. - №2.- С. 181-182.

**34-А.** Назаров Ф.Н. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров //Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе.- 2011.- С. 142.

**35-А.** Назаров Ф.Н. Социально-экономические аспекты эндохирургии и её эффективность у больных с холециститом / Ф.Н. Назаров, А.М. Курбанов,

В.Т. Сагторов, У.У. Ёров// Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе/- 2011.- С. 49.

**36-А.** Назаров Ф.Н. Эндоскопические вмешательства при желтухе механического генеза / Ф.Н. Назаров, А.Ф. Мирзозода, А.М. Курбанов// Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе.- 2011.- С. 50.

**37-А.** Назаров Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гулмурадов //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2014.- №2.-С.35-41.

**38-А.** Назаров Ф. Н. Возможности видеолaparоскопической диагностики и лечения изолированных и сочетанных повреждений печени/ Ф. Н. Назаров, Х.Н. Назаров, Х.А. Пиров, У.У. Ёров//Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2014.- №2.-С.47-50.

**39-А.** Назаров Ф.Н. Диагностическая и лечебная видеолaparоскопия при остром аппендиците / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, А.М. Курбанов, Х.А. Пиров// Материалы ежегодной XXI научно-практической конференции. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2015.-С.166-168.

**40-А.** Назаров Ф.Н. Результаты лапароскопических операций при гинекологических заболеваниях / Ф.Н. Назаров, Х.Ш. Сабурова, С.С. Бурхонова// Материалы ежегодной XXI научно-практической конференции. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2015.- С.168-171.

**41-А.** Назаров Ф.Н. Эндохирургическая технология: эффективность в оперативном лечении гинекологических больных в Хатлонской области/ Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов //Материалы научно-практической конференции посвященной 26-летию Независимости Республики Таджикистан.-2017.- С.113-114.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

|             |   |                                                                                     |
|-------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------|
| АД          | - | артериальное давление                                                               |
| АМН         | - | Академия медицинских наук                                                           |
| ГОУ         | - | государственно-образовательное учреждение                                           |
| ГУ          | - | государственное учреждение                                                          |
| ЖКБ         | - | желчнокаменная болезнь                                                              |
| ИПО в СЗ РТ | - | Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан |
| КП          | - | карбоксиперитонеум                                                                  |
| ЛА          | - | лапароскопическая аппендэктомия                                                     |

|     |   |                                   |
|-----|---|-----------------------------------|
| ЛХЭ | - | лапароскопическая холецистэктомия |
| МДА | - | малоновый диальдегид              |
| ОХ  | - | острый холецистит                 |
| ПОЛ | - | перекисное окисление липидов      |
| СОД | - | супероксидсмутаза                 |
| ТХЭ | - | традиционная холецистэктомия      |
| ЦГ  | - | центральная гемодинамика          |
| ЭВХ | - | эндовидеохирургия                 |

**МТД «ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ  
КОРМАНДОНИ СОҶАИ ТАНДУРУСТИИ  
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

**УДК 614.2; 617-089**

**НАЗАРОВ ФАЙЗАЛӢ НАСРУЛЛОЕВИЧ**

**ҶАНБАҲОИ ТИББӢ-ИҶТИМОИИ ЭНДОҶАРРОҲӢ ДАР  
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН ВА ДУРНАМОИ РУШДӢ ОН ДАР  
ШАРОИТИ НАВИ ИҶТИМОӢ-ИҚТИСОДӢ**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ  
ДОКТОРИ ИЛМҲОИ ТИБ**

**аз ихтисоси 14.02.03 – сиҳатии ҷомеа ва тандурустӣ**

**Мушовирони илмӣ:**

**Аҳмедов А.** корманди шоистаи Тоҷикистон, узви вобастаи АИТ ВТ ва ҲИА ҚТ ва узви хориҷии АИТ ФР, доктори илмҳои тиб, профессор  
**Гулмуродов Т.Г.** узви вобастаи АИТ ВТ ва ҲИА ҚТ, доктори илмҳои тиб, профессор

**Душанбе – 2019**

Таҳқиқот дар МТД « Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

**Мушовирони илмӣ: Аҳмедов Аламхон**

доктори илмҳои тиб, профессор, узви вобастаи АИТ Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва узви хориҷии АИТ ФР, корманди шоистаи Тоҷикистон.

**Гулмуродов Тошпулот Гулмуродович**

доктори илмҳои тиб, профессор, узви вобастаи АИТ Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Муқарризони расмӣ: Ғоибов Амонулло Ғоибович**

доктори илмҳои тиб, мудирӣ шӯъбаи пешгирии бемориҳои ғайрисироятӣ МД «Пажӯҳишгоҳи тиббии профилактикии Тоҷикистон».

**Салимзода Нусратулло**

доктори илмҳои тиб.

**Одинаев Ниёз Сафарович**

доктори илмҳои тиб , профессори кафедраи бемориҳои сироятӣ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

**Муассисаи пешбар:** Донишгоҳи тиббии Қазоқистон «Мактаби Олии сихатии ҷомеа»-и Ҷумҳурии Қазоқистон, ш. Алмаато

Ҳимояи диссертатсия "\_\_\_" \_\_\_\_\_ соли 2019 соати\_\_\_ дар чаласаи Шӯрои диссертатсионии 6Д.КОА-010 назди МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар суроғи 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139 баргузор мегардад, tajmedun.@tj

Бо диссертатсия дар китобхонаи МТД«Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ с. 2019 ирсол гардид

**Котиби илмӣ**  
**шӯрои диссертатсионӣ,**  
**н.и.т.**

**Г.Ҷ. Азимов**

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ҚОР**

**Муҳимияти таҳқиқот.** Солҳои охир рушди босуръати эндовидеочарроҳӣ (ЭВЧ) ва ташаккули он ҳамчун самти мустақил дар илми тиб мушоҳида мегардад, зеро ки он ба коҳиш ёфтани осеби чарроҳӣ, ихтисори давомнокӣ ва баланд бардоштани сифати табобати беморон нигаронида шудааст. Дар зимн, он идомаи табиӣи чарроҳии анъанавии абдоминалӣ буда, аз он танҳо бо андозаи дастрасӣ, ҳаракатҳои комилан дақиқ, воситаи таҷҳизот бо технологияи баланд фарқ мекунад [Емельянов, С.И. ва ҳаммуаллиф., 2006; Шулуто, А.М., 2006; Панин, С.И., 2013; Федоров, И.В. ва ҳаммуаллиф., 2013; Стрижелецкий, В.В., 2015; Sun, G.L. et al., 2012].

Технологияи эндовидеочарроҳӣҳо муодили холесистэктомияи анъанавӣ ба ҳисоб меравад, чунки бо савияи пойини фавт (то 1%), холесистэктомияи анъанавӣ, басомади осеббинии нойи талхароҳи умумӣ (0,32-0,59%), басомади пойини чарроҳӣҳои такрорӣ (0,5-1%) ва оризаҳо (2%-3%)-и муқоисашаванда тавҷам мебошад [Гальперин, Э.И., 2006; Савельев, В.С., 2006; Славин, Л.Е., 2010; Артемова, Н.Н., 2017; Bruncak P. et al., 2002; Livingston, E.N. et al., 2004;]. Аксарияти муаллифон афзалиятҳои қобили мулоҳизаи лапароскопия (усули муосири чарроҳии узвҳои дохили қовоқии шикам тавассути сӯроҳӣҳои наҷандон қалон (0,5-1,5см)-ро дар муолиҷаи беморҳои гинекологӣ, ки дар осеббардорӣи қамтар, самараи хуби қосметикӣ, қоҳишёбии муҳлати табобати бистарӣ ва офиятёбии босуръат ифода меёбад, қайд мекунанд [Адамян, Л.В. ва ҳаммуаллиф., 2007; Федоров, И.В. ва ҳаммуаллиф., 2007; 2013].

Истифодаи густардаи лапароскопия дар ташҳиси тафриқавии беморҳои чарроҳии шадид ташҳиси дуруст ва дар аксари ҳолатҳо худдорӣ аз лапаротомияи нолозимро фароҳам меоварад [Избасаров, Р.Ж. ва ҳаммуаллиф., 2010; Тимербулатов, В.М. ва ҳаммуаллиф., 2010].

Дар айни замон, масъалаи мақсаднокии корбурди эндовидеочарроҳӣ ҳангоми осеби шикам ҳанӯз ҳам баҳснок боқӣ мондааст [Хаджибаев, А.М. ва ҳаммуаллиф., 2010; Рутенбург, Г.М. ва ҳаммуаллиф., 2012; Kaban, G.K. et all., 2008; Becker, H.P. et all., 2009].

Солҳои охир дар бораи истифодаи технологияи эндоҷарроҳӣ дар муолиҷаи эхинококккози чигар иттилоот пайдо шуданд. Аммо, дар бораи нишондодҳо, тактикаи амалиёт, техника ва натиҷаҳои ояндаи эхинококкэктомияи лапароскопии чигар ҳанӯз ақидаи ягона вучуд надорад. [Махмадов, Ф.И. ва ҳаммуаллиф., 2013; Гулмурадов, Т.Г. ва ҳаммуаллиф., 2016; Seven R., 2000].

Таҳлили адабиёти тиббии муосир аз он шаҳодат медиҳад, ки ҳангоми амалиёти эндоҷарроҳӣ оризаҳое, ки ба ҷарроҳии гӯстардаи дастрасии лапаротомӣ ҳос аст, истиснос набуда, инчунин оризаҳои комилан наве, ки бо истифодаи технологияи эндоҷарроҳӣ алоқаманд мебошад, ҷой дорад. Ин далел зарурати омӯзиши амиқ ва таҳлили иштибоҳот ва оризаҳои амалиёти видеолапароскопиро тақозо менамояд [Федоров, А.В. ва ҳаммуаллиф., 2011; Сагитов, Р.Б., 2013].

Сарфи назар аз бартариҳои қотеонаи технологияи лапароскопӣ дар қиёс бо амалиёти анъанавии ҷарроҳӣ, як қатор масоили ҳалнашудаи истифодаи тактикии эндовидеочарроҳӣ, махсусан дар ҷарроҳии таъҷилӣ вучуд дорад, ки бо мушкилии ташкили корҳо, гаронии нархи таҷҳизоти истифодашавандаи эндовидеоӣ ва маблағгузориҳои нокифоя вобаста мебошад.

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷорӣ кардани технологияҳои нави тиббӣ дар шароити гузариш ба муносибатҳои бозаргонӣ бо мушкилиҳои муайяне тавҷом мебошад. Бинобар ташкили нодурусти меҳнат, техникаи гаронарзиши тиббӣ ғайриоқилона ва номуассир истифода мешавад. Илова бар ин, нишондиҳандаҳои беасоси зарурат ба ҷарроҳӣ густариш меёбанд, ки ба афзоиши басомади оризаҳо ва хароҷот барои муолиҷаи беморӣ оварда мерасонад [Ахмедов А. ва ҳаммуаллиф., 2002].

Хеле кам будани таҳқиқоти илмӣ доир ба ҷанбаҳои зикршуда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, зарурати тақмили эндоҷарроҳӣ дар шароити нави иқтисодӣ, асосноккунии илмӣ ҷанбаҳои тиббӣ-ичтимоӣ амалиёти видеолапароскопӣ гузаронидани пажӯҳишҳои амиктареро дар ин самт талаб менамоянд ва ҳамин далел буд, ки интиҳоби мавзӯи таҳқиқоти моро муайян намуд.

**Мақсади кор.** Корбурд ва тақмили ташкил намудани хизматрасонии эндовидеочарроҳӣ дар шароити нави иҷтимоӣ-иқтисодӣ мебошад.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Омӯхтани ҷанбаҳои иҷтимоӣ-гигиенинӣ корбурди технологияи видеолапароскопӣ дар ҷарроҳӣ.

2. Омӯзиши сабабҳо ва равандҳои пайдоиши оризаҳо ҳангоми амалиёти эндоҷарроҳӣ ва коркарди ҷораҳои муассири пешгирии он.



3. Гузаронидани арзёбии муқоисавии самаранокии ҷарроҳҳои эндоҷарроҳӣ ва анъанавии узвҳои ковокии шикам ва коси хурд.

4. Арзёбии самаранокии тиббӣ-ичтимоии корбурди технологияҳои эндоҷарроҳӣ хангоми бемориҳои ҷарроҳӣ ва гинекологӣ.

5. Коркарди ҷораҳои ташкилӣ доир ба муносибгардонии ҳадамоти эндовидеоҷарроҳӣ дар шароити нави иҷтимоӣ-иқтисодӣ.

**Навгони илмӣ.** Нахустин бор дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои иҷтимоӣ-гигиениӣ корбурди технологияи видеолапароскопӣ дар ҳадамоти ҷарроҳӣ мавриди омӯзиш қарор гирифтааст. Аввалин маротиба дар асоси арзёбии муқоисавии натиҷаҳои ҷарроҳҳои лапароскопӣ ва анъанавӣ муносибгардонии мӯҷоз будан ва мӯҷоз набудани амалиёти видеоэндоҷарроҳӣ, аз ҷумла коркарди тадбирҳо оид ба ташаккули ҳадамоти видеолапароскопии ташхисӣ ва ҷарроҳӣ дар шароити бахши бемористонӣ ба роҳ монда шудааст.

Дар асоси омӯзиши таъсири технологияи эндоҷарроҳӣ ба амалкарди системаи дилу рағҳои хунгард ва шушҳо ҷораҳои муосир оид доир ба коҳиш додани ҳавфи корбоксиперитонеуми шадид коркард гардиданд.

Сабабҳои нобарориҳо, иштибоҳот ва оризаҳо хангоми амалиёти эндоҷарроҳӣ ба мураттаб гардида ва тавсияҳо оид ба тактика, таҷриба ва методҳои ташхис ва муолиҷаи онҳо мавриди коркард қарор гирифтанд.

Барои нахустин бор дар Ҷумҳурии Тоҷикистон самаранокии иҷтимоӣ-иқтисодии ҷорӣ намудани технологияҳои эндоҷарроҳӣ ва коркарди тавсияҳои илмӣ-методӣ оид ба муносибгардонии ҳадамоти эндовидеоҷарроҳӣ асоснок карда шудааст.

### **Нуктаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшуда:**

1. Технологияи видеоэндоҷарроҳӣ методи муолиҷаи беморони гирифтори бемориҳои узвҳои ковокии шикам ва коси хурд дар ҳолати имконпазир будани истифодаи воридгоҳи (порталӣ) лапароскопӣ ва карбоксиперитонеуми шадид.

2. Корбурди технологияҳои видеолапароскопӣ бо самаранокии баланди тиббӣ ва иҷтимоӣ-иқтисодии онҳо вобастагӣ дорад.

3. Видеолапароскопияи таъҷилӣ хангоми бемориҳои шадиди абдоминалӣ ва гинекологӣ, саривақт муайян кардани ташхиси дақиқ ва пешгирии лапаратомияи беасосро имконпазир месозад.

4. Эхинококкэктомияи видеолапароскопӣ методи самаранок ва камтарини инвазивии муолиҷаи таъҷилии эхинококкози ҷигар дар ҳолати интиҳоби ҷиддии беморон ва риояи ҷораҳои пешгирии паҳншавии эхинококкози ҷигар мебошад.

5. Барои тақмил додани ҳадамоти бахши ҷарроҳӣ ва беҳтар намудани нишондиҳандаҳои фаъолияти он татбиқи технологияҳои муосири эндовидеоҷарроҳӣ зарур аст.

**Саҳми шахсии муаллифи диссертатсия.** Муаллиф мустақилона маҷмӯи маводи клиниро омода кард ва натиҷаҳои бадастомада ва

коркарди омории онҳоро ба таҳлили муқоисавӣ дар диссертатсия инъикос намуд.

**Таъйиди кор.** Натиҷаҳои бадастомада барои муносибгардонии муолиҷаи беморони гирифтори бемориҳои узвҳои ковокии шикам ва коси хурд бо истифода аз технологияи лапароскопӣ чун асос хизмат мекунамд.

Такмил додани ташкили хадамоти эндовидеочарроҳӣ, коркард ва татбиқи методҳои нави ташхис ва муолиҷа ба самарави муайяни иқтисодӣ аз ҳисоби ихтисори қабилӣ мулоҳизаи муҳлати бистарӣ ва хароҷоти муолиҷаи беморон имкон медиҳанд.

Натиҷаҳои бадастомада зарурати ташкили шуъбаҳои ҷарроҳии эндоскопӣ (дарунигорӣ ва ҷарроҳӣ) дар беморхонаҳои бисёрсоҳаро асоснок намуд.

Натиҷаҳои ҷарроҳиҳои эндоскопии узвҳои ковокии шикам ва коси хурд бартарии онҳоро нисбат ба ҷарроҳии анъанавӣ ошкор карданд.

Нақши қабилӣ мулоҳизаи лапароскопияи ташхисӣ ва муолиҷавӣ ғангоми осеб ёфтани узвҳои ковокии шикам муайян гардид.

Таҳлили иштибоҳот ва оризаҳои ғангоми ҷарроҳиҳои эндоскопӣ ба вучудодада, ба коркарди тавсияҳои илман асоснокшуда оид ба ҷораҳои пешгирии онҳо ва интиҳоби тактикаи муносиби табобати ҷарроҳӣ имкон фароҳам намуд. Мавади асосии диссертатсия дар анҷуманҳои III, IV ва V ҷарроҳони Тоҷикистон (Душанбе, солҳои 2000, 2005, 2011), конгресси X ҷашнии байналмилалӣ оид ба ҷарроҳии эндоскопӣ (Москва, 2006), конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-амалӣ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ таҳти унвони «Нақши технологияи муосири тиббӣ дар беҳгардонии сифати ҳаёти бемор» (Турсунзода, 2007), конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-амалии ҷарроҳон (Бохтар, 2007), анҷумани 1 осебшиносон рафдонони Тоҷикистон (Душанбе, 2009), конференсияи илмӣ-амалии ҷарроҳони вилояти Хатлон дар мавзӯи «Масъалаҳои мубрами ҷарроҳӣ» (Бохтар, 2011), конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-амалӣ бо иштироки намояндагони байналмилалӣ баҳшида ба 20-солагии истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 2011), конференсияи илмӣ-амалии Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, с. 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017), конференсияи XXII илмӣ-амалии Муассисаи давлатии таҳсилоти «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» (бо иштироки коршиносони давлатҳои хориҷӣ) (Душанбе, с. 2016), ҷаласаҳои муштараки кафедраҳои сиҳатии ҷомеа, иқтисод ва идоракунии тандурустӣ бо курси омори тиббӣ ва ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард ва ҷарроҳии пластикии Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, с. 2011), ҷаласаи шӯрои муттаҳидаи байникафедравии экспертӣ оид ба ғанҳои терапевтӣ, ҷамъиятӣ ва ҷарроҳии Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, с. 2011), ҷаласаи шӯрои байникафедравии экспертии

Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, с. 2018) мавриди муҳокима қарор гирифтааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ба таври амалӣ дар қори Маркази илмӣ ҷумҳуриявӣ ҷарроҳӣ дилу рағҳӣ хунгарди Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоӣ аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, шӯъбаҳои ҷарроҳӣ эндоскопии Беморхонаи шаҳрии №5-и ш.Душанбе ва Беморхонаи клиникии вилояти Хатлон, инчунин дар ҷараёни таълимии кафедраҳои Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон: сӣҳатӣи ҷомеа, иқтисод ва идоракунии тандурустӣ бо курси омори тиббӣ; ҷарроҳӣ; осебшиносӣ ва раддодӣ; акушерӣ гинекологӣ, инчунин дар кафедраҳои бемориҳои ҷарроҳӣ; эндочарроҳӣ Донишгоҳи давлатӣи тиббӣи Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино татбиқ гардидаанд.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Натиҷаҳои диссертатсия дар 41 таълифоти ҷопӣ, аз ҷумла 1 монография ва 18 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА-и Федератсияи Россия инъикос ёфтаанд.

**Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Маводҳои диссертатсия аз 207 саҳифа иборат буда, муқаддима, шаш боб, хулоса, тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо ва рӯйхати адабиётро дар бар мегирад. Диссертатсия шомилӣ 50 ҷадвал ва 9 расм мебошад. Рӯйхати адабиёт 354 сарчашмаро дар бар мегирад, ки аз онҳо 227 ба забони русӣ ва 127 ба забонҳои хориҷӣ мебошанд.

## МҶҲҶАВОИ ДИССЕРТАТСИЯ

### Мавод ва методҳои таҳқиқот

Асоси таҳқиқоти диссертатсияи мазкурро натиҷаи муоина ва муолиҷаи ҷарроҳӣи 4688 нафар беморони гирифтори бемориҳои ковокии шикам ва коси хурд, ки дар шӯъбаҳои ҷарроҳӣ ва гинекологии Беморхонаи вилоятӣи клиникии ба номи Б.Воҳидови ш.Бохтари вилояти Хатлон, шӯъбаи эндохирургияи Маркази ҷумҳуриявӣи илмӣи ҷарроҳӣи дилу рағҳӣи хунгарди Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоӣи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Маркази хусусӣи тиббӣи Хатлони шаҳри Бохтари вилояти Хатлони Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 1998-2017 ташкил медиҳад.

Дар диссертатсия натиҷаҳои даҳолати ҷарроҳӣи эндовидеочарроҳӣ ва анъанавӣ, ки дар беморони гирифтори бемориҳои талҳадон, аппендитсити шадид, бемориҳои узвҳои коси хурд, эхинококкози ҷигар ва осебҳои ноҳӣи шикам иҷро гардидаанд, пешниҳод шудаанд.

Гурӯҳи асосӣ (3482 нафар) иборат аз бемороне буданд, ки ҷарроҳӣи эндовидеочарроҳиро аз сар гузаронидаанд, аз ҷумла: холесистэктомия (1462 нафар), узвҳои коси хурд (1300 нафар), аппендэктомияи лапароскопӣ (521 нафар) эхинококкэктомияи ҷигар (96 нафар), осебҳои шикам (103 нафар).

Гурӯҳи назоратӣ шомили 1206 нафар бемори чарроҳишуда бо равиши анъанавӣ, аз ҷумла аз 310 нафар холесистэктомия, 257 нафар патологияи узвҳои коси хурд, 428 нафар аппендэктомия, 110 нафар эхинококкэктомияи ҷигар, 101 нафар осеби ноҳияи шикам иборат буд.

Аз шумораи умумии беморони гурӯҳи асосӣ шаҳриён 933 (26,8%) ва деҳотиён 2549 (73,2%)-ро ташкил намуданд. Тақсимои беморони муоинашуда вобаста ба синну соли муоинашудагон аз 15 то 81- сола буд.

Аз шумораи умумии бемороне, ки бо равиши эндовидеочарроҳӣ чарроҳӣ шудаанд, мардон 386 (11,1%) ва занон 3096 (88,9%)-ро ташкил намуданд. Аксарияти мутлақи беморон дар синну соли аз 25 то 54 сола (64,4%) буданд.

Гурӯҳи назоратии беморон, ки бо равиши анъанавӣ чарроҳӣ шуда буданд, ҷамчунин асосан аз занон иборатанд - 871 (72, 2%). Аксарияти беморон (75,6%) то 44 - сола буданд. Аз байни занони гирифтори патологияи узвҳои коси хурд ҷамчунин аксарияти мутлақ (85,9%) дар синни то 44-сола, яъне ашхоси синну соли қобили меҳнат буданд.

Аз шумораи умумии беморон бо патологияи ҳамроҳ дар гурӯҳи асосӣ 39,6% бемор ва дар гурӯҳи назоратӣ 32,4% бемор ошкор шуданд.

Дар ҳар ду гурӯҳ асосан беморони гирифтори бемориҳои ҷиҳози дилу рағҳои хунгард ва фарбеҳии дараҷаҳои II-III бартарӣ доштанд, ки дар онҳо гузаронидани тадорукоти ҷиддии пеш аз чарроҳӣ талаб карда шуд.

Ба ҳамаи беморон барои арзёбии ҳолати умумӣ ва дараҷаи хавфи чарроҳӣ маҷмӯи методҳои клиникӣ, озмоишгоҳӣ ва афзории таҳқиқот гузаронида шуд. Дар зимн, таҳқиқоти қабулшудаи клиникӣ ва биохимиявии хун, аз ҷумла коагулограмма иҷро карда шуд.

Барои арзёбии вазинии эндотоксемия ва мақоми оксидантӣ дар 30 бемори гирифтори илтиҳоби шадиди бемории санги талҳадон таҳқиқи сатҳи молекулаҳои миёна (мм) ва туршшавии перекиси липидҳо (ОБР)-ро дар кафедраи биохимияи ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино гузаронида шуд. Сатҳи ММ-ро аз рӯи методикаи Г.А. Рябов ва ҳаммуаллифони (1985) муайян карда шуд.

Ҳолати системаи антиоксидантӣ (СМО) аз рӯи фаъолнокии супероксиддисмутаза (СОД) аз рӯи методи М.И. Каролук, А.И. Иванова (1988) ва таркиби кислотаи аскорбинӣ аз рӯи методи Соколовский В.В. (1974) арзёбӣ шуданд.

Барои арзёбии воқеъбинонаи натиҷаҳои бадастомада муоинаи 20 нафар ашхоси солим дар синни аз 18 то 25-сола (гурӯҳи назоратӣ) гузаронида шуд.

Ҳамаи беморон аз таҳқиқи ултрасадо (МУС)-и узвҳои дохила бо дастгоҳҳои «Филипс» (ИМА) ва «Миндрэй» (Чин) гузаштанд.

Дар 78 бемори гирифтори илтиҳоби музмини санги талҳадон (БСТ) қабл ва ҳангоми ХЭЛ, инчунин дар шабонарӯзи аввали баъд аз чарроҳӣ таҳқиқоти ҳамаи тарафҳои ҳаракати гардиши хуни марказӣ бо роҳи Доплер-эхокардиография (Эхо КГ)-и динамикӣ дар шуъбаи таълимӣ-ташхисии Маркази ҷумҳуриявии чарроҳии дил ва рағҳои

хунгарди Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо асбобҳои «PhilipsSD-800» (Олмон) ва «Биосс» (Россия) гузаронида шуд.

ЭКГ бо ёрии асбоби «MarguetteHellige» (Олмон), ки бо иловаафзори электрокардиографӣ ва маҳзани компютеришудаи додаҳо таҷҳизонида шудааст, гузаронида шуд.

Рентгеноскопия (ё рентгенография)-и узвҳои сандуқи сина ва ковокии шикам бо дастгоҳи «ДИО DiagnostPhilips» (Олмон) мучахҳаз бо иловаафзори табдили барқӣ-оптикий ва дастгоҳи телевизор, роҳандозӣ гардид.

Фиброгастродуоденоскопия бо мақсади ошкор намудани бемориҳои ҳамроҳ аз тарафи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта бо ёрии фиброгастроскопи ширкати «АОНУА» (Чин) гузаронида шуд. Ба муоинаи пистонаки фатерӣ аз лиҳози интиқоли талха ба рӯдаи дувоздаҳангушта ва мавҷудияти рефлюкси дуаденогастралӣ таваҷҷуҳи махсус дода шуд.

Шарти асосӣ барои гузаронидани ҷарроҳиҳои эндовидеочарроҳӣ дар узвҳои ковокии шикам ва коси хурд имконияти истифодаи воридгоҳи лапароскопӣ бо шумули ҳолати беморон, ки ба истифодаи пневмоперитонеум имкон медиҳад, ҳисоб меёфт. Барои пешгирии оризаҳои ҷараёни ҷарроҳӣ ва баъдиҷарроҳӣ интиҳоби ҷиддии беморон, махсусан байни беморони солхӯрдаи мубтало бо бемориҳои гуногуни ҳамроҳ гузаронида шуд.

Ҷарроҳиҳои эндовидеочарроҳӣ бо корбурди маҷмӯи видеоэндоскопӣ ва афзори сохти ширкатҳои «Эндомедиум» ва «Медфармсервис» (Россия) иҷро гардиданд. Лапароскопҳои 10 мм бо оптикаи рости паҳлӯи истифода шуд. Сӯзанҳо барои гузоштани пневмоперитонеум, инчунин троакарҳои якдафъаина ва бисёрмаротиба корбаст гардиданд.

Самаранокии иқтисодии ҷарроҳиҳои лапароскопӣ дар 3482 нафар бемор мавриди омӯзиш қарор гирифт. Арзиши табобат тибқи формулае, ки дар диссертатсияи А.С. Маслагин инъикос ёфтааст, ҳосил гардидааст.

Қоркарди омории маълумот дар компютери шахсӣ бо истифодаи методҳои омӯрӣ бо муҳосибаи М+Т ва саҳеҳии натиҷаҳо аз рӯи меёри Студент гузаронида шуд.

## НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Аз шумораи умумии (1462 нафар) беморони гирифтори бемории санги талхадон, ки ба онҳо холесистэктомияи лапароскопӣ роҳандозӣ гардид, 5,7% онҳоро мардҳо ва 94,3%-ро занҳо ташкил карданд. Синну соли ашхоси ба ХЭЛ дучоршуда ба ҳисоби миёна 48,1±0,30 сол барои занон ва 53,5±1,62 барои мардон ташкил дода буд.

Ба ғуруҳи назоратӣ 14,8%-ро мардон ва 85,2%-ро занон ташкил намуданд.

**Ҷадвали 1.-Тақсимои беморони муоинашудаи гирифтори бемории санги талхадон аз рӯи синну сол ва ҷинс**

| Сину сол   | Гуруҳи асосӣ |      |        |      | Гуруҳи назоратӣ |      |        |      | p <sub>1</sub> | p <sub>2</sub> |
|------------|--------------|------|--------|------|-----------------|------|--------|------|----------------|----------------|
|            | занҳо        |      | мардон |      | Занҳо           |      | мардон |      |                |                |
|            | п            | %    | п      | %    | п               | %    | п      | %    |                |                |
| 15-24      | 50           | 3,6  | 1      | 1,2  | 12              | 4,5  | 2      | 4,3  | >0,05          | >0,05*         |
| 25-34      | 210          | 15,2 | 10     | 11,9 | 42              | 15,9 | 2      | 4,3  | >0,05          | >0,05*         |
| 35-44      | 314          | 22,8 | 12     | 14,3 | 68              | 25,8 | 2      | 4,3  | >0,05          | >0,05*         |
| 45-54      | 380          | 27,6 | 31     | 36,9 | 46              | 17,4 | 10     | 21,7 | <0,001         | >0,05          |
| 55-64      | 223          | 16,2 | 16     | 19,0 | 54              | 20,5 | 12     | 26,1 | >0,05          | >0,05          |
| 65-74      | 155          | 11,2 | 7      | 8,3  | 34              | 12,9 | 12     | 26,1 | >0,05          | <0,05*         |
| 75 ва боло | 46           | 3,3  | 7      | 8,3  | 8               | 3,0  | 6      | 13,0 | >0,05*         | >0,05*         |
| Ҷамъ       | 1378         | 100  | 84     | 100  | 264             | 100  | 46     | 100  | -              | -              |

Аксаран холесистэктомия аз дастрасии лапаротомӣ дар ҳолатҳои имконнопазирии техникии истифодаи таҷҳизоти видеоэндоскопӣ, набудани мутахассиси омодашуда, бо хоҳиши худӣ бемор иҷро мегардид. Синну соли занони ҷаррохишудаи ин гурӯҳ аз синну соли занони гурӯҳи асосӣ тақрибан фарқ намекард. Аммо дар гурӯҳи мардон тафовути синнусоли 5,1 солро ташкил намуд. Таҳлили ҳаёати синну солии беморони ҷаррохишудаи ҳам гурӯҳи асосӣ ва ҳам гурӯҳи назоратӣ бартарияти ашхоси синну соли қобили меҳнатро ошкор намуд, ки он мутаносибан 85,4% ва 84,1%-ро ташкил кард. Ҳамзамон, аксари муоинашудагони гурӯҳи назоратӣ ва махсусан гурӯҳи асосиро занон ташкил менамуданд (мутаносибан 85,2% ва 94,2%).

Аз миёни муоинашудагони гурӯҳи асосӣ соҳибхоназанон (53,2%) ва ашхоси муваққатан бекор (24,7%) бартарӣ доштанд. Қайд кардан зарур аст, ашхосе, ки дар соҳаҳои дониши махсусро талабкунанда машғуланд, танҳо 3,7%-ро ташкил карданд, аммо дар гурӯҳи назоратӣ низ афзалияти соҳибхоназанон (69,6%) қайд гардид. Теъдоди ашхоси дар соҳаи сеҳнӣ машғулбуда назар ба гурӯҳи асосӣ 3 баробар камтар буд.

Таҳлили маҳалли сукунат нишон дод, ки дар ҳар ду гурӯҳ сокинони деҳот бештар буданд ва теъдоди умумии онҳо дар гурӯҳи асосӣ 74,8% ва дар гуруҳи назоратӣ 78,7%-ро ташкил намуд.

Таҳлили мақоми оилавии гурӯҳҳои қиёсшаванда фарқи ҷиддиеро ошкор накард. Теъдоди асосии беморони муоинашуда ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам дар гуруҳи назоратӣ дар қайди никоҳ қарор доштанд (мутаносибан 92,4% ва 92,9%). Бевазанон дар гурӯҳи асосӣ 4,6% ва занони талоқгирифта 3,0%-ро ташкил намуданд. Дар гурӯҳи назоратӣ саҳми онҳо мутаносибан 3,9% ва 3,2%-ро ташкил кард.

Бо дарназардошти афзалияти ҷинси занона дар миёни беморони санги талхадон мо нишондиҳандаи таваллудкунии онҳоро ҳам мавриди омӯзиш қарор додем.

Аз байни муоинашудагони гурӯҳи асосӣ бештар занони аз 5 ва бештар фарзанд таваллудкарда вомехӯранд (76,9%). Дар миёни гурӯҳи назоратӣ низ муоинашудагони аз 5 ва бештар фарзанд таваллудкарда бартарӣ доранд (87,9%). Саҳми таваллуднакардагон дар ҳар ду гурӯҳ камтарин буд (дар гурӯҳи назоратӣ – 4,5%, дар гурӯҳи асосӣ – 3,8%). Ин бо маълумоти Х.К.Мансуров мувофиқат мекунад. Вай қайд намудааст, ки ҳомиладорӣ ба эҳтимоли пайдоиши санги талхадонро вобастагӣ дорад.

Беморони муоинашудаи гурӯҳи асосӣ ва махсусан, гурӯҳи назоратӣ бештар бо ашхосе буданд, ки маълумоти ибтидоӣ доштанд (мутаносибан 28,6% ва 37,4%) ё таҳсилнокарда буданд (мутаносибан 30,7% ва 33,5%). Бояд қайд кард, ки саҳми умумии муоинашудагон бо таҳсилоти умумии асосӣ ва миёнаи умумӣ дар гурӯҳҳои қиёсаванда тақрибан яксон буд, дорандагони таҳсилоти олӣ ва миёнаи махсус дар гурӯҳи назоратӣ дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ мутаносибан 4,1 ва 1,98 маротиба камтар буд.

Таҳлили сатҳи зиндагии муоинашудагон нишон дод, ки 76,4% беморони гурӯҳи асосӣ ва 67,6% беморони гурӯҳи назоратӣ дар шароити қонеъкунандаи моддӣ – маишӣ умр ба сар мебаранд. Теъдоди муайяни муоинашудагонро ашхосе ташкил карданд, ки зиндагии қашшоқона доштанд. Эҳтимолан омили мазкур, ба сифати ғизо таъсир мерасонад. Тибқи таҳқиқоти мо, ғизои рӯзонаи онҳо асосан аз хӯроки сатҳи баланди энергетикидошта аз ҳисоби таомҳои ордӣ, донагӣ ва рағғани ҳайвонот (гов, гӯсфанд) таркиб меёбад, ки ин падида ба вижагиҳои анъанаҳо ва тарзи зиндагии аҳолии минтақа вобаста мебошад. Ҳамчунин, дар воқеаи хӯроки муоинашудагон миқдори ками рағғани растанӣ ва ғизогӣ, ки кори муътадили кирмшаки рӯда ва гузариши ғизоро таъмин мекунад, ки дар натиҷа, ба таври муайян ба чамъшавии булуракҳои холестерин, намакҳо, калтсий дар талхадон оварда мерасонад. Дар сатҳи муайяни мавҷудаи қашшоқӣ, ки то соли 2017 38%-ро ташкил мекунад, чунин ҳолат дар байни беморони муоинашуда як амри табиӣ ҳисоб меёбад.

Ғизои беҳад зиёд, инчунин ҳатто бо сабабҳои ночиз дар доираи расму одат ва анъанаҳои халқи тоҷик гузаронидаи чорабиниҳои оммавӣ, ки ба ҳар як меҳмон додани таоми беҳад зиёд рағғандору беалкоголро, ки дар ҳаҷми муайян (начандон калон) чамъшавии холестерин, намакҳо калтсийро дар талхадон баргараф месозад, пешбинӣ менамояд ва он омили муҳим мебошад.

Аз рӯйи натиҷаҳои пурсишномаҳои гузаронидаи мо, аз байни омилҳои ҳатаре, ки ба инкишофи БСТ боис мешаванд, инҳо муҳимтарин мебошанд: вижагиҳои ғизо (бартарияти хӯрокҳои серрағған дар воқеаи ғизо)-71%; камҳаракатӣ – 67,6%; вазни барзиёди бадан – 53,4%; фарбеҳӣ – 16%. Пурсидашудагони гирифтгори БСТ дар воқеаи хӯроки худ аз маҳсулоти сабзавот бештар каду ва растанӣҳои лубӣӣ (нахӯд, лубӣё, наск ва ғайра)-ро истеъмол мекарданд. Ҳамчунин, дар қарабони хӯрокпазӣ гӯшт бе ҷудокунии қаблӣ ба навъҳо (рағғану устухонҳо дар якҷоягӣ) истифода мешуд ва калорияи балодро мегирифт. Табиист, ки

ин ба чамъшавии холестерин, намаку калтсий дар талхадон боис мешуд. Чунончи, ба ҳисоби миёна калориянокии таоми истеъмолнамудаи беморони муоинашуда 2920 ккал/шабонарӯзро ташкил намуд, ки аз меъёр (2200-2500 ккал/шабонарӯз) 32,7% зиёдтар буд (85). Дар зимн ҳиссаи меваю сабзавот ва маҳсулоти бо ғози ғизоӣ ғанишуда дар таом хеле кам буд ва мутаносибан 33,2%, 36,8% ва 42,4%-ро ташкил намуд. Қайд кардан зарур аст, ки дар таҳқиқотҳои қаблан гузаронидашуда, ки аз ҷумла ташаккули сангҳои талхадонро дар бар мегирифт, ба ин омил диққати ҷиддӣ дода намешуд [X.X.Мансуров, 1991; М.А.Майстеренко, 2016]

Аз микдори умумии муоинашудагони гирифтори бемориҳои узвҳои ковокии шикам саҳми ҷарроҳишудагони варами шадида кӯрӯда 21,4%-ро ташкил намуд. Аз байни онҳо ба тарзи лапароскопӣ 521 (54,9%) бемор ва ба тарзи анъанавӣ 428 (45,1%) бемор ҷарроҳӣ шуданд.

Аз байни ҷарроҳишудагон бо тарзи лапароскопӣ аксариятро (62,2%) занони синни аз 15 то 54-сола буданд, ки синни миёнаи онҳо  $30,2 \pm 0,38$  солро ташкил намуд.

Мардони ҷарроҳишуда 37,8%-ро ташкил намуданд ва синни миёнаи онҳо –  $31,9 \pm 0,77$ . Ҳамзамон, миқёси синну соли мардоне, ки ба тарзи лапароскопӣ ҷарроҳӣ шудаанд, васеътар буд ва аз 17 то 74-солро ташкил меод. Ҷарроҳишудагон асосан одамони синну соли қобили меҳнат буданд.

Дар гуруҳи назоратӣ низ аксариятро занон ташкил намуданд. Аппендэктомия дар ин гурӯҳи беморон асосан, бинобар дар ҳайати дастаи ҷарроҳон набудани мутахассиси ҷарроҳе, ки малакаҳои эндовидеоҷарроҳиро аз худ карда бошад, амалӣ гардидааст (95,6%). Сабаби дигари ҷой доштани аппендэктомияи анъанавӣ мавқеияти ретросекалии шохчаи кирмонанд буд (4,4%). Қайд кардан зарур аст, ки ҳам дар гурӯҳи назоратӣ ва ҳам дар гуруҳи асосӣ аксариятро беморони то 34-сола (мутаносибан 78,5% ва 76%) ташкил доданд. Синни миёна дар гурӯҳи назоратӣ дар занон  $32,7 \pm 0,69$  ва дар мардон  $30,4 \pm 0,41$ -ро ташкил кард.

Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ аксариятро муваққатан бекорон ва соҳибхоназанон (мутаносибан 25,9% ва 25%) ташкил намуд. Баъди онҳо хонандагон (18,8%) ва коргарон (14,8%) буданд. Камтар аз ҳама нафақахӯрон (4,7%) ба қайд гирифта шуданд. Дар гурӯҳи назоратӣ соҳибхоназанон ва хонандагон бартарӣ доштанд. Теъдоди умумии онҳо яксон буд ва 29,6%-ро ташкил намуд. Аз ҳама камтар кормандони дар соҳаи меҳнати зехнӣ машғулбуда ба қайд гирифта шуданд. Саҳми онҳо дар қиёс бо гурӯҳи асосӣ 2,9 маротиба камтар буд.

Таҳлили маҳалли сукунат ҳам дар гурӯҳи назоратӣ ва ҳам дар гурӯҳи асосӣ бартариҳои сокинони деҳот (мутаносибан 87,3% ва 84,6%)-ро ошкор намуд. Таҳлили маҷмои оилавии гурӯҳҳои муоинашуда муайян кард, ки аксари онҳо дар қайди никоҳ қарор доштанд. Ин нишондиҳанда дар гуруҳи назоратӣ 96,3% ва дар гурӯҳи асосӣ 91,4%-ро ташкил намуд. Таносуби талоқгирифтагон ва бевазанон дар гуруҳҳои қиёсшаванда



чандон тафовут надошт ва мутаносибан 2,7%; 5,4% ва 2,9%; 3,6%-ро ташкил намуд.

Чарроҳишудагони харду гурӯҳ ашхоси бидуни таҳсилот буда, асосан ба тарзи анънавӣ чарроҳӣ гардиданд (33,2%). Инчунин, дар байни беморони ин гурӯҳ бештар ашхоси дорои таҳсилоти миёнаи махсус воҳеҷӯранд (22,4%). Қайд кардан зарур аст, ки байни гурӯҳҳо дар шумораи муоинашудагон аз рӯи таҳсилот фарқияти ҷиддӣ ба қайд гирифта нашуд, ҳарчанд, ки нишондиҳандаҳои пойинтар дар беморони гурӯҳи назоратӣ мушоҳида гардид. Таҳлили сатҳи зиндагии муоинашудагон аз бештар будани саҳми бемороне шаҳодат медиҳад, ки дар шароити моддӣ – маишии қонеъкунанда сарфи назар аз сатҳи ҳисбадан пойини таҳсилот умр ба сар мебаранд.

Дар мавриди эхиноккози ҷигар муоина ва муолиҷаи чарроҳии 206 бемор гузаронида шуд. Аз ин миқдор 96 (46,6%) ба равиши лапароскопӣ ва 110 (53,4%) ба равиши анъанавӣ чарроҳӣ гардиданд. Беморон асосан сокинони деҳот (70,8%) буданд. Бояд қайд кард, ки синну соли миёнаи чарроҳишудагони харду гурӯҳ ҳам дар мардону ҳам дар занон амалан фарқ намекард.

Аксарияти мутлақӣ чарроҳишудагони равиши лапароскопиро занон (66\ 68,8%) ташкил намуданд. Дар гурӯҳи назоратӣ ҳам аксариятро намоёндагони ҷинси зан 69,1%-ро ташкил карданд. Синну соли беморони муоинашуда аз 15 то 64 солро ташкил мекард. Дар зимн, баъзе тамоюл дар бартарии ашхоси то 44-солаи бо равиши лапароскопӣ (72\ 90%) ва бо равиши анъанавӣ (74,5%) чарроҳишуда ба қайд гирифта шуд.

Дар харду гурӯҳ, махсусан дар гурӯҳи назоратӣ аксариятро соҳибхоназанон ташкил намуданд (47,3%). Ин далел эҳтимол, бо вивағҳои тарзи зиндагӣ алоқаманд аст, ки дар он шакли асосии фаъолият шугли хонадорӣ мебошад, аз ҷумла нигоҳубини корво, кор дар китъаи замин, хочағӣ, ба ҳиссаҳо ҷудоқунӣ ва коркарди гӯштро дар бар мегирад. Ҷойи дуҷумро бекорони муваққатӣ ишғол карданд. Зимнан, саҳми онҳо дар гурӯҳи асосӣ (25%) аз нишондиҳандае, ки дар беморони ба равиши анъанавӣ чарроҳишуда қайд гирдидааст, баландтар буд (16,4%). Мавқеи намоёнро, инчунин, коргарону хонандагон ишғол карданд. Ҳамчунин, мо тафовути қобили мулоҳиза байни нафақахӯрони чарроҳишударо ба қайд гирифтем, ки саҳми беморони ба тарзи лапароскопӣ чарроҳишуда назар ба муоинашудагони гуруҳи назоратӣ 2,6 маротиба камтар буд.

Дар гурӯҳи асосӣ беморони дорои таҳсилоти умумӣ ва миёна хеле зиёд буданд (83,3%). Аз байни онҳо аксарияти мутлақро ашхоси дорои таҳсилоти миёнаи махсусдошта ташкил намуд (37,5%). Теъдоди бемороне, ки таҳсилоти миёнаи умумӣ ва умумии асосӣ доштанд, кам набуд (мутаносибан 25% ва 20,8%).

Чунин ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ низ (85,5%) мушоҳида гардид. Аммо дар ин гурӯҳ ашхоси таҳсилоти умумии асосидор бештар буданд. Минбаъд беморони дорои таҳсилоти миёнаи умумӣ (27,3%) ва миёнаи махсус (21,8%) ҷой гирифтанд. Бояд қайд кард, ки дар ин гуруҳ беморони

таҳсилнакарда вонахӯрдаанд. Ҳамчунин, дар ин гурӯҳ дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ шахсони дорои таҳсилоти олӣ 2,6% бештар ва дорои таҳсилоти ибтидоӣ 0,6% камтар буданд.

Таҳлилҳо нишон дод, ки аз 103 нафар беморони гирифтори осеби шикам, ки ба равиши лапароскопӣ ҷарроҳӣ шудаанд, 27,2%-ро занон ва 72,8%-ро мардони синни аз 15 сола то 64 - сола ташкил доданд. Ҳам дар занон ва ҳам дар мардон беморони аз 15 сола то 34 - сола (мутаносибан 71,4 ва 69,3%) бартарӣ доштанд.

Дар тафовут аз гурӯҳи асосӣ, дар гурӯҳи назоратӣ синну соли беморон дар байни занон ба 34 сол ва мардон ба 24 сол маҳдуд гардида буд.

Қайд кардан зарур аст, ки синни миёнаи ҷарроҳишудагон дар гурӯҳҳо қариб фарқ намекард. Аммо сунну соли бо равиши анъанавӣ ҷарроҳишудагон (ҳам занон ва ҳам мардон) дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ ( $P=0,05$ ) бакуллӣ фарқ мекард.

Дар байни муоинашудагони гуруҳҳои асосӣ ва назоратӣ аксариятро хонандагон (45,6% ва 61,3%) ташкил доданд. Мақоми дуумро бекорони муваққатӣ ва соҳибхоназанон ишғол намуданд, ки дар маҷмӯъ 27,2%-ро ташкил намуд. Дар байни ҷарроҳишудагон зиёиён аз ҳама камтар буданд (9,1%). Дар гурӯҳи ба тарзи анъанавӣ ҷарроҳишуда саҳми соҳибхоназанон ва бекорони муваққатӣ ба таври умумӣ 28,7% ва коргарон 9,9%-ро ташкил кард. Қайд кардан зарур аст, ки дар ин гурӯҳи ҷарроҳишудагон ягон зиёӣ набудааст.

Ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам дар гурӯҳи назоратӣ аксариятро шахсони таҳсилкарда ташкил карданд, ки саҳми онҳо амалан яксон буд (мутаносибан, 97,1% ва 97,0%). Қисми асосиро ашхоси дорои таҳсилоти умумӣ ташкил намуд. Чунончи, дар гуруҳи назоратӣ 64,3%-и муоинашудагон дорои таҳсилоти умумӣ буданд. Дар зимн, агар дар гурӯҳи асосӣ шумораи ҷарроҳшудагони дорои таҳсилоти умумии асосӣ ва миёнаи умумӣ яксон бошад, дар гурӯҳи назоратӣ шумораи ашхоси дорои таҳсилоти миёнаи умумӣ бештар буд. Қайд кардан зарур аст, ки дар гуруҳи назоратӣ дар тафовут аз гурӯҳи асосӣ ашхоси дорои таҳсилоти олӣ ба назар нарасид.

Таҳлили иҷтимоӣ-гигиени 1557 бемор, ки дар робита бо бемориҳои гуногуни узвҳои кос, аз ҷумла ба равиши лапароскопӣ (83,5%) ва анъанавӣ (16,5%) ҷарроҳӣ шудаанд, пешниҳод шудааст.

Синну соли беморони ба тарзи лапароскопӣ ҷарроҳишуда 15-74 солро ташкил намуд. Дар ин гурӯҳ занони то 44 сола бартарӣ доштанд (84%). Аз байни онҳо бештар беморони аз 20 то 34 сола (50,2%) вохӯрданд. Аз синни 45 сола сар карда, теъдоди умумии беморони узвҳои коси хурд кам шудан мегирад. Дар гурӯҳи назоратӣ синну соли беморони гирифтори бемориҳои узвҳои коси хурд бо 54 сол маҳдуд мегардид. Дар ҳар ду гурӯҳ аксариятро занони 25-34 сола ташкил намуд.

Дар байни муоинашудагони гурӯҳи асосӣ бештар соҳибхоназанон (61,3%) ва баъдан коргарон (23,3%) буданд. Шахсони машғулбуда дар соҳае, ки донишҳои махсусро талаб мекунад, 10%-ро ташкил намуданд.

Дар байни чаррохишудагони бо равиши анъанавиро низ аксариятро сохибхоназанон ташкил карданд. Коргарон чун дар гурӯҳи асосӣ низ дар мақоми дувум қарор доштанд. Зимнан, дар тафовут аз гурӯҳи асосӣ дар гуруҳи назоратӣ саҳми хизматчиён ва махсусан, хонандагон зиёд буд (беш аз 4 баробар).

Дар ҳар ду гурӯҳ, хусусан дар гурӯҳи назоратӣ, занони таваллуднакарда бештар ба назар расиданд ва нисбат ба гурӯҳи асосӣ дар гурӯҳи назоратӣ ин нишондиҳанда қариб 1,4 баробар зиёдтар буд.

## Ҷадвали 2. - Сохтори патологияи гинекологии занони муоинашуда

| Хусусияти бемориҳо                | Гуруҳи асосӣ(n=1300) | Гурӯҳи назоратӣ (n=257) |            |            | p        |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|------------|------------|----------|
|                                   | n                    | %                       | n          | %          |          |
| Носури тухмдон                    | 382                  | 29,4                    | 72         | 28,1       | >0,05    |
| Кафидани тухмдон                  | 65                   | 5,0                     | 18         | 7,0        | >0,05    |
| Пелвиоперитонит                   | 95                   | 7,3                     | 9          | 3,5        | <0,05*   |
| Ҳамли хориҷи бачадон              | 290                  | 22,3                    | 135        | 52,5       | <0,001   |
| Бастаи пояи носур                 | 147                  | 11,3                    | 9          | 3,5        | <0,001*  |
| Қабзияти нойи бачадон             | 208                  | 16,0                    | -          | -          | -        |
| Носури дермоидӣ                   | 39                   | 3,0                     | -          | -          | -        |
| Кистома (варами безарари тухмдон) | 13                   | 1,0                     | 14         | 5,4        | <0,001   |
| Анамнези вазниншудаи акушерӣ      | 61                   | 4,7                     | -          | -          | -        |
| <b>Дар маҷмуъ</b>                 | <b>1300</b>          | <b>100</b>              | <b>257</b> | <b>100</b> | <b>-</b> |

Тавре ки аз ҷадвали 2 маълум мешавад, дар байни беморони ба тарзи лапароскопӣ чаррохишуда аксариятро беморони гирифтори носури тухмдон ташкил намуданд, вале аз байни беморони ба тарзи анъанавӣ чаррохишуда бештари беморони ҳамли хориҷи бачадон вохӯрданд. Қайд кардан муҳим аст, ки саҳми бемороне, ки носури тухмдони онҳо чаррохӣ шудааст, дар ҳарду гурӯҳ тақрибан яксон буд ва дар гурӯҳи назоратӣ 28,1% ва дар гурӯҳи асосӣ 29,4%-ро ташкил намуд. Чунин ҳолат дар байни чаррохишудагони кафидани тухмдон низ мушоҳида гардид. Саҳми бештари ба равиши лапароскопӣ чаррохишудагони пелвиоперитонит (илтиҳоби шадидаи фасоддори пардаи шикам дар доираи коси хурд) ва бастаи пояи носур дар қиёс бо

гурӯҳи назоратӣ хеле зиёд буд, зеро ки ин бо васеъ чорӣ гардидани чораҳои эндовидеочарроҳӣ асоснок гашт.

Ҳамчунин бояд қайд кард, ки даҳолати чарроҳӣ дар робита бо қабзияти нойи бачадон, носури дермоидӣ (ташкилаи безарар, ки аз эпидермиси пӯст, гадудҳои рағбанбарор ва ғ. иборат аст) стериликунонии нойҳои бачадони беморони муоинашуда ба тарзи лапароскопӣ амалӣ гардид, ки аз тамоюли муайян миёни чарроҳон дар интиҳоби технологияи эндоchарроҳӣ гувоҳӣ медиҳад.

Дар ҳар ду гурӯҳи муоинашудагон бештарин шумораро ашхоси таҳсилкарда (дар гурӯҳи назоратӣ 94,7% ва дар гурӯҳи асосӣ 87,4%) ташкил намуд. Дар зимн, муоинашудагони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ бештар дорои таҳсилоти олии ва миёнаи махсус (мутаносибан 33,3%; 30,6% ва 24,5%; 22,6%) буданд. Тафовути махсусро мо дар ашхоси дорои таҳсилоти ибтидоӣ мушоҳида намудем, ки теъдоди онҳо миёни ба тарзи лапароскопӣ чарроҳишудагон дар қиёс ба ашхоси бо тарзи анъанавӣ чарроҳишуда 4,7 маротиба камтар буд.

Тавре ки аз ҷадвали 3 маълум гардид, аз байни вазниншавиҳои ошкоршуда дар гурӯҳи асосӣ эмпиема (ҷамъшавии калони фасод дар дохили узвҳои таносул ва ковоқиҳои бадан) ва истискоӣ талҳадон бештар маъмул буданд. Ҷамъи умумии онҳо мутаносибан 10.2% ва 7.8%-ро ташкил намуд. Мақоми минбаъдари инфилтрат (сахт ва калон шудани бофтаи организм дар натиҷаи ба вучуд омадани ҳар гуна варам)-и назди талҳадон (4.5%) ва носури талҳадон (2.8%) ишғол намуданд. Ҳамчунин, басомади зиёди илтиҳоби ҷузъии сифоки шикам(2%)-ро қайд кардан лозим аст, ки он аз вазниншавии муайяни ҷараёни илтиҳоб шаҳодат медиҳад.

Дар миёни оризаҳои дигар, инчунин, ҳолатҳои холедохолитиаз (яке аз шаклҳои БСТ, ки дар он сангҳо натавонанд дар талҳадон, балки дар холедох низ пайдо мешаванд), ҳолесистити қаросон ва аломати Миризи қайд гардидаанд. Зарурат ба таъкид, ки вобаста ба ҷанбаи оризаҳо минбаъд интиҳоби равиш ва ҳаҷми даҳолати чарроҳӣ гузаронида шуд (ҷадвали 3).

### **Ҷадвали 3. - Сохтори оризаҳои илтиҳобӣ ва деструктивии беморони гирифтори ҳолесистити шадид**

| Нозологияи бемориҳо               | Гурӯҳи асосӣ (n708) |      | Гурӯҳи назоратӣ (n234) |      |
|-----------------------------------|---------------------|------|------------------------|------|
|                                   | N                   | %    | n                      | %    |
| Эмпиемаи талҳадон                 | 72                  | 10.2 | 26                     | 11.1 |
| Истискоӣ талҳадон                 | 55                  | 7.8  | 16                     | 6.8  |
| Носури талҳадон                   | 20                  | 2.8  | 2                      | 0.8  |
| Ҳолесистити қаросонӣ              | 6                   | 0.8  | 12                     | 5.1  |
| Перихолесистит                    | 5                   | 0.7  | 2                      | 0.8  |
| Инфилтрати назди талҳадон         | 32                  | 4.5  | 2                      | 0.8  |
| Аломоти Миризи                    | 5                   | 0.7  | 8                      | 3.4  |
| Варамҳои фасоднокӣ назди талҳадон | 2                   | 0.3  | -                      | -    |
| Илтиҳоби ҷузъии сифоки            | 14                  | 1.9  | 28                     | 12   |

|                |   |     |    |   |
|----------------|---|-----|----|---|
| шикам          |   |     |    |   |
| Панкреанекроз  | 2 | 0.3 | -  | - |
| Холедохолитиаз | 8 | 1.1 | 14 | 6 |

Дар тафовут аз гурӯҳи асосӣ, дар гурӯҳи назоратӣ оризаҳои зерин бартарӣ доштанд: илтиҳоби чузъии сифоки шикам-12%, эмпиемаи талхадон-11,1%, истискои талхадон – 6,8%.

Маълум аст, ки илтиҳоби шадиди талхадон дар беморони бемории санги талхадон бо захролудшавии бадан ва стресси оксидкунанда тавъам мебошад. Тасҳеҳи дахлдори макоми антиоксидантӣ ва бартарафсозии сарчашмаи сироят бо корбурди технологияҳои эндовидеочарроҳӣ натиҷаҳои табобати ин гурӯҳи беморони вазнинро беҳтар месозад.

Таҳқиқоти мо нишон дод, ки дар авҷи хурӯчи дарди ИШТ вусъатёбии ОБР, ки дар афзоиши маҳсулоти ниҳии пароканиши диалдегиди малонӣ ( $1,81 \pm 0,003$  мкмол/л) коҳиши қобили мулоҳизаи нишондиҳандаҳои ҳифзи антиоксидантӣ, супероксиддисмутаза ( $8,93 \pm 0,28$  воҳ) ва кислотаи аскорбинӣ ( $0,86 \pm 0,02$  мг %) дар пасманзари эндотоксемия (моддаҳои бактериявӣ захрдор, ки қисмҳои сохтори бактерияҳои муайяно дар бар мегирад ва танҳо дар нозилаи ҳуҷайраи бактериявӣ озод мегарданд)-и ифодаёфта зоҳир мегардад ва аз ин сатҳи баланди молекулаҳои миёна ( $0,68 \pm 0,02$  воҳ/л) шаҳодат медиҳад (ҷадвали 4).

Омӯзиши суръати ҳаракати маркерҳои стресси оксидкунанда дар давраи баъдичарроҳӣ нишон дод, ки дар шабонарӯзи сеюми баъд аз бартарафсозии сарчашмаи илтиҳоб тамоюли мӯътадилшавии сатҳи молекулаҳои миёна ва ОБР дар зардоби хуни беморон қайд шудааст.

#### Ҷадвали 4. - Шохисҳои сатҳи ММ, ОБР ва ҳифзи антиоксиданти ҳангоми илтиҳоби шадиди талхадон

| Чузъи омӯхташаванда               | Гурӯҳи назоратӣ (n=20) | Пеш аз чарроҳӣ     | Се шабонарӯз баъд аз чарроҳӣ | Ҳафт шабонарӯз баъд аз чарроҳӣ |
|-----------------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Молекулаҳои миёна воҳ/л.          | $0,41 \pm 0,04$        | $0,68 \pm 0,02$ *  | $0,52 \pm 0,06$ *            | $0,39 \pm 0,04$                |
| Диалдегиди малонӣ, мкмол/л        | $0,58 \pm 0,03$        | $1,81 \pm 0,027$ * | $1,67 \pm 0,02$ *            | $0,57 \pm 0,03$                |
| Супероксиддисмутаза<br>Ва ч/миёна | $18,23 \pm 0,13$       | $8,93 \pm 0,28$ *  | $12,15 \pm 0,09$ *           | $18,5 \pm 0,07$                |
| Кислотаи аскорбинӣ, мг%           | $1,4 \pm 0,06$         | $0,86 \pm 0,024$ * | $1,21 \pm 0,056$ *           | $1,38 \pm 0,023$               |

*Эзоҳ:* саҳеҳияти фарқият  $p < 0,05$  дар қиёс бо маълумоти гурӯҳи назоратӣ.

Аз пастшавии муассирии ОБР коҳишёбии таркиби диалдегиди малонӣ то 7,7 % дар қиёс бо нишондиҳандаи ибтидоӣ шаҳодат медиҳад.

Дар зимн, дараҷаи нисбатан баланди молекулаҳои миёна  $0,52 \pm 0,06$  воҳид/л дар пасманзари мавҷудияти теъдоди зиёди антиоксидантҳои супероксиддисмутаза ва кислотаи аскорбинӣ то 26,5 % ва 28,9 % дар қиёс бо нишондиҳандаҳои аввали давраи пеш аз ҷарроҳӣ нигоҳ дошта мешуд, ки аз динамикаи мусбати сатҳи ҳифзи антиоксидантии бадан гувоҳӣ медиҳад. Аз лиҳози мақоми клиникӣ бехтаршавии вазъи умумии беморон бо устуворшавии ҳаракати гардиши хун қайд мегардад.

Таҳқиқоти стресси оксидкунанда дар шабонарӯзи ҳафтуми баъди ҷарроҳӣ муътадилшавии тарафҳои молекулаҳои миёнаи ОБР ва ҳифзи антиоксидантиро ошкор намуд. Чунончи, дар пасманзари бехтаршавии клиникӣ ҳеле пойин омадани стресси оксидкунанда қайд гардид, ки бо коҳиши таркиби маҳсулоти ниҳони ОБР, диалдегиди малонӣ то 96,14% ва болоравии антиоксидантҳои супероксиддисмутаза то 51,73% ва кислотаи аскорбинӣ 38,5% дар қиёс бо маълумоти аввалия зоҳир мегардад.

Ҳамин тариқ, ҳурӯчи шадиди илтиҳоби бемориҳои талҳадон дар пасманзари эндотоксемия бо зухуроти стресси оксидкунанда ҳамроҳ мегардад ва маркерҳои онҳо муассиряи ОБР ва коҳишёбии нишондиҳандаҳои ҳифзи зиддиоксидантии организми беморон мебошанд.

Терапияи маҷмӯии ИШТ бо тасхҳои мақоми антиоксидантӣ (реамберин, мексидол) ва иҷрои ХЭЛ на танҳо натиҷаҳои муолиҷаи ҷароҳиро бехтар мегардонад, балки сатҳи маркерҳои стресси оксидкунандаро устувор намуда, амалҳои зараррасонандаи маҳсулоти ОБР-ро дар доираи мембранай биологӣ ҳуҷайраҳо баратраф месозад. Гузаронидани мониторинги маркерҳои стресси оксидкунанда дар ҳама давраҳои табобати ИШТ ба пешгӯӣ кардани ҷараёни патологӣ ва муносибгардонии терапияи маҷмӯӣ ҳангоми илтиҳоби шадиди бемориҳои талҳадон имкон медиҳад.

Дар беморони гирифтори бемориҳои ҳамроҳи системаи дилу рағҳои хунгард яке аз омилҳои хатар дар ХЭЛ таъсири номатлуби карбоксиперитонеум ба ҳаракати гардиши хун мебошад [Голубов А.А бо ҳаммуаллиф., 2000; Прудков М.И, 2001; Урозов И.Х, 2007].

Натиҷаҳои таҳқиқоти мо нишон дод, ки дар 36 нафар бемори гирифтори БСТ аз синни 18 то 45 сола бе бемориҳои ҳамроҳ аз тарафи системаҳои дилу рағҳои хунгард ва нафаскашӣ навъи ҳаракати муътадили хунгардӣ (эукинетикӣ) ошкор гардид.

Дар 25 нафар бемори синни 45-70 сола бо бемории ҳамроҳ фишори баланди хун дар давраи II-III навъи ҳаракати баланди хунгардӣ ошкор шуд. Барои ин навъи хунгардӣ нишондиҳандаҳои зерини ҳаракати гардиши хун ҳосанд:

Басомади кашидашавии дил  $85,0 \pm 3,5$  зарбаро дар як дақиқа ташкил намуд. ФРШ систолӣ –  $158,7 \pm 18,0$  мм, н. с, ФРШ диастолӣ –  $87,5 \pm 5,4$  мм, н. с. ҳаҷми зарбони дил  $72,2 \pm 4,9$  мл шохиси зарбон  $45,4 \pm 4,7$  мл / м<sup>2</sup>, ҳаҷми дақиқавии дил  $6562,0 \pm 230,6$  мл шохиси дил –  $3,86 \pm 0,13$  л / дак/ м<sup>2</sup> меъёри самараноки кори зарбони хункашӣ –  $61,4\% \pm 3,7\%$

муқовимати умумии фаръии раг  $1630,8 \pm 235,0$  дин.с. см<sup>2</sup>. Ба ин беморон оморасозии қабл аз ҷарроҳӣ ва табобати пасткунии фишори хун зери мушоҳидаи табиби кардиолог гузаронида шуд.

Дар 24 нафар бемори гирифтори БСХД, истихроҷи устувори рағҳои дил тасаллуҷи баъд аз сактаи дил ва аломатҳои нокифоягии хунгардӣ (синфҳои функционалии II-III) навъи ҳаракати пасти хунгардӣ муқаррар карда шуд. Дар зимн, нишондиҳандаҳои ҳаракати гардиши хун чунин буданд: басомади кашидашавии дил  $76,0 \pm 11,4$  зарба дар як дақиқа ФРШ систолӣ –  $135,0 \pm 21,5$  мм. н.с, ФРШ диастолӣ –  $75,0 \pm 14,0$  мм н.с. ҳаҷми зарбон  $49,6 \pm 6,5$  мл, шохиси зарбон –  $29,2 \pm 4,2$  мл / м<sup>2</sup>, ҳаҷми дақиқавии дил –  $3769,6 \pm 180,3$  мл, шохиси дил  $2,22 \pm 0,10$  д/дак/м<sup>2</sup>, меёри самаранокии кори зарбони хункашӣ –  $52,5 \pm 3,9$ , муқовимати умумии фаръии раг  $1950,0 \pm 275,0$  дин.с. см-5.

Таъсири карбоксиперитонеумро ба ҳаракати гардиши хун дар давраҳои гуногуни ХЭЛ бо роҳи гузаронидани эхокардиографияи баъди ҷарроҳӣ муайян намудем. Ҳамзамон, таъсири карбоксиперитонеумро ба ҳаракати гардиши хун вобаста ба навъи хунгардӣ хангоми фишори дохили шикам, ки 9мм н.с. 14 мм н.с. ташкил медиҳанд, мавриди таҳқиқ қарор додем.

Натиҷаҳои мониторинги замониҷарроҳии ҳаракати гардиши хуни марказӣ нишон доданд, ки тағйироти аз ҳама бештар ифодашуда хангоми КП дар беморони гирифтори патологияи ҳамроҳи системаи дилу рағҳои хунгард ва навъи ҳаракати пасти хунгардӣ ба вучуд омаданд. Ҷароҳҳои лапароскопӣ дар узвҳои ковокии шикам дар пасманзари инсуфлятсияи гази карбон бо рушди аломати ФДШ-и баландшуда бо пастшавии бозгашти хунирағи варид, шохиси дил, шохиси зарбон, меёри самаранокии кори зарбони хункашӣ ва баландшавии муқовимати умумии фаръии рағҳо тавҷам мебошанд. Бинобар ин, ба беморони гирифтори илтиҳоби давомнокии санги талхадон бо патологияи ҳамроҳи системаи дилу рағҳои хунгард хангоми ХЭЛ дар КП гузаронидани мониторинг ва ҳимояи инотропии ҳаракати гардиши хун дар пасманзари речаи эҳтиёткунии (8-9 мм н.с.) КП-ро тавсия медиҳем.

Мо оризаҳои замони ҷарроҳӣ пайдо шударо, ки дар ҷараёни ХЭЛ дар беморони муоинашудаи гирифтори БСТ ба вуқӯъ омаданд, таҳлил намудем.

Аз миқдори умумии оризаҳои аз ҳама бештар паҳншудаи ХЭЛ хунравӣ аз рағи шараён ва бистари захирадон ҳисоб меёфт, ки дар 40 (2,73%) бемор ба вучуд омад. Хунравӣ дар 24 ҳолат (60%) тавассути сӯзондани эрозия бо ҷараёни барқ ва манганабандии раг боздошта шуд. Дар 16 ҳолат (40%) бинобар бесамарии гемостазии эндоскопӣ зарурати гузариш ба лапаротомия бо боздоштани минбаъдаи хунравӣ ба вучуд омад.

Осеби талхароҳи умумӣ дар 4 бемор (0,27%) ба мушоҳида расид, ки дар ҳама ҳолатҳо гузариш ба лапаротомияро бо муқаррар намудани сабабҳои он талаб кард: дар 3 ҳолат нуқсони механикии манганаҳо, дар 1

ҳолат- дар натиҷаи сӯзондани эрозия бо ҷараёни барқ. Дар ҳамаи беморон барқарорсозии нойи талха бо роҳи дӯхтани он дар дренажи Т-монанд гузаронида шуд.

Танҳо дар як бемор осеби рӯдаи 12-ангушта ба қайд гирифта шуд, ки бо ин бемор лапаротомия, холесистэктомия бо дӯхтани рӯдаи 12-ангушта бо чоки дуқатора ва дренажкунӣ фазои зерӣ чигар гузаронида шуд. Оқибати баъдичарроҳӣ мусоид буд. Қайд кардан зарур аст, ки оризаҳои дар боло номбурдашуда, асосан дар давраи азхудкунӣ ва ҷорӣ намудани методикаи технологияи эндовидеоҷарроҳӣ ба қайд гирифта шуданд.

Меёёрҳои ХЭЛ-и самаранок гузаронидашуда басомади конверсия ва оризаҳои баъдичарроҳӣ буданд. Тибқи таҳлилҳои мо дар 83 ҳолат (5,7%) зарурати иҷрои ҷарроҳӣ ба таври лапаротомӣ ба вучуд омад.

Аз миқдори умумии конверсия сабабҳои асосии гузариш ба лапаротомия дар ин гурӯҳи беморон инҳо буданд: мавҷудияти инфилтратаи зичи илтиҳоб дар ноҳияи ғардани талхадон (28,9%), раванди васеи илтиҳоб дар ковокии шикам (20,5%) ва хунравӣ аз рағи шараён ва талхадон (19,3%). Инфилтратаи зичи илтиҳоб бо эмпиемаи захрадон дар 19 бемор, абсесси периваскулярӣ (дар атрофи рағҳои хунгард маҳдудшавӣ) дар 2 бемор ва холесистити қаросонӣ дар 3 бемор асоснок карда шуд. Ҷараёни васеи илтиҳоб бо ҷарроҳии қаблан гузаронидашуда доир ба сӯрохшавии захми гастродуоденалӣ ва ангалҳои чигар вобаста буд. Особбинии механикии нойи талха чун гузариш ба конверсия дар 4 бемор (4,8) хизмат кард.

Аз байни дигар сабабҳои конверсия мушкilotи техникӣ, ҳеледохолити аз ва захми фасоддори нойи талха мавқеи муҳим дорад.

Таҳлили қиёси оризаҳои баъдичарроҳӣ ва бартарии ҷиддии эндовидеоҷарроҳиро ба тарзи анъанавии ҳелесистэктомия (ХЭЛ) ошкор намуд (ҷадвали 5).

#### Ҷадвали 5. - Сохтори оризаҳои баъдичарроҳӣ

| Намуди оризаҳо                     | ХЭЛ (n=1462) |      | ХЭА (n=310) |      | p      |
|------------------------------------|--------------|------|-------------|------|--------|
|                                    | n            | %    | n           | %    |        |
| Шоридани талха                     | 8            | 0,55 | 5           | 1,61 | >0,05* |
| Захмҳои фасоднок                   | 37           | 2,53 | 12          | 3,87 | >0,05* |
| Перитонити талхадон                | 3            | 0,21 | 3           | 0,96 | >0,05* |
| Зардпарвини механикӣ               | 5            | 0,34 | 4           | 1,29 | >0,05* |
| Хунравӣ                            | 5            | 0,34 | 3           | 0,96 | >0,05* |
| Панкреатити баъдичарроҳӣ           | 4            | 0,27 | 3           | 0,96 | >0,05* |
| Варами фасодноки зерӣ пардаи хочиз | 1            | 0,07 | 3           | 0,96 | <0,05* |



|                |           |             |           |              |                  |
|----------------|-----------|-------------|-----------|--------------|------------------|
| Суддапайдошавӣ | 1         | 0,07        | 2         | 0,64         | >0,05*           |
| Илтиҳоби шуш   | 5         | 0,34        | 3         | 0,96         | >0,05*           |
| Билома         | 1         | 0,07        | -         | -            | -                |
| <b>Ҷамъ</b>    | <b>70</b> | <b>4,79</b> | <b>38</b> | <b>12,21</b> | <b>&lt;0,001</b> |

Тавре, ки аз чадвали 5 аён аст, саҳми оризаҳо дар ХЭА дар қиёс бо ХЭЛ хеле зиёд буд ( $p < 0,01$ ). Дар сохтори оризаҳо захмҳои фасоднок ва шоридани талха аз ҳама бештар маъмул буданд. Ҳамзамон, захмҳои фасоднок баъд аз ХЭА бо чараёни вазнинтари давраи баъдичарроҳӣ фарқ мекунад ва он ба афзоиши муҳлати бистарикунӣ ва офияти давомнок боис мегардад, дар ниҳояти қор ин ҳолат дар сифати ҳаёти бемор инъикос меёбад. Дар сохтори оризаҳо дар гуруҳи назоратӣ дар қиёс бо гурӯҳи асосӣ оризаҳои хусусияти илтиҳобдошта бартарӣ доранд ва ба осеббардории дастрасии ҷарроҳӣ асоснок мегарданд.

Ба 59 нафар (84,3%) бемори гурӯҳи асосӣ бо оризаҳои баъдичарроҳӣ зарурати ҷароҳии тақрорӣ ба миён омад ва аз ин микдор 14 (23,7%) ҳолат ба равиши лапароскопӣ иҷро гардиданд. Аз байни онҳо шоридани талха дар 8 нафар бемор мушоҳида шуд. Дар 2 нафар бемор шоридани талха аз рӯйи найчаи дренаж дар давоми 3-5 шабонарӯз ба охир расид. Дар 6 нафар бемор перитонити талхадон инкишоф ёфт, ки дар 3 ҳолат бо тарзи анъанавӣ (лапаротомия) ва дар 3 ҳолати дигар бо тарзи релапароскопӣ (метод дар ташхис ва табобати оризаҳои даҳлати ҷарроҳӣ ба ҷигар ва рағҳои талхабарор) бартараф карда шуд. Осеби нойи талхаро бо дӯхтани он дар дренажи силиконии Т-монанд бартараф сохтанд ва дар 90-120 шабонарӯз ҷарроҳӣ карданд. Шоридани талхаро бо тарзи лапароскопӣ тавассути методи манганибандӣ бартараф сохтанд.

Басомади хунравихи баъдичарроҳӣ дар ҳарду гуруҳ тақрибан яксон буданд. Дар зимн, дар гурӯҳи асосӣ бо тарзи релапароскопия тавассути манганибандии рағи хунрав он боздошта мешуд (дар 4 аз 5 нафар бемор).

Панкреатитҳои баъдичарроҳӣ дар ҳар ду гурӯҳи беморон бо роҳи табобати маҷмӯӣ консервативӣ муолиҷа ёфта буданд.

Холедохолитиаз ва дар натиҷаи он инкишофёбии зардпарвини механикӣ чараёни давраи баъдичарроҳиро дар 10,5% беморони гурӯҳи назоратӣ ва дар 7,2%-и беморони гуруҳи асосӣ вазнин намуд. Аз ин микдор дар 8 нафар бемор бурида партофтани сангҳо аз нойи талха ва дренажсозии нойи талха аз рӯйи Холстед ва дар як ҳолат бурида партофтани сангҳо аз нойи талха бо гузоштани холедоходуоденостомия иҷро гардид.

Дар як нафар бемор 4 моҳ баъд аз ХЭЛ ташаккули билома ба андозаи 9x8 см дар доираи дарвозаи ҷигар ба қайд гирифта шуд. Баъд аз лапаротомия ва дренажсозӣ беморон шифо ёфтанд.

Дар гурӯҳи назоратии беморон (310) баъд аз ХЭА дар давраи аввалияи баъдичарроҳӣ оризаҳо дар 38 нафар бемор (24,5%) қайд гардид,

ба 15 нафар бемор (4,8%) релартотомия бо бартаграфсозии сарчашмаҳои хунравӣ, шоридани талха, чокшавии абсесси зери пардаи ҳочиз лозим омад.

Аз ҷониби мо таҳлили қиёсии фавти бемороне, ки бо онҳо ХЭЛ ва ХЭА иҷро гардид, гузаронида шуд. Баъд аз ХЭЛ ҳодисаи фавт дар 3 ҳолат (0,21%) ба қайд гирифта шуд. Дар як ҳолат бемори 72-соларо дар рӯзҳои аввали баъд аз ҷарроҳии ҳолесистити шадид аз норасоии дил, ки бо сактаи девораи мушаки дил вобаста буд, марг домангир шуд.

Дар ҳолати дуҷум марги беаҳали бемори 67-сола дар шабонарӯзи сеюми баъд аз ҷарроҳӣ (доир ба БСТ, илтиҳоби давомдори санги талхадон) аз суддаэмболии рағи шарағии шуш ба қайд гирифта шуд.

Марги бемори сеюм, ки бо сабаби илтиҳоби шадиди санги талхадон ҷарроҳӣ гардид, бинобар хурӯчи заъфи чигару гурда, ки бо сиррози чигар, вобаста буд, ба вучуд омад.

Бояд қайд кард, ки дар ҳамаи ҳодисаҳои фавт ҳолати марг, ки бо вазниншавии ҳоси ХЭЛ вобаста бошанд, қайд нагардид.

Басомади ҳодисаҳои фавт баъд аз ХЭА (0,65%) дар қиёс бо гурӯҳи асосӣ ( $p<0,01$ ) воқеан баландтар буд. Сабаби фавти 2 нафар бемор (71 ва 78-сола)-и гирифтори ҳолесистити шадиди қарасонӣ, ки бо варами пардаи сифоки шикам оризадор гардид, норасоии узвҳои бадан буд.

Ҳамин тариқ, марги беморони дар ҳар ду гурӯҳ бо вазнинии ибтидоии ҳолати беморон, синну соли онҳо ва бемориҳои мавҷудаи ҳамроҳи дилу чигар, ки дар маҷмӯъ, сарфи назар аз ташхисоти муосир ва ҷарроҳии гузаронидашуда, ба оризаҳои вазнин ва фавт оварда мерасониданд, асоснок мегардид.

Таҳлили қиёсии сохти патологияи шохчаи кирмшакл (аппендикс) дар бемороне, ки ба аппендектомияи лапароскопӣ ва равишҳои анъанавӣ дучор омаданд гузаронида шуд. Маълумот дар ҷадвали 6 оварда шудааст.

#### **Ҷадвали 6. - Сохтори патологияи шохчаи кирмшакл дар беморони ба аппендектомия дучоршуда**

| Шакли беморӣ        | Гурӯҳи асосӣ (n=521) |      | Гурӯҳи назоратӣ (n=428) |      | p      |
|---------------------|----------------------|------|-------------------------|------|--------|
|                     | n                    | %    | n                       | %    |        |
| Назлавӣ             | 11                   | 2,1  | 38                      | 8,9  | <0,001 |
| Носурӣ              | 375                  | 72   | 220                     | 51,4 | <0,001 |
| Қарасонӣ            | 88                   | 16,9 | 92                      | 21,5 | >0,05  |
| Қарасонӣ-сӯрохшавӣ  | 38                   | 7,3  | 74                      | 17,3 | <0,001 |
| Аппендитсити музмин | 9                    | 1,7  | 4                       | 0,9  | >0,05* |

Тавре ки аз ҷадвали 6 аён аст, дар ҳарду гурӯҳ беморони гирифтори шаклҳои носур ва қарасонии бемориҳо бартарӣ доштанд, ки ҳаҷми умумии онҳо чандон фарқ намекард, дар гурӯҳи асосӣ 96,2% ва дар гурӯҳи назорати 90,2% - ро ташкил намуд. Дар гурӯҳҳои

қиёсшаванда тафовутро мо дар миёни беморони гирифтори илтиҳоби назлаи шохчаи кирммонанд мушоҳида кардем. Шумораи нисбии онҳо байни беморони ба таври анъанавӣ чарроҳишуда воқеан зиёд буд ( $p < 0,001$ ). Ин тафовут бо он тавзеҳ мешавад, ки дар давраи мукаррарсозии ташхис байни бемороне, ки бо усули кушода чарроҳӣ шудаанд, фоизи фароташхис зиёд буд.

Таҳлили қиёсии сохтори бемориҳои шохчаи кирмшакл вобаста ба шакли илтиҳоб бартарии аппендитсита қаросонӣ ва хусусан, қарасонӣ сӯрохшавиро дар бемороне, ки бо тарзи анъанавӣ чарроҳӣ шудаанд, ошкор намуд. Ин аз ташхису чароҳии куҳнашуда гувоҳӣ медиҳад. Мо ошкор сохтем, ки миқдори умуми чарроҳишудагони аппендитсита музмин бо равиши лапароскопӣ дар қиёс тарзи анъанавӣ бартарӣ дошта метавонад ( $p > 0,05$ ).

Ташхису даҳолати чарроҳии дершуда чараёни бемориро шадидтар мегардониданд ва ба инкишофи оризаҳо боис мешуданд.

Дар ҳар ду гурӯҳ саҳми ҳоси беморони дар давоми 6 соати оғози беморӣ ба бемористон ҳозиршуда тақрибан яксон буд. Шумораи асосии беморон дар муҳлати аз 7 то 24 соат ба бемористон ҳозир шуданд (72,5% дар гурӯҳи асосӣ ва 60,8% дар гурӯҳи назоратӣ). Дар зимн, бартарии воқеии аз 24 соат дертар аз оғози беморӣ ҳозиршудагон дар гурӯҳи назоратӣ қайд гардид ( $p < 0,001$ ). Маълумоти бадастомада ба таври нисбӣ нишондиҳандаҳои дар ҷадвали 6 пешниҳодгардида ро инъикос менамоянд.

Бартариҳои технологияи эндовидеочарроҳиро нисбат ба равишҳои анъанавии чарроҳӣ таъкид карда, имконияти амалисозии тартиботи ташхисиро ҳатман дар назар доранд. Бо дарназардошти ин, дар ҳолатҳои мушкилоти мукаррарсозии сабаби асосии клиникаи инкишофёфтаи илтиҳоби шадиди шикам, бо шумули гумонбарӣ ба аппендитсита шадид, мо лапароскопияро истифода намудем. Аз рӯйи маълумот таҳқиқоти мо, истифодаи лапароскопия имкон дод, ки дар 94 ҳолат ба ташхиси аппендитсита шадид дар беморони бемориҳои шикам истисно карда шавад.

Аз байни сабабҳои, ки манзараи аппендитсита шадидро нишон медиҳад, бемориҳои гинекологӣ (61,7%) патологияи рӯдаи ғафс (18,2%) бемории санги пешобдон (12,8%) бештар маъмул буданд. Ин имкон дод, ки гузаронидани апендэктомӣ ба ҳудаи пешгирӣ шуда ва амалисозии табобати бомуваффақият, зарур ва мақсаднок дар ҳар як ҳолати мушаххас фароҳам гардад.

Конверсия (тағйирёбӣ) дар 25 ҳолат (4,79%) талаб карда шуд. Ин нишондиҳандаи гузариш ба лапаротомия дар таҳқиқотҳои мо аз маълумоти маъхазҳо тақрибан фарқ намекунад [Изимбергенев М.Н., Баслаев Б.И., 2003; Пешехонов С.И., 2009; Цилиндзё И.Т., Полинский А.А., 2007]. Аз байни сабабҳои асосӣ тағйирёбӣ мо перитонити пахншуда (2,11%) ва ҷойгиршавии перитонити шохчаи кирмшаклро қайд намудем (1,54%). Теъдоди зиёди оризаҳои баъдичарроҳии ошкоргардида аз

бартарии возеҳи истифодаи методи аппендэктомиаи лапароскопӣ нисбат ба методи анъанавӣ шаҳодат медиҳад.

Аз маълумоти ҷадвали 7 айён мегардад, ки фарқи теъдоди оризаҳои баъдичарроҳӣ дар гурӯҳҳои киёсшаванда ва маҳз теъдоди зиёди онҳо (беш аз 4 маротиба) дар беморони ба аппендэктомиаи анъанавӣ дучоршуда ба қайд гирифта шудааст ( $p < 0,05$ ). Дар ин ҳол, тафовути махсусро мо аз рӯи чунин оризаҳое аз қабили абсесси ковокии шикам (7,4 маротиба) фасодгирии чароҳат (3,4 баробар) гирифтем.

**Ҷадвали 7. - Оризаҳои барвақтӣ баъд аз аппендэктомиа**

| Намуди ориза                   | Гурӯҳи асосӣ (n=521) |             | Гурӯҳи назоратӣ (n=428) |             | p                |
|--------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------|-------------|------------------|
|                                | N                    | %           | n                       | %           |                  |
| Фасодгирии захм                | 6                    | 1,15        | 17                      | 3,97        | <0,001           |
| Перитонити баъдичарроҳӣ        | -                    | -           | 1                       | 0,23        | -                |
| Бемории илтиҳок                | -                    | -           | 3                       | 1,63        | -                |
| Хунавӣ                         | -                    | -           | 2                       | 0,46        | -                |
| Варами фасодноки ковокии шикам | 1                    | 0,19        | 10                      | 2,3         | <0,001           |
| Илтиҳоби шуш                   | 2                    | 0,38        | 3                       | 0,7         | >0,05            |
| <b>Ҷамъ</b>                    | <b>9</b>             | <b>1,72</b> | <b>36</b>               | <b>8,36</b> | <b>&lt;0,001</b> |

Яке аз меъёрҳои асосии самараноки муолиҷаи амалишуда муҳлати бистарӣ будани беморон дар беморхона мебошад. Аз рӯи маълумоти мо давомнокии миёнаи бистарикунонии беморон баъд аз аппендэктомиаи лапароскопӣ  $2,5 \pm 0,6$  кат-рӯзро ташкил намуд. Давомнокии миёнаи бистарикунонии беморони ба тағйирёбӣ дучоршуда 9,6-рӯзро ташкил кард. Давомнокии миёнаи бистарикунонии беморон баъд аз аппендэктомиаи кушода  $5,7 \pm 0,8$  рӯзро ташкил намуд. Бартарии қобили мулоҳизаи технологияи лапароскопӣ набудани бемории илтиҳок мебошад, ки дар 1,63% беморони ба аппендэктомиаи анъанавӣ дучоршуда мушоҳида гардид.

Дар беморони гурӯҳи асосӣ носурҳои эхиноккоӣ бештар дар қисми рости ҷигар (61,2%) ҷой доштанд. Бояд қайд кард, ки дар ин гуруҳ ҳамаи бахшҳои қисми чап ва се бахши қисми рост хеле хуб муоина шуданд. Бахши ҳаштум, бинобар имконпазир набудани амалгардонии техникӣ ба ин бахш, ноаён буд. Ин норасоии методикаи эндовидеочарроҳӣ мебошад. Дар гурӯҳи назоратӣ низ носурҳо бештар дар ҳиссаи рост (61,8%), аз ҷумла дар бахши VII 14,5% ҷойгир шудаанд. Қутри носурҳои эхиноккоӣ аз 4 то 12 см тағйирот дошт.

Зимнан дар беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ носурҳои кутрашон аз 4 то 7 см бештар буданд (мутаносибан 69,8% ва 54,6%), ҳамзамон дар гурӯҳҳои қиёсшаванда мо таносуби баръаксро аз рӯйи носурҳои андозаашон аз 8 то 12 см (ба 1,5 маротиба) ба мушоҳида гирифтем. Дар 84 нафар бемори гурӯҳи асосӣ носурҳои ҷудогона ва дар беморони боқимонда носурҳои фаръӣ ҷой доштанд. Қайд намудан зарур аст, ки дар дастрасии лапароскопӣ шартӣ асосии гузаронидани ин намуди ҷарроҳӣ на андоза, балки диди хуби он буд.

Дар гурӯҳи назоратӣ эхинококкэктомияи анъанавӣ аз дастрасҳои болову миёна (87) ва зерикабурғавӣ (23) иҷро гардид. Ҳамзамон, эхинококкэктомияи ҷигар бо дренажсозии ковокии боқимонда аз рӯйи Делбе дар 73 бемор (66,4%), эхинококкэктомия бо оменопластикаи ковокии боқимонда дар 24 нафар бемор (21,8%), иктои ғайритипии ҷигар дар 4 нафар бемор (3,6), эхинококкэктомия бо дӯхтани носурҳои талха ва дренажсозии ковокии боқимонда дар 9 нафар бемор (8,2%) иҷро гардид. Давомнокии ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ ба ҳисоби миёна  $78,4\% \pm 3,6$  дақ. ва дар гурӯҳи назоратӣ  $101,5 \pm 4,1$  дақиқаро ташкил намуд.

Давомнокии муолиҷаи бемористонии беморони гурӯҳи асосӣ аз 5 то 8 шабонарӯз буд ва ба ҳисоби миёна  $6,1 \pm 0,7$  рӯзро ташкил кард. Дар эхинококкэктомияи анъанавӣ ҳузури бемор дар бемористон 10-14 рӯз ва ба ҳисоби миёна  $12,1 \pm 0,8$  рӯзро ташкил намуд.

Оризаҳои баъдичарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ (12,5%) дар қиёс бо гурӯҳи назоратӣ (24,5%) қариб ду маротиба камтар мушоҳида гардид. Дар беморони гурӯҳи асосӣ шоридани талха аз ковокии боқимонда (5,2%) оризаи бештар маъмул буд. Шоридани талха дар ҳаҷми аз 50 то 150 мл дар шабонарӯзи 3-5 худ бо худ қатъ гардид. Оризаҳои дигари мушоҳидашаванда низ бо роҳи релапароскопия, санатсиякунонӣ ва дренажсозӣ бартараф сохта шуданд. Натиҷаи табобати ҳамаи беморон хуб буд.

Дар гурӯҳи назоратӣ оризаҳои сироятӣ зерин бартарӣ доштанд: фасодгирии захмҳои ҷарроҳӣ (10,9%) фасодгирии ковокии боқимонда (7,3%) ва абсесси зерикабурғавӣ (2,7%) . Қайд кардан лозим аст, ки оризаҳои номбурда ҷараёни баъдичарроҳиро душвор гардонид, ба тулонишавии муҳлати табобат (ба ҳисоби миёна ба андозаи 10-12 рӯз) оварда расонид ва ин дар офияту сифати ҳаёти беморон инъикос ёфт.

Натиҷаҳои видеолапароскопӣ далели вазоҳати бештари таъсири муолиҷаро ҳангоми технологияи эндовидеоҷарроҳӣ дар ҳолати интиҳоби ҷиддии беморон ва риояи усули коркарди зиддиангалӣ тасдиқ намуд. Таҳлили натиҷаҳо ҳангоми ҷароҳати кунди узвҳои ковокии шикам дар 204 нафар бемор маълум гашт, ки аз байни осебҳои осебҳои ҷигар (39,7%), супурз (32,8%) ва рӯдаи тунуку ғафс (17,1%) бартарӣ доштанд. Аксарияти мутлақи беморони гирифтори ҷароҳати кунди шикам (80,5%) дар муҳлати то 3 соат аз лаҳзаи гирифтани осеб ва 12,2%-и беморон дар муҳлати то 6 соат ба беморхона ҳозир шуданд. Бистарикунонии дертар (бештар аз 6 соат) дар 7,3%-и беморон ба қайд гирифта шудааст, ки ба

чараёни осеб таъсири номатлуб расонида, ба инкишофи оризаҳо мусоидат кардааст.

Дар миёни сабабҳои осебҳои шикам садамаҳои нақлиётӣ (64,2%) бештар маъмул буданд. Афтодан аз баландӣ мавқеи дуҷумро ишғол намуд (22,6%). Фишороварӣ ба сабаби осеби шикам дар 27 нафар бемор (13,2%) буд.

Дар байни муоинашудагон 74 нафар бемор (36,3%) бо гирифтани осебҳои пайваста, ки чараёни бемориро мушкил гардонид, ба табохшавии саломатии беморон мусоидат намуданд, чунин ҳолат мушоҳида гардид: осеби устухонҳои найчамонанд дар 22 нафар бемор (10,8%); чароҳати майнаи сар-дар 21 нафар бемор (10,3%); чароҳати кафаси сина дар 26 нафар бемор (12,7%) ва осеби сутунмӯҳра дар 5 нафар бемор (2,5%).

Шаҳодати вазнинии осеби гирифташуда садамоти дараҷаи гуногуни вазининӣ буд. Саҳми ҳосӣ беморони ба ҳолати садамот гирифтгоршуда 57,3% (бо дараҷаи I -13,2%; бо дараҷаи II-24%, бо дараҷаи III-20,1%)-ро ташкил намуд.

Бояд махсус қайд кард, ки дар 38 мушоҳидаҳо (18,6%) ҳангоми лапараскопияи ташҳиси осебҳои узвҳои паренхиматозӣ (яъне чигар, сипурч, майнаи сар ва ғ.) ва таносул дида нашуд ва ин ба ҳуддори аз лапаротомияи «беҳуда» ва иҷро кардани лапараскопия бо гузоштани найчаи силиконӣ ба коси хурд имкон дод.

#### **Ҷадвали 8.- Хусусиятҳои ҷарроҳӣ ҳангоми осеби шикам**

| Намуди ҷароҳӣ                                               | Гурӯҳи асосӣ<br>(n=103) | Гурӯҳи назоратӣ<br>(n=103) |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Дӯхтани захмҳои чигар                                       | -                       | 41                         |
| Дурдабандии барқии захмҳои чигар                            | 16                      | -                          |
| Дурдабандии барқии девораҳои шикам                          | 6                       | -                          |
| Дурдабандии барқии захмҳои сипурч                           | 4                       | -                          |
| Дурдабандии кандашавии пайҳои мудаввари чигар               | 2                       | -                          |
| Спленэктомия                                                | -                       | 40                         |
| Дӯхтани рӯдаи тунук                                         | -                       | 16                         |
| Дӯхтани рӯдаи гафс                                          | -                       | 3                          |
| Дренажсозии ҳалтачаи ҷарбу бо ҳолетсистостомия              | -                       | 1                          |
| Лапараскопияи ташҳисӣ (бе осебрасонии узвҳои даруна)        | 38                      | -                          |
| Видеолапараскопия бо обилакаши ва дренажсозии ковокии шикам | 14                      | -                          |
| Видеолапараскопия бо гузариш ба лапаротомия                 | 23                      | -                          |

Тавре ки аз чадвали 8 маълум гардид, дар гурӯҳи асосӣ дар 40,8% беморон лапараскопияи муолиҷавӣ амалӣ карда шуд. Аз миёни даҳолатҳои лапароскопӣ дурдабандии чигар (15,5%) ва аспиратсияи хун бо дренажсозии ковокии шикам (13,6%) бартарӣ доштанд.

Дар зимн, осеби рӯякии чигар ва пайҳое, ки хунравиро боздоштанд (бо ҳаҷми то 300-400 мл), ҳаракати гардиши хуни устувор, набудани аломати гардиши хуни устувор, набудани аломати варами пардаи сифоки шикам ба иҷрои лапараскопия бо аспиратсияи хун ва гузаронидани дренажи найчамонанд имкон доданд. Дар 23 ҳолат (22,3%) дар ковокии шикам будани хун ба ҳаҷми беш аз 400 мл ё муҳтавои рӯда, ё экссудати тира ва гузаштани фибрин ба шикам аломати гузариш ба лапаратомия буд.

Оризаҳо дар давраи барвақтии баъдичарроҳӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар қиёс бо гурӯҳи асосӣ ду маротиба зиёдтар буд. Ҳамзамон, оризаҳои сироятӣ, фасодгирии захм ва оризаҳои шадиди роҳҳои нафас бартарӣ доштанд.

Шоридани талха дар 3 нафар ҷабрдида ҳангоми муолиҷаи доругӣ дар шабонарӯзи 14-24 баъдичарроҳӣ худ ба худ қатъ гашт, дар 3 ҳолат ба ҷарроҳии такрорӣ зарурат пеш омад.

Дар гуруҳи асосӣ дар 25 (24,2%) ҳолатҳо вазниншавиҳои баъдичарроҳӣ (абсесси зерӣ пардаи ҳочиз, хунравӣ, қабзияти ибтидоии илтиҳокӣ) ба таври релапароскопӣ бартараф карда шуданд. Дар гурӯҳи назоратӣ дар 13 (12,8%) ҳолат бинобар инкишофи ноустувори чокҳои рӯда, варами пардаи сифоки шикам, қабзияти ибтидоии рӯдаи бориқ илтиҳокӣ ва дигар оризаҳо репаратомия лозим гардид.

Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқоти мо, дар гурӯҳи асосӣ ҳамаи ҷарроҳиҳои такрорӣ бо равиши релапароскопӣ бомуваффақият иҷро гардиданд, ки ба коҳишёбии эҳтимолияти инкишофи осеби калонтар (барои дастрасии қушода ҳос аст) ва хатари гузаронидани ҷарроҳии такрорӣ имкон дод.

Баъд аз ҷарроҳии варами паҳншудаи пардаи сифоки шикам, норасоии узвҳо ё шадиди дил 8 нафарон аз беморон аз гурӯҳи асосӣ ва аз гуруҳи назоратӣ фавтиданд. Дар аксари онҳо осебҳои зиёд ва садамоти дарачаи 3 мавҷуд буд.

Ҳамин тавр, татбиқи видеолапараскопияи таъҷили ба ҳуддорӣ аз лапаротомияи беҳуда дар 18,6% ҷабрдидагон бо осеби шикам имкон медиҳад, ки дар беморон ҷароҳати пайвастаи вазнин хело коҳиш дода шавад. Видеолапараскопияи ташхисӣ дар 22,3% ҳолатҳо дар муддати кӯтоҳ ба муқаррарсозии ташхису банақшагирии муносиби даҳолати баъдинаи ҷарроҳӣ бо роҳи лапаратомия мусоидат менамояд. Лапараскопияи муолиҷавӣ, ки иҷрои он дар 40,8% ҳолат ва бо шарофати ин хатари даҳолати ҷарроҳӣ коҳиш ёфт ва натиҷаҳои муолиҷа беҳтар шуд.

Таҳлили қиёсии сохтори беморони муоинашуда бо бемориҳои гинекологӣ ки бо роҳҳои анъанавӣ ва лапароскопӣ мавриди муолиҷаи

чарроҳӣ қарор гирифтанд, дар ҷадвали 9 пешниҳод гардид. Беморон қаблан ба ду гуруҳ (фаврӣ ва нақшавӣ) тақсим карда шуданд.

**Ҷадвали 9. - Сохтори беморони муоинашуда бо патологияи гинекологӣ вобаста ба хусусияти даҳолати ҷарроҳӣ**

| Хусусияти бемориҳо           | Гуруҳи асосӣ |      | Гуруҳи назоратӣ |      | p       |
|------------------------------|--------------|------|-----------------|------|---------|
|                              | n            | %    | n               | %    |         |
| Фаврӣ                        |              |      |                 |      |         |
| Ҳамли берун азбачадон        | 290          | 22,3 | 135             | 52,5 | <0,001  |
| Вазниншавии носури тухмдон   | 147          | 11,3 | 9               | 3,5  | <0,001* |
| Пелвиоперитонит              | 95           | 7,3  | 9               | 3,5  | <0,05*  |
| Кафидани тухмдон             | 65           | 5,0  | 18              | 7,0  | >0,005  |
| Нақшавӣ                      |              |      |                 |      |         |
| Носури тухмдон               | 382          | 29,4 | 72              | 28,1 | >0,05   |
| Қабзияти найчаи бачадон      | 208          | 16,0 | -               | -    | -       |
| Анамнези вазниншудаи акушерӣ | 61           | 4,7  | -               | -    | -       |
| Носури дермоидӣ              | 39           | 3,0  | 5               | 1,9  | >0,05*  |
| Кистома                      | 13           | 1,0  | 9               | 3,5  | <0,001* |
| Ҷамъ                         | 1300         | 100  | 257             | 100  | -       |

Тавре ки аз ҷадвали 9 аён аст, дар беморони нақшавӣ ҳам дар гуруҳи асосӣ ва ҳам дар гуруҳи назоратӣ патологияи тухмдон бартарӣ дошт, ки миқдори он дар маҷмӯъ аз рӯйи гуруҳҳо мутаносибан 33,4% ва 33,5%-ро ташкил намуд. Қабзияти найчаҳои бачадон (16,0%), ки аз рӯйи он беморон танҳо ба тарзи лапароскопӣ ҷарроҳӣ гардида буданд, мавқеи дуҷумро ишғол кард.

Дар беморони фаврӣ ҳамли берун аз бачадон патологияи асосӣ ҳисоб ёфт.

Саҳми ҳоси беморони дар бистарикунони барвақтӣ (то 6 соат) дар гуруҳҳои асосӣ ва назоратӣ мутаносибан 42,5 % ва 38,1%-ро ташкил намуд дар сурате ки беморони дертар аз 24 соат ба беморхона ҳозиршуда дар гуруҳи назоратӣ 13,5% ва дар гуруҳи асосӣ 6,4%-ро ташкил карданд. Ба бистарикунони дертар бо ҷараёни ғайриоддии беморӣ, худтабобаткунии бемор ва ҳаҷми ташхисӣ дар давраи то беморхонавӣ асоснок гардида буд. Барои ин гуна беморон қарордони тиббӣ барои гузаронидани тартиботи ташхисӣ ва ошкор кардани беморӣ вақти зиёдтареро масраф намуданд. Дар беморони гуруҳи асосӣ лапароскопия ба ташхиси барвақтии беморони шадиди гинекологӣ ва иҷрои ҷарроҳӣ бо истифода аз технологияи лапароскопӣ мусоидат кард.

Тавре ки аз ҷадвали 10 аён аст, аз 1557 нафар бемори муоинашудаи гирифтори бемориҳои гинекологӣ дар аксари онҳо (83,5%) ҷарроҳӣ бо истифодаи технологияи лапароскопӣ иҷро гардиданд, ки ба маълумоти адабиёти соҳа мувофиқат мекунад [Ғарелик П.В., Дубровицкий О.И., 2006; Дронов А.Ф., 2006; Федоров И.В., Сигал Е.И., 2007].



### Ҷадвали 10. - Навъи амалиётҳои ҷарроҳӣ ба гурӯҳи занони муоинашуда

| Намудҳои ҷарроҳӣ                      | Гурӯҳи асосӣ<br>(n=1300) |      | Гурӯҳи назоратӣ<br>(n=257) |      | p      |
|---------------------------------------|--------------------------|------|----------------------------|------|--------|
|                                       | N                        | %    | n                          | %    |        |
| Дурбандии тухмдон                     | 96                       | 7,4  | 18                         | 7,0  | >0,05  |
| Санатсия ва дренажсозии ковокии шикам | 95                       | 7,30 | 9                          | 3,5  | <0,05* |
| Тубэктомия                            | 322                      | 24,8 | 179                        | 69,6 | <0,001 |
| Кистэктомия                           | 185                      | 14,2 | 39                         | 15,2 | >0,05  |
| Иктой тухмдон                         | 61                       | 4,7  | 12                         | 4,7  | >0,05  |
| Салпинголизис                         | 308                      | 23,6 | -                          | -    | -      |
| Энуклеатсияи тухмдон                  | 168                      | 13   | -                          | -    | -      |
| Тамйизи найчаҳои бачадон              | 65                       | 5    | -                          | -    | -      |

Дар ин ҳол, ҷарроҳии асосие, ки беморон дар гурӯҳҳои киёшаванда дучор гардиданд, тубэктомия буд, ки саҳми ҳоси онҳо дар ҷарроҳишудагон бо тарзи кушода дар қиёс бо гурӯҳи асосӣ 2,8 маротиба афзоиш ёфт ( $p<0,001$ ). Бояд қайд кард, ки дар гурӯҳи асосӣ як силсила ҷарроҳӣҳо иҷро шуданд, ки дар беморони гурӯҳи назоратӣ гузаронида нашудааст. Ба онҳо солпинголизис (ҷарроҳӣ бо мақсади барқарорсозии гузаронандагии тухмроҳа), ки дар гурӯҳи назоратӣ мавқеи дуҷумро ишғол намуд, ба онҳо энуклеатсияи тухмдон ва тамйизи найчаҳои бачадон низ мансубанд, яъне ҷарроҳии бемориҳои номбурдашуда камшумор буда, ҳоло танҳо тавассути технологияи лапароскопӣ иҷро мегарданд.

Таҳлили оризаҳои баъдичарроҳӣ нишон дод, ки басомади хунравиҳо дар беморони гурӯҳи назоратӣ (3,9%) дар муқоиса бо гурӯҳи асосӣ (2,3%) начандон баландтар буд. Бо азхудкунии методика ва афзоиши миқдори ҷарроҳӣҳои иҷрошуда мо қиёсҳои басомади хунравиро ҳангоми эндовидеоҷарроҳии узвҳои таносул то 0,8% қайд намудем.

Дар миёни сабабҳои конверсия (тағйирёбӣ), хунравӣ (2,3%) ва ташкилаҳои калонҳаҷм (кистома-9, носури дермоидӣ-8) бештар маъмул буданд. Раванди илтиҳоби возеҳ дар қисми поёни ковокии шикам ва варами пахншудаи сифоки шикам мутаносибан дар 1,07% ва 0,6%-и беморон вохӯрданд. Дар ҳама ҳолатҳои тағйирёбӣ натиҷаҳои ҷарроҳӣ мусоид буданд.

Мо оризаҳои баъдичарроҳиро байни гурӯҳи занони муоинашуда таҳлил намудем (ҷадвали 11)

**Чадвали 11. - Сохтори оризаҳои баъдичарроҳӣ**

| Навъҳои оризаҳо                  | Гурӯҳи асосӣ<br>(n=1300) |             | Гурӯҳи назоратӣ<br>(n=257) |              | P                 |
|----------------------------------|--------------------------|-------------|----------------------------|--------------|-------------------|
|                                  | N                        | %           | n                          | %            |                   |
| Фасодгирии захм                  | 16                       | 1,23        | 14                         | 5,44         | <0,001            |
| Хунравӣ                          | 7                        | 0,53        | 5                          | 1,94         | <0,05*            |
| Варами фасодноки ковокии шикам   | 3                        | 0,23        | 2                          | 0,77         | >0,05*            |
| Қабзияти шадиди илтиҳокии рӯдаҳо | 2                        | 0,15        | 2                          | 0,77         | >0,05*            |
| Чурра-и баъдичарроҳӣ             | 8                        | 0,61        | 9                          | 3,5          | <0,001*           |
| <b>Ҷамъ</b>                      | <b>36</b>                | <b>2,76</b> | <b>32</b>                  | <b>12,45</b> | <b>&lt;0,001*</b> |

Тавре ки аз чадвали 11 аён аст, технологияи лапароскопӣ нисбат ба усули анъанавӣ бартарӣ дорад. Дар беморони гурӯҳи асосӣ оризаҳои баъдичарроҳӣ дар 2,76%-и ҳолатҳо ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 12,45%-и ҳолатҳо мушоҳида карда шуданд. Аз байни онҳо абсесси ковокии шикам ва қабзияти шадиди илтиҳокии рӯдаҳо, ки саҳми ҳоси онҳо мутаносибан 0,15% ва 0,77%-ро ташкил намуд, дар беморони гирифтори пелвиоперитонит дар шабонарӯзи 4-9 инкишоф ёфт ва барои бартарафсозии онҳо зарурати релапаратомия ба миён омад.

Дар беморони ба тарзи кушода ҷарроҳишуда чурраи баъдичарроҳӣ, фасодгирии захм ва хунравӣ аз ҳама бештар маъмул буданд.

Дар аксари ҳолатҳо (дар 5 аз 7 ҳолат) хунравӣ, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ мушоҳида гардид, бо роҳи релапароскопӣ боздошта шуд. Дар гурӯҳи назоратӣ оризаҳои сироятӣ (фасодгирии захми лапаратомӣ ва абсесси ковокии шикам) асосӣ буданд. Онҳо дар 6,12%-и ҳолатҳо мушоҳида гардида, ҷараёни баъдичарроҳиро вазнин ва муҳлати офияти беморонро тулонӣ мекарданд. Илова бар ин, фасодгирии захм сабаби асосии инкишофи чурраи баъдичарроҳӣ буд.

Ҳамин тавр, таҳлили натиҷаҳои таҳқиқоти мо аз он шаҳодат медиҳад, ки хангоми набудани аломати ғайримӯҷозии технологияи лапароскопӣ методи интиҳоби муолиҷаи беморони гирифтори бемориҳои шадид ва музнии гинекологӣ мебошад. Маълумоти натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳӣ баронанд, ки методи эндоскопӣ дар қиёс бо методи анъанавӣ бо осеббардории камтар, имконияти истифода дар шароити беморхонаи рӯзона, самаранокии баланд (набудани фалачи ҷузъии баъдичарроҳии рӯда, саҳми ҳоси хеле камтари фасодгирии захми баъдичарроҳӣ, инкишофи раванди илтиҳок ва чурраи баъдичарроҳӣ дар муҳлатҳои дурудароз), инчунин бо самарайи хуби косметикӣ фарқ мекунад. Таҳлили муқоисавии арзиши муолиҷаи беморони гирифтори ҳолесистиди музмини гуруҳҳои асосӣ ва назорати нишон дод, ки ҳарҷоти умумӣ барои табобати бемор бо равиши анъанавӣ 1419,32 сомони ро ташкил намуд, ки дар қиёс бо ҳарҷоти ХЭЛ ба андозаи 994,61 сомонӣ бештар аст.

Бо харочоти умумӣ инҳо дохил мешаванд: пардохти музди меҳнати пизишкон, кормандони миёна, хурди тиббӣ ва боқимонда; ҳисоб кардани иловагиҳо ба маош; арзиши хӯрок, доруворӣ, хизматрасониҳои озмоишгоҳӣ, истеҳлоки ашёи камарзиши зуд фарсудашаванда, истеҳлоки бинову манзил ва харочотҳои боқимондаи иловагӣ. Қайд кардан зарур аст, ки ҳар яке аз харочоти номбаршуда дар гурӯҳи назоратӣ дар қиёс бо гурӯҳи асосӣ якчанд маротиба зиёдтар буд. Чунончи, замони дар кати беморӣ сипаринамудаи чарроҳишудагони бо равиши анъанавӣ дар қиёс бо беморони гурӯҳи асосӣ 3,3 баробар зиёдтар буд. Дар зимн, зариби даромаднокӣ дар гурӯҳи назоратӣ дар қиёс бо нишондиҳандаи гурӯҳи асосӣ 3,3 маротиба зиёдтар буд.

Харочоти умумӣ Ҳангоми гузаронидани аппендэктомияи кушода нисбат ба харочоти лапароскопӣ 1,7 маротиба зиёдтар аст. Ҳамзамон, қайд кардан зарур аст, ки арзиши миёнаи будубоши беморе, ки ба равиши лапароскопӣ чарроҳӣ гардидааст, ба андозаи 44,13 сомонӣ аз нархи аппендэктомияи анъанавӣ зиёдтар мебошад. Аммо аз ҳисоби будубоши тулони харочоти умумӣ барои муолича дар гурӯҳи асосӣ коҳиш меёбад. Самаранокии муолича аз ҳисоби коҳиш ёфтани саҳми хоси оризаҳои барвақтӣ бо роҳи ташҳиси саривақтӣ ва бартарафсозии минбаъдаи онҳо, ки ба худдорӣ аз лапаротомияи васеъ ва мувофиқаи гузариш ба шӯъбаи эҳғарӣ имкон медиҳанд, ба даст оварда мешавад.

Ҳангоми гузаронидани эхинококкэктомия бо дастрасии лапаротомӣ дар маҷмӯъ 1542,21 сомонӣ харч мегардад, ки он дар қиёс бо равиши лапароскопӣ 2,04 баробар бештар харч мешавад. Бояд қайд кард, ки бештарин таъвофути арзиши як кат-рӯз (1,54 баробар) Ҳангоми муолиҷаи ин патология ошкор карда шуд ва ҳамчунин, миёни ин беморон таъвофути зиёд дар давомнокии таъобат (3,2 маротиба) қайд гардидааст.

Самаранокии иқтисодии технологияи эндовидеочарроҳӣ, ки Ҳангоми патологияи узвҳои коси хурд истифода мегардад, дар мисоли носури тухмдон ва ҳамли берун аз бачадон ба ҳисоб гирифта шудааст.

Давомноки бистарикунии беморони нисбат ба носури тухмдон ва ҳамли берун аз бачадон чарроҳӣ шудаанд, яқсон аст. Инчунин, нархи як кат-рӯз бо баъзе бартариҳо аз беморони ба таври лапароскопӣ чарроҳишуда чандон фарқ намекунад. Аммо арзиши як чарроҳӣ дар беморони ба равиши анъанавӣ чарроҳишуда аз харочоти бемороне, ки бо равиши лапароскопӣ чарроҳӣ шудаанд, хеле зиёд аст. Тафовут Ҳангоми ҳамли берун аз бачадон 1,6 баробар ва Ҳангоми носури тухмдон 1,46 баробарро ташкил намуд.

Афзалияти методи эндоскопии муолича ба ғайр аз осебдидагии камтар ва самаранокӣ ба хуби косметикӣ дар имконияти истифодаи он дар шароити бистарикунии рӯзона зоҳир мегардад, зеро ки методикаи ба роҳ надодан ба чоки баъдичарроҳии рӯда, фасодгирии захми баъдичарроҳӣ, инкишофи чараёни илтиҳок ва чурраҳои баъдичарроҳӣ дар муҳлатҳои тулонӣ имкон медиҳад. Маълумоти мо бо маълумоти муаллифони дигар мувофиқат мекунад [Адамян Л.В., Аскольская С.И.,

2002; Запорожан В.Н., Трубник В.В., 2000; Назаренко П.М., Антиперович О.Ф., 2001; Князев И.О. ва ҳаммуаллиф., 2008].

Ҳамин тарик, натиҷаҳои бадастомада аз он шаҳодат медиҳанд, ки қорбурди технологияи ээндовидеоҷарроҳӣ дар муолиҷаи ҷарроҳии ҳолесистити музмин, аппендитсит, эхинококкози ҷигар ва бемориҳои узвҳои коси хурд (носури тухмдон, ҳамли берун аз бачадон) аз ҷиҳати иқтисодӣ мақсаднок аст. Мақсаднокии истифода на танҳо аз лиҳози хароҷоти умумӣ барои муолиҷа, балки бо замони наҷандон зиёди будубош дар бистари беморхона тасдиқ гардид, ки бо осеббардории камтар, натиҷаи хуби косметикӣ, ташҳиси дақиқи саривактӣ, миқдори ками оризаҳои баъдичарроҳӣ, аз ҷумла лапаротомияҳои беасос тасдиқ мешавад. Гуфтаҳои боло дар шароити кунунии маҳдуд будани захираҳои молиявӣ, афзоиши теъдоди беморони камбизоат ва мутобикан муоинанагардида, аз ҷумла фаврӣ, ба таъмини ёрии босифати хирургӣ, ки ба аҳоли ҳам дар давраи амбулаторӣ ва ҳам дар давраи беморхонавӣ расонида мешавад, мусоидат хоҳад кард.

## **ХУЛОСА**

### **НАТИҶАҶОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИСЕРТАТСИЯ**

1. Таҳлили иҷтимоӣ-гигиенӣ нишон дод, ки беморони муоинашудаи гирифтори бемориҳои узвҳои ковокии шикам ва коси хурд асосан сокинони деҳот, ҷинси зан, аз ҷумлаи соҳибхоназанон (ба истиснои беморони гирифтори осеби шикам), синну соли қобили меҳнат (қоршоям) бо дараҷаи таҳсилоти пойин, муваққатан бекор бинобар бисёрфарзандии онҳо (ба истиснои беморони гинекологӣ) буданд. Вобастагии интиҳоби равиши муолиҷаи ҷарроҳӣ аз дараҷаи огоҳии аҳоли дар бораи афзалиятҳои видеолапароскопия ва мавҷудияти таҷҳизоти мувофиқ ва мутахассиси омодашуда дар муассисаи табобатӣ ошқор гардид [6-М, 7-М, 11-М, 22-М, 23-М].

2. Дар миёни сабабҳои асосии инкишофи оризаҳо ҳангоми даҳолатҳои видеолапароскопӣ инҳо қайд шудаанд: густариши беасоси нишондодҳо барои ҷарроҳӣ, иштибоҳоти тактикӣ ва ғалатҳои техникаи аз тарафи ҷарроҳ содиршаванда, ки дар ҳолати риояи усули интиҳоби беморон ва баланд бардоштани сатҳи касбии мутахассиси ҷарроҳикунанда баратараф карда мешаванд [14-М, 15-М, 27-М, 28-М].

3. Самаранокии иҷтимоӣ-иқтисодии истифодаи технологияи ЭВҚ дар раванди муолиҷаи ҷарроҳии ҳолесистити музмин, аппендитсити шадид, эхинококкози ҷигар ва бемориҳои узвҳои коси хурд бо қоҳишёбии муддати будубоши бемор дар кати беморхона, басомади оризаҳои ҳангоми ҷарроҳӣ ва баъдичарроҳӣ ва мутаносибан, хароҷоти умумӣ барои муолиҷа, ки дар шароити кунунии маҳдуд будани захираҳои молиявӣ, афзоиши миқдори беморон, аз ҷумла беморони таъҷилӣ, ба таъмини ёрии босифат ва дастрасии ёрии ҷарроҳӣ ба аҳоли мусоидат мекунад, тасдиқ мегардад [5-М, 10-М, 24-М, 39-М, 40-М].

4. Корбурди видеолапароскопия дар чарроҳии таъҷилии узвҳои ковокии шикам ва коси хурд ба ташхиси дурусти саривактӣ ва анҷом додани чарроҳӣ бо тарзи эндовидеочарроҳӣ бидуни лапаротомияи беҳуда муосидат мекунад ва натиҷаҳои табобатро беҳтар месозад [3-М, 8-М, 9-М, 29-М, 31-М].

5. Методикаи истифодашавандаи муҳосибии иқтисодии арзиши табobati беморон вобаста ба равиши даҳолати чарроҳӣ хангоми арзёбии фаъолияти беморхонаи чарроҳӣ сериттилоъ мебошад ва аз ҷиҳати иқтисодӣ ба асосноккунии мақсаднокии истифодаи технологияи эндовидеочарроҳӣ дар марҳилаи кунунӣ имкон медиҳад [12-М, 13-М, 16-М, 35-М, 41-М].

### **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Бо мақсади беҳтар намудани сифати ёрии чарроҳӣ мучахҳаз намудани беморхонаҳои марказии вилоятӣ, шаҳрӣ ва ноҳиявӣ, новобаста аз шакли моликият ва мансубияти идоравии онҳо, бо таҷҳизоти видеоэндоскопӣ бо ташкили гуруҳҳои навбатдори соҳавӣ барои таъмини ёрии нақшавӣ ва фаврии ЭВҚ ба аҳоли мувофиқи мақсад мебошад.

2. Барои таъмини истифодаи оқилонаи технологияи лапароскопӣ мутамарказ намудани беморони ба ёрии эндовидеочарроҳӣ эҳтиёҷдошта, зарур аст.

3. Дар беморони гирифтори бемориҳои системаи дилу рағҳои хунгард ва дасгоҳи нафаскашӣ бо навъи ҳаракати пасти хунгардӣ чарроҳии лапароскопиро дар шароити мониторинг ва тақвияи инотропии ҳаракати гардиши хун ва речаи бозэҳтиётӣ карбоксиперитонеум дар ҳудуди 8-9 мм н.с. гузаронидан зарур аст.

4. Имконияти бомуваффақияти иҷрои даҳолатҳои лапароскопиро баъд аз анҷоми марҳилаи ташхиси лапароскопӣ бо дарназардошти дараҷаи хатари чарроҳӣ ҳаллу фасл намудан лозим аст.

5. Бо мақсади самаранок гузаронидани пешгирии диссеминатсия ва такрори эхинококкози чигар риояи ҷиддии методҳои муосири коркарди зиддиангалӣ ва роҳандозии курси химиотерапия зарур аст.

6. Бо мақсади ба даст овардани баробарии иҷтимоӣ дар миёни кишроҳои гуногуни аҳоли ва афзудани дастрасӣ ба хизматрасониҳои тиббӣ, махсусан ба камбизоатон, аз ҷумла ёрии видеоэндочарроҳӣ, кабули ҳуҷҷатҳо санадҳои дахлдори меъёрии ҳуқуқӣ ё воридсозии ислохот ба санадҳои амалкунандаи конунгузорӣ, ки ба масоили ҳамшарикӣ давлатӣ-хусусиро робита доранд, амри зарурӣ ба ҳисоб меравад.

## **ФЕҲРИСТИ КОРҶОИ ЧОПШУДАИ МУАЛЛИФ ДОИР БА МАВЗӢИ ДИССЕРТАТСИЯ**

### **Мақолаҳо дар маҷалаҳои таҳризшаванда:**

- 1- М. Назаров Ф.Н.** История и проблемы эндовидеохирургии в Таджикистане / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Известия Академии наук Республики Таджикистан». - Душанбе.- 2013. - №1.- С. 72-76.
- 2 -М.Назаров Ф.Н.** Состояние оксидантного статуса и перекисного окисления липидов при остром калькулёзном холецистите / Ф.Н. Назаров, Ф.Б. Бокиев, Х.Б. Едалиева, А.М. Сабурова, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Доклады Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- №1.- С. 78-81.
- 3- М. Назаров Ф.Н.** Диагностическая и лечебная видеолaparоскопия при травме живота / Ф.Н. Назаров, Т. Г. Гульмурадов, Х.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Известия Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- № 3-4 (184).-С. 44-48.
- 4- М. Назаров Ф.Н.** Изменения центральной гемодинамики при лапароскопической холецистэктомии у больных с желчно каменной болезнью /Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Д.Б. Хамидов, И.Х. Уразов// Ж. «Доклады Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- №9.- Том. 56.- С. 750-755.
- 5- М.Назаров Ф.Н.** Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени / Ф.Н. Назаров, Д.С. Сангов, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2013. - №3.- С. 53-57.
- 6- М.Назаров Ф.Н.** Результаты лапароскопических операции при гинекологических заболеваниях / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Х.Ш. Сабурова// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2013. - №4.- С. 31-35.
- 7- М. Назаров Ф.Н.** Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2013.- №4.- С. 51-57.
- 8- М. Назаров Ф.Н.** Диагностика и лечение абдоминальных поврежденных при сочетанных травмах / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2013.- №4.- С. 57-61.
- 9- М. Назаров Ф.Н.** Проблемы первой помощи при сочетанных травмах / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров// Ж. «Вестник Таджикского национального университета».- Душанбе: Сино. -2014.- №1/1(126) .- С. 233-237.
- 10- М. Назаров Ф.Н.** Диагностическая и лечебная лапароскопия при остром аппендиците / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Вестник

Таджикского национального университета».- Душанбе: Сино.- 2013.- №1/3 (110).- С. 200-203.

**11- М.Назаров Ф.Н.** Социально-экономические аспекты применения лапароскопической технологии в лечении желчнокаменной болезни / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т. Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник Таджикского национального университета». -Душанбе: Сино.- 2013.- №1/3 (110).- С. 240-244.

**12- М.Назаров Ф.Н.** Эндовидеохирургия в диагностике и лечении острого аппендицита / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Вестник Педагогического университета». - Душанбе.- 2014.- №2 (57).- С. 219-222.

**13- М.Назаров Ф.Н.** Социально-гигиеническая и экономическая эффективность эндовидеохирургии в лечении желчнокаменной болезни // Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т. Г. Гульмурадов // Ж. «Вестник Педагогического университета». - Душанбе.- 2014.- №2(57).- С. 214-218.

**14- М.Назаров Ф.Н.** Оценка медико-социальной эффективности применения видеолaparоскопической технологии в хирургии / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гулмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2014.- №2.- С. 50-56.

**15-М.Назаров Ф.Н.** Клинико-экономический анализ эффективности лапароскопического и традиционного методов лечения острого аппендицита / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник академии медицинских наук Таджикистана». - Душанбе.- 2017.- №4 (24).- С. 47-51.

**16- М.Назаров Ф.Н.** Применение эндовидеохирургических технологии и их эффективность при оперативном лечении гинекологических больных Хатлонской области / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2017.- №4.- С. 30-37.

**17-М.Назаров Ф.Н.** Эффективность эндохирургического лечения эхинококкоза печени / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения». - 2018.- №4.- С. 45-51.

### **Монография**

**18-М. Назаров Ф.Н.** Огнестрельные ранения живота с повреждением ободочной кишки/ Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов // Душанбе: Ирфон.- 2014.- 132 с.

### **Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо:**

**19- М. Назаров Ф.Н.** Состояние и перспективы развития эндохирургической службы в Республике Таджикистан / Ф.Н. Назаров, Т.Г.

Гульмурадов//Ж.«Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2001.- №4 - С. 43-44.

**20- М. Назаров Ф.Н.** Парапузырный инфильтрат и его влияние на ход лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев //Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2001.- №4.- С.- 196-197.

**21- М. Назаров Ф.Н.** Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев, Т.Г. Гульмурадов// 7-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2003.- С. 267-268.

**22- М. Назаров Ф.Н.** Лапароскопические операции при острых заболеваниях органах брюшной полости. / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, Д.С. Бабаджанов, М.Ш. Партов, А.М. Курбанов //Материалы X юбилейного московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2006.- С. 144

**23-М. Назаров Ф.Н.** Применение видеоэндохирургической технологии в диагностике и лечении абдоминальных патологий / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, Д.С. Бабаджанов, А.М. Курбанов, А.Н. Хакимов// Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области.- Курган – Тюме.- 2007.- С. 89-91.

**24-М. Назаров Ф.Н.** Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Д.С. Бабаджанов// Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием.- Турсунзаде.- 2007.- С. 27-29.

**25-М. Назаров Ф.Н.** Состояние и перспектива развития неотложной хирургической помощи в Хатлонской области / Ф.Н. Назаров, Д.С. Бабаджанов //Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области. Курган – Тюме.- 2007.- С. 3-5.

**26-М. Назаров Ф.Н.** Перспективы развития эндохирургической службы в Республике Таджикистан и её социально-экономические аспекты / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов //Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области. -Курган – Тюме.- 2007.- С. 13-17.

**27-М. Назаров Ф.Н.** Возможность лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, А.Н. Хакимов, А.М. Курбанов, Х. Кассиров, Т.С. Бекназаров// Материалы XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2009.- С. 218-219.

**28-М. Назаров Ф.Н.** Осложнения видеолапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А.Н. Хакимов, А.М. Курбанов, Х. Кассиров, Т.С. Бекназаров// Материалы XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва.- 2009.- С. 219-220.



- 29-М.** Назаров Ф.Н. Видеоэндохирургические методы в диагностике и лечении абдоминальных повреждений сочетанных травм / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, А.М. Курбанов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе. 2009. - №1.- С. 223-225.
- 30-М.** Назаров Ф.Н. Эндоскопические вмешательства при желтухе механического генеза / Ф.Н. Назаров, А.Ф. Мирзозода, А.М. Курбанов, А.Н. Хакимов, Ё.Д. Бояков// Материалы XIV Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2010.- С. 246-247.
- 31-М.** Назаров Ф.Н. Видеоэндохирургические методы в диагностике и лечении абдоминальных повреждений сочетанных травм / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, А.М. Курбанов// Материалы II международного конгресса травматологов и ортопедов. – Москва.- 2011.- С. 209-210.
- 32-М.** Назаров Ф.Н. Клинические аспекты тотальной внутривенной анестезии с кетаминном при лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, В.Т. Сатторов, Д.С. Саидов, У.У. Ёров, К.Б. Сатторов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2011. - №2.- С. 180-181.
- 33-М.** Назаров Ф.Н. Возможность лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, Ё.Д. Бояков, А.М. Курбанов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2011. - №2.- С. 181-182.
- 34-М.** Назаров Ф.Н. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров //Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе.- 2011.- С. 142.
- 35-М.** Назаров Ф.Н. Социально-экономические аспекты эндохирургии и её эффективность у больных с холециститом / Ф.Н. Назаров, А.М. Курбанов, В.Т. Сатторов, У.У. Ёров// Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе/- 2011.- С. 49.
- 36-М.** Назаров Ф.Н. Эндоскопические вмешательства при желтухе механического генеза / Ф.Н. Назаров, А.Ф. Мирзозода, А.М. Курбанов// Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе.- 2011.- С. 50.
- 37-М.** Назаров Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гулмурадов //Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения.- 2014.- №2.-С.35-41.
- 38-М.** Назаров Ф. Н. Возможности видеолaparоскопической диагностики и лечения изолированных и сочетанных повреждений печени/ Ф. Н. Назаров, Х.Н. Назаров, Х.А. Пиров, У.У. Ёров//Ж. «Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения».- 2014.- №2.-С.47-50.
- 39-М.** Назаров Ф.Н. Диагностическая и лечебная видеолaparоскопия при остром аппендиците / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, А.М. Курбанов, Х.А. Пиров//

Материалы ежегодной XXI научно-практической конференции. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2015.-С.166-168.

**40-М.** Назаров Ф.Н. Результаты лапароскопических операций при гинекологических заболеваниях / Ф.Н. Назаров, Х.Ш. Сабурова, С.С. Бурхонова// Материалы ежегодной XXI научно-практической конференции. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2015.- С.168-171.

**41-М.** Назаров Ф.Н. Эндохирургическая технология: эффективность в оперативном лечении гинекологических больных в Хатлонской области/ Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадov //Материалы научно-практической конференции посвященной 26-летию Независимости Республики Таджикистан.-2017.- С.113-114.

## РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҶО

|     |                                |
|-----|--------------------------------|
| АИТ | - Академияи илмҳои тиб         |
| АЛ  | - аппендэктомиаи лапароскопӣ   |
| БСТ | - бемории санги талхадон       |
| ГХМ | - гардиши хуни марказӣ         |
| ДМ  | - диалдегиди малонӣ            |
| КП  | - карбоксиперитонеум           |
| МТД | - муассисаи таълимии давлатӣ   |
| МД  | - муассисаи давлатӣ            |
| СОД | - супероксидисмутаза           |
| ТПЛ | - туршшавии перекиси липидҳо   |
| ФШ  | - фишори шараёнӣ               |
| ХШ  | - холесистити шадид            |
| ХЭА | - холесистэктомиаи анъанавӣ    |
| ХЭЛ | - холесистэктомиаи лапароскопӣ |
| ЭВЧ | - эндовидеочарроҳӣ             |

**АННОТАЦИЯ**  
**НАЗАРОВ ФАЙЗАЛНАСУРДЖОЕВИЧ**  
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОХИРУРГИИ В РЕСПУБЛИКЕ**  
**ТАДЖИКИСТАН И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ В НОВЫХ**  
**СОЦИАЛЬНО - ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

**Ключевые слова:** эндовидеохирургия, традиционная хирургия, эндовидеохирургическая технология, организация службы эндовидеохирургии, социально-экономическая эффективность, профилактика и лечение осложнений.

**Цель.** Применение и совершенствование организации эндовидеохирургической службы в новых социально-экономических условиях РТ.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** проведен комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования (клинические и биохимические исследования крови, коагулограмма, исследование уровня средних молекул, перекисного окисления липидов, активности супероксиддисмутазы и аскорбиновой кислоты по известным методикам).

Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «Philips» (США), Допплер ЭхоКГ - на аппарате «PhilipsSD-800» (Германия), фиброгастродуоденоскопию - аппаратом фирмы «АОНУА» (Китай). Операции выполняли с применением видеокондоскопического комплекса фирмы «Эндомедиум» (Россия).

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с применением прикладной программы «Statistica 6.0» (StatSoftInc., США). Дисперсионный анализ для количественных выборок проводился с применением U-критерия Манна-Уитни, для качественных выборок - с помощью критерия  $\chi^2$  (для значений меньше 10 вводилось поправка Йетса, а для меньше 5 – высчитывалась по  $\phi$ -критерию Фишера). Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты и их новизна:**

Впервые в Республике Таджикистан определены социально-гигиенические аспекты применения видеолaparоскопической технологии в хирургической службе. На основе сравнительной оценки результатов лапароскопических и традиционных операций оптимизированы показания и противопоказания к видеокондоскопическим вмешательствам, включая разработку мероприятий по формированию службы диагностической и хирургической видеолaparоскопии в условиях госпитального сектора. Систематизированы причины неудач, ошибок и осложнений при кондоскопических операциях, разработаны рекомендации по тактике и методам их диагностики и лечения.

Обоснована социально-экономическая эффективность внедрения кондоскопических технологий, разработаны научно-методические рекомендации по оптимизации службы эндовидеохирургии. Установлена экономическая целесообразность применения эндовидеохирургической технологии на современном этапе.

**Рекомендации по использованию:**

Обоснована социально-экономическая эффективность применения кондоскопической технологии. Оптимизирована тактика хирургического лечения патологии органов брюшной полости с применением видеолaparоскопии. Обоснована необходимость организации в многопрофильных больницах республики отделений кондоскопической хирургии.

**Область применения:** Общественное здравоохранение, хирургия и гинекология.

**АННОТАТСИЯ**  
**НАЗАРОВ ФАЙЗАЛИ НАСУЛЛОЕВИЧ**  
**ҶАНБАҲОИ ТИББӢ - ИҶТИМОИИ ЭНДОЧАРРОҲӢ ДАР ҶУМҲУРИИ**  
**ТОҶИКИСТОН ВА ДУРНАМОИ РУШДИ ОН ДАР**  
**ШАРОИТИ НАВИ ИҶТИМОИ-ИҚТИСОДИ**

**Калимаҳои калидӣ:** эндовидеочарроҳӣ, чарроҳии анъанавӣ, технологияи эндовидеочарроҳӣ, ташкили бахши эндовидеочарроҳӣ, самаранокии иҷтимои-иқтисодӣ, пешгирии ва табобати оризаҳо.

**Мақсад.** Корбурд ва тақмили ташкил намудани хизматрасонии эндовидеочарроҳӣ дар шароити нави иҷтимои-иқтисодии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Усулҳои таҳқиқот ва таҷдидҳои истифодашуда :** барои арзёбии ҳолати умумӣ ва дараҷаи хавфи чарроҳӣ маҷмӯи методҳои клиникӣ, озмоишӣ ва афзории таҳқиқот гузаронида шуд (таҳқиқоти қабулшудаи клиникӣ, биохимиявии хун, коагулограмма, таҳқиқи сатҳи молекулаҳои миёна, туршшавии перекиси липидҳо, фаъолнокии супероксиддисмутаза ва таркиби кислотай аскорбинӣ бо усулҳои мавҷудбуда).

Таҳқиқи ултрасадо бо дастгоҳи «Филипс» (ИМА), доплер-эхокардиография бо асбоби «PhilipsSD-800» (Олмон), фиброгастродуоденоскопия бо ёрии фиброгастроскопи ширкати «АОНУА» (Чин) гузаронида шуд. Чарроҳии эндовидеочарроҳӣ бо корбурди маҷмӯи видеоэндоскопи ширкати «Эндомедиум» (Россия) иҷро гардиданд.

Коркарди омории маълумотҳо дар компютери шахсӣ бо барномаи "Statistica 6.0" (StatSoft Inc., ИМА) гузаронида шуд. Таҳлили парокандагӣ барои намунаҳои микдорӣ бо истифодаи меъёри U- и Манна-Утнӣ, барои намунаҳои сифатӣ - бо истифода аз меъёри  $\chi^2$  (барои арзиши кам аз 10 ислоҳоти Йетс ҷорӣ шуд ва кам аз 5 - мувофиқи меъёри ф Фишер) гузаронида шуд. Фарқиятҳо омилан назаррас дар  $p < 0,05$  ба назар гирифта шудаанд.

**Натиҷаҳои ба даст омада ва навгонии онҳо:** нахустин бор дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷанбаҳои иҷтимои-бехдошти корбурди технологияи видеолапароскопӣ дар бахши чарроҳӣ муайян карда шудааст. Дар асоси баҳодиҳии муқоисавии натиҷаҳои усулҳои табобати лапароскопӣ ва анъанавӣ нишондод ва ғайринишондод ба амалиётҳои видеоэндочарроҳӣ, аз он ҷумла ташкил намудани роҳҳои хизматрасонии ташхисӣ ва чарроҳии эндоскопӣ дар шароити беморхона муносиб гардонида шудааст. Сабабҳои нобарорихо, иштибоҳот ва оризаҳо ҳангоми амалиёти эндоchарроҳӣ мураттаб гардонида шуда ва тавсияҳо оид ба тактика, таҷриба ва методҳои ташхис ва муолиҷаи онҳо мавриди коркард қарор гирифтанд.

Ташкили хизматрасонии эндовидеочарроҳӣ дар шароити нави иҷтимои-иқтисодӣ асоснок карда шуда тавсияҳои илмӣ-амалӣ оиди муносибгардонии бахши эндоchарроҳӣ муайян карда шудааст. Аз ҷиҳати иқтисодӣ мақсаднокии истифодаи технологияи эндовидеочарроҳӣ дар марҳилаи кунунӣ муайян карда шудааст.

**Тавсияҳо оиди истифода:** Самаранокии иҷтимои-иқтисодии истифодабарии технологияи эндовидеочарроҳӣ асоснок гардонида шудааст. Усули табобати беморҳои узвҳои ковокии сифок бо истифода аз чарроҳии видеолапароскопӣ муносиб гардонида шудааст. Натиҷаҳои бадастомада зарурати ташкили шӯъбаҳои чарроҳии эндоскопиро дар беморхонаҳои бисёрсоҳа асоснок намуд.

**Соҳаи истифода:** Сихатии ҷомеа, чарроҳӣ ва гинекология.

**SUMMARY**  
**NAZAROV FAYZALI NASRULLOEVICH**  
**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF ENDOSURGERY IN THE REPUBLIC OF**  
**TAJIKISTAN AND PROSPECTS OF ITS DEVELOPMENT IN NEW**  
**SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS**

**Key words:** endovideosurgery, traditional surgery, endovideosurgical technology, organization of service of endovideosurgery, social and economic efficiency, prevention and treatment of complications.

**Purpose :** application and improvement of the organization of endovideosurgical service in the new socio-economic conditions of Tajikistan.

**Methods of research and used equipment:** a set of clinical, laboratory and instrumental methods of investigation was conducted (clinical and biochemical blood tests, coagulogram, study of the level of medium molecules, lipid peroxidation, activity of superoxide dismutase and ascorbic acid according to known methods).

Ultrasound was performed on the Philips device (USA), doppler EchoCG - on the Philips SD-800 (Germany), fibrogastroduodenoscopy - by the apparatus of the firm AOHUA (China). The operations were performed using a video endoscopy complex by Endomedium (Russia).

Statistical processing of the data was carried out on a personal computer using the application program "Statistica 6.0" (StatSoft Inc., USA). Dispersion analysis for quantitative samples was carried out using the Mann-Whitney U-criterion, for qualitative samples-using the  $\chi^2$  criterion (for values less than 10, Yates's correction was introduced, and for less than 5, it was calculated according to the Fisher criterion). Differences were considered statistically significant at  $p < 0.05$ .

**The received results and their novelty:** for the first time in the Republic of Tajikistan, social and hygienic aspects of the use of video laparoscopic technology in surgical service have been determined. Based on a comparative evaluation of the results of laparoscopic and traditional operations, indications and contraindications to video endosurgical interventions have been optimized, including the development of measures to form a service for diagnostic and surgical video laparoscopy in the hospital sector. The reasons of failures, errors and complications at endosurgical operations are systematized, recommendations on tactics and a method of their diagnostics and treatment are developed.

Socio-economic effectiveness of the introduction of endosurgical technologies has been substantiated, scientific and methodological recommendations for optimizing the service of endovideosurgery have been developed. The economic feasibility of using endovideosurgical technology at the present stage has been established.

**References on use:** socio-economic effectiveness of endosurgical technology is grounded. The tactic of surgical treatment of pathology of the abdominal cavity with the use of video laparoscopy has been optimized. The necessity of organization of endoscopic surgery departments in multi-field hospitals of the republic is substantiated.

**Field of application:** public health, surgery and gynecology.