



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



MINISTRY OF HIGHER
EDUCATION, SCIENCE AND
INNOVATIONS



ANDIJAN STATE MEDICAL
INSTITUTE



A.V. VISHNEVSKY NATIONAL
MEDICAL RESEARCH CENTER
OF SURGERY

Collection of Theses of the International Scientific and Practical Conference on the Topic “Current Issues of Surgery and Combustiology”



October 9–10, 2025
Andijan



EDITORIAL TEAM



CHIEF EDITOR: M.M.Madazimov

DEPUTY CHIEF EDITORS: K.Z. Salakhiddinov

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD
Mushaykhov Kh.T., Bustanov Sh.Ya.

COMPUTER GRAPHICS EDITORS:
F.A. Abdulkhodimov.

<https://adti.uz/ru/konferensiyalar/>

IFLOSLANGAN KENG MAYDONLI QO'L-OYOQ JAROHATLARINI DAVOLASHDA ZAMONAVIY KLINIK STRATEGIYALAR

*Islomov A.A., Muminov Sh.M., Nizov O.N., Xudaynazarov D.A.
Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent, O'zbekiston*

Kirish. Qon-tomir, Mikroxirurgiya va Travmatologiya amaliyotida uchraydigan keng maydonli ifloslangan jarohatlar klinik tibbiyotning eng dolzarb va murakkab muammolaridan biri bo'lib, ularning oqibatlari ko'pincha bemor hayoti va mehnat qobiliyatini yo'qotishi bilan yakunlanadi. Ushbu jarohatlarning patogeneza uchta asosiy omil muhim ahamiyatga ega: yumshoq to'qimalarning keng ko'lamli destruksiya, yuqori darajadagi mikrobiologik kontaminatsiya va mahalliy qon aylanishining buzilishi. Bu omillar birgalikda jarayonning murakkab klinik manzarasini belgilaydi va o'tkir yiringli-septik asoratlarning tez rivojlanishiga olib keladi. Mazkur shikastlanishlar ko'pincha yo'l-transport hodisalari, ishlab chiqarishdagi baxtsiz voqealar, tabiiy ofatlar va harbiy mojarolarda kuzatiladi. Shu bois ushbu muammo nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega bo'lib, amputatsiya va nogironlik ko'rsatkichlarining yuqori darajasi bilan bevosita bog'liqdir. So'nggi yillarda chop etilgan klinik tadqiqotlar (Galecka-Wanat, 2020; Lipsky, 2020; Kim, 2022; Dissemmond, 2023; Serena, 2024) shuni ko'rsatmoqdaki, keng maydonli ifloslangan jarohatlarda infeksiyon asoratlari chastotasi 40% dan yuqori bo'lib, sepsis rivojlangan hollarda letallik darajasi 15–20% gacha yetadi.

Ushbu raqamlar klassik jarrohlik ishlovi va standart antibiotikoterapiya samaradorligi yetarli emasligini ko'rsatadi. Shu munosabat bilan, bugungi kunda keng maydonli ifloslangan jarohatlarni davolashning zamonaviy strategiyalari kompleks yondashuvga asoslanmoqda. Bunda jarrohlik ishlovi, antibiotikoterapiya, zamonaviy bog'lov materiallari, manfiy bosim terapiyasi (NPWT), regenerativ tibbiyot usullari hamda multidisiplinar hamkorlik muhim o'rin tutadi.

Maqsad. Tadqiqotning asosiy maqsadi – keng maydonli ifloslangan qo'l-oyoqlardagi jarohatlarni davolashda zamonaviy kompleks strategiyalarning klinik samaradorligini tahlil qilish, innovatsion texnologiyalarni amaliyotga tatbiq etish imkoniyatlarini o'rganish va ularning natijaviy ko'rsatkichlarini aniqlashdan iborat.

Materiallar va metodlar: Zamonaviy davolash paradigmasi quyidagi asosiy yo'nalishlardan tashkil topadi:

Jarrohlik ishlovi. Radikal birlamchi debridman, nekrotik to'qimalarni maksimal darajada erta olib tashlash. Takroriy taftishlar, jarohat yuzasini ultratovush va gidroxirurgik usullar bilan ishlov berish. Jarohat zonasini vaqtinchalik izolyatsiyalash usullarini qo'llash. Antibiotikoterapiya. Mikrobiologik tahlillar natijasiga asoslangan holda tizimli va lokal antibiotiklar tanlash. Antimikrob qoplamali bog'lov materiallaridan foydalanish (kumush ionlari, yod asosidagi preparatlar). Zamonaviy bog'lov materiallari va texnologiyalar. Sorbtsion bog'lovlar, gidrogel qoplamalar, o'sish omillari bilan boyitilgan biomatrikslar. NPWT (Negative Pressure Wound Therapy) – granulyatsiya va epitelizeatsiyani tezlashtiruvchi isbotlangan samarali texnologiya. Regenerativ tibbiyot va to'qima muhandisligi. Mezenximal ildiz hujayralari asosida teri va to'qimalarning tiklanishini rag'batlantirish. Biotexnik teri ekvivalentlari va 3D-bioprinting asosidagi konstruksiyalar yordamida to'qimalar regeneratsiyasini yaxshilash. Multidisiplinar hamkorlik. Jarroh, reanimatolog, infeksiyonist, mikroxirurg mutaxassisi va rehabilitologning o'zaro integratsiyalashgan hamkorligi davolash samaradorligini oshiradi.

Natijalar. So'nggi yillarda nashr etilgan klinik tadqiqotlar va amaliy kuzatuvlar natijalari shuni ko'rsatadiki: Jarrohlik ishlovi va NPWT kombinatsiyasi nekrotik to'qimalardan tozalanish muddatini 30–35% ga qisqartiradi. Antimikrob qoplamali bog'lov materiallari infeksiyon asoratlari xavfini 25–30% kamaytiradi. Regenerativ texnologiyalar (ildiz hujayralari, biotexnik transplantatlar) granulyatsiya va epitelizeatsiya jarayonini 20–25% tezlashtiradi. Kompleks strategiya qo'llanganda amputatsiyasiz qo'l-oyoqni saqlab qolish darajasi 80–85% gacha yetadi. Davolanish muddati o'rtacha 20–22% ga qisqaradi, rehabilitatsiyadan keyingi hayot sifati esa yuqori darajada baholanadi. Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, klassik debridman va antibiotikoterapiyaga asoslangan

yondashuv keng maydonli ifloslangan jarohatlar uchun yetarli emas. Zamonaviy kompleks yondashuv, ya'ni jarrohlik ishlovi, NPWT, regenerativ tibbiyot va innovatsion bog'lov materiallarini birgalikda qo'llash – klinik samaradorlikni sezilarli darajada oshiradi. Shuningdek, multidisiplinar hamkorlik ham davolash jarayonining muvaffaqiyatli yakunlanishida muhim rol o'ynaydi. Jarrohlik aralashuvining optimal vaqtini belgilash, antimikrob terapiya strategiyasini asoslash va rehabilitatsiya bosqichlarini tizimli tashkil etish – kompleks yondashuvning ajralmas tarkibiy qismlaridir.

Xulosa: Qo'l-oyoqlarning keng maydonli ifloslangan jarohatlari zamonaviy xirurgiya amaliyotida dolzarb va murakkab klinik muammo bo'lib qolmoqda. An'anaviy davolash usullari ko'plab hollarda yetarli emasligi sababli, kompleks yondashuvni tatbiq etish zaruriyati mavjud. NPWT, regenerativ tibbiyot, to'qima muhandisligi va biotexnik teri ekvivalentlari istiqbolli yo'nalishlar sifatida ko'rilmogda. Mutaxassislararo hamkorlik klinik natijalarni yaxshilash, amputatsiyalar chastotasini kamaytirish va bemorlarning hayot sifatini oshirishda muhim omil hisoblanadi.

CHAQALOQLARDA NEKROTİK ENTEROKOLITNI JARROHLİK YO'LI BILAN DAVOLASHNING TAKTIKASI

*Djurabayev A.A., Mamasaidov J.T.
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti*

Mavzuning dolzarbligi. Hozirgi kunda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nekrotizirlovchi enterokolit (NEK)ni davolash jarrohlik sohasi mutaxassislari orasida hanuzgacha faol bahsmunozaralarga sabab bo'lmoqda. Uzoq vaqt davomida peritoneal drenajni reanimatsiya sharoitida o'rnatish ushbu kasallikda asosiy davolash usuli sifatida qabul qilingan edi. Ammo hozirgi amaliyotda bu usul bilan bir qatorda laparotomiya va laparoskopiya ham keng qo'llanilmoqda. NEK ayniqsa, tug'ilganining dastlabki ikki haftasida bo'lgan muddatidan ilgari tug'ilgan chaqaloqlar orasida keng tarqalgan bo'lishiga qaramay, uni davolashda sezilarli yutuqlarga erishilgan emas.

Tadqiqot maqsadi. Mazkur tadqiqot so'nggi yillarda nekrotizirlovchi enterokolitni jarrohlik yo'li bilan davolash borasida yuz bergan o'zgarishlarni ko'rsatish va ko'plab ilmiy ishlanmalar natijalarini tizimlashtirishga qaratilgan.

Tadqiqot materiallar va uslublari. Tadqiqotda asosan NEKdan keyin paydo bo'ladigan ichak strikturalarini davolash, shuningdek, intensiv terapiya bo'limida jarrohlik amaliyotlarini bajarish imkoniyatlari muhokama qilinadi.

Muhokama. Nekrotizirlovchi enterokolit ilk bor 1953 yilda K. Schmid va K. Quaiser tomonidan mustaqil kasallik sifatida ta'riflangan bo'lib, u *enterocolitis ulcerosa necroticans* nomi bilan atalgan. Bugungi kunda u yangi tug'ilganlarda eng ko'p uchraydigan jarrohlik kasalliklaridan biridir. Neonatal intensiv terapiya rivoji past vaznli muddatidan ilgari tug'ilgan chaqaloqlarning yashab qolish imkoniyatini oshirdi, bu esa NEK rivojlanishiga moyil bolalar sonining ko'payishiga olib keldi. Ushbu kasallikni davolash juda murakkab bo'lib, AQShda reanimatsiya bo'limiga yotqizilgan chaqaloqlarning 2–7%ida qayd etiladi.

Muddatidan ilgari tug'ilgan chaqaloqlarga ko'rsatilayotgan yordamdagi yutuqlarga qaramay, NEK hanuzgacha bolalar o'limining jiddiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda - o'lim darajasi 15-30% ni tashkil etadi. Turli manbalarga ko'ra, bemorlarning 20–40% ga jarrohlik aralashuvi talab qilinadi, va operatsiyadan keyingi o'lim darajasi 50% gacha yetadi.

Bell klassifikatsiyasiga ko'ra NEKning I-bosqichida gumon qilingan bemorlar va II-bosqichda tasdiqlangan holatlarning bir qismi konservativ davolanishadi: nafas olishni qo'llab-quvvatlash, inotrop preparatlar bilan terapiya, suyuqlik va elektrolit muvozanatini tiklash, hamda enteral dam olish. Jarrohlikka mutlaq ko'rsatma - bu pnevmoperitoneum (III-bosqich). Boshqa hollarda operatsiya NEK konservativ davoga javob bermaganida va ichak nekrozi belgilari mavjud bo'lganda bajariladi.

O'rtacha hisobda 30–35% holatlarda jarrohlik aralashuvi talab qilinadi. Ushbu guruhda chaqaloqlar orasidagi o'lim darajasi 30–50% bo'lishi mumkin. Zamonaviy jarrohlik usullari peritoneal drenaj, laparotomiya va laparoskopiyani o'z ichiga oladi. Laparotomiya vaqtida ichak rezeksiyasi bilan birga anastomoz yoki enterostoma yaratish, shuningdek, "clip and drop" kabi kechiktirilgan ulash texnikalari qo'llaniladi.

Tadqiqot natijalari. NEK bo'yicha asosiy jarrohlik tamoyili - bu nekrotik hududlarni olib tashlash va maksimal darajada hayotga layoqatli ichak qismini saqlab qolishdir. Qaysi usul tanlanishi klinik vaziyat va jarrohning tajribasi yoki mavjud tibbiy dalillarga asoslangan qaroriga bog'liq. Yakka-yakka perforatsiya holatida rezeksiya va anastomoz afzal ko'riladi, ko'p sonli zararlanishlarda esa enterostoma qo'llaniladi. Yondashuvlarda farq bor: AQShda odatda anastomoz qilinadi, Yevropada esa enterostoma kengroq qo'llaniladi.

NEKning eng og'ir ko'rinishi - bu panintestinal shakli bo'lib, bunda to'liq ichak rezeksiyasi zarur bo'lishi mumkin. Bunday holatlarda 1996 yilda W.G. Vaughan tomonidan taklif qilingan "clip and drop" usuli qo'llaniladi: nekrotik qismlar olib tashlanadi, hayotga layoqatli uchlar klip bilan yopiladi va vaqtincha qorin bo'shlig'iga joylashtiriladi, keyinchalik esa ularga anastomoz qo'yiladi.

Ba'zan NEK qorin bo'shlig'i kompartman-sindromi bilan kechadi, bu esa vaqtincha yamoqlar yoki qorin sumkalarini tikishni talab qiladi.

Avvaliga peritoneal drenaj og'ir holatdagi bemorlar uchun vaqtincha chorasi sifatida ko'rib chiqilgan - bemor holati barqarorlashgach laparotomiya bajarilishi kerak edi. Ammo 1977 yildan boshlab, S. Ein va uning hamkasblari tomonidan olib borilgan ishlardan so'ng, drenaj ba'zi bemorlar uchun yagona zaruriy muolaja sifatida qarala boshlandi. Bu yondashuv laparotomiyadan, umumiy narkozdan va qisqa ichak sindromi xavfidan qochishga yordam berdi hamda usulning samaradorligi va mashhurligini oshirdi.

Xulosa. NEKni davolashdagi zamonaviy tajriba shuni ko'rsatmoqdaki, mutaxassislar samarali yondashuvlarni ishlab chiqish ustida izchil harakat qilmoqda. Faol tadqiqotlarga qaramay, bu borada sezilarli yutuqlarga erishish uchun yana ko'plab sa'y-harakatlar zarur. NEKni jarrohlik yo'li bilan davolashning kelajagi mavjud uslublarni takomillashtirish va yangi strategiyalarni, jumladan, intensiv terapiya sharoitida operatsiyalarni amalga oshirishni o'z ichiga oladi.

FARG'ONA VODIYSIDA IDIOPATIK O'PKA GIPERTENZIYASINI KLINIK AMALIYOTDA OLIB BORISH

Turg'unov B.A., Turg'unov A.I., Mansurov SH.SH., Ibroximov I.U.

Andijon davlat tibbiyot instituti. Umumiy jarroxlik va transplantologiya kafedrası va Andijon davlat tibbiyot instituti klinikasi yurak qon tomir jarroxligi bo'limi.

Maqsad. Tashxisni baxolash vaqti, Farg'ona vodiysi (Andijon, Farg'ona va Namangan viloyati) da idiopatik o'pka gipertenziyasini Bazentan va Sildenafil bilan arterial o'pka gipertenziyasini maxsus davolash natijalari, muhim boshlang'ich faktorlarni aniqlash, idiopatik o'pka gipertenziyasi bilan kasallangan bemorlarda salbiy taxminning ta'siri

Tadqiqot usullari: O'pka gipertenziyasi diagnostikasini va o'pka gipertenziyasi bilan kasallangan bemorlarni davolashni sifatini yaxshilash. Markaz ishining bir qismi sifatida biz tadqiqot vaqtida 21 yoshdan 69 yoshgacha (o'rtacha $44,2 \pm 12,0$) bo'lgan idiopatik o'pka gipertenziyasi bilan kasallangan 63 nafar 54 (85.7 %) ayol, 9 erkak (14.3%) bemorni qamrab oldik. Tashxis vaqtida JSST ga ko'ra 63 ta bemor orasida 14 tasi (22.2%) II funksional sinf, qolgan 49 (77.8%)- III FS ni tashkil etadi. Barcha bemorlarni transtorakal exokardiografiya (ExoKG), to'sh sohasi organlarini. Kompyuter tomografiyasi, yurak MRT, 6-daqiqa yurish testi o'tkazildi, yurak kameralarini angiografik tekshiruvlar bilan umumiy klinik va bioximik qon tahlillari olindi. O'zbekiston Respublikasida 2019-yilgacha IO'G ni davolashda yorliqdan tashqari faqat sildenafilning 25 dozasi qo'lanilgan; 2019-yilda IO'G bemorlari uchun 2 ta umumiy dori preparatlari tavsiya qildik: sildenafil 20 mg va bazentan vazniga nisbatan qo'llash (ishlab chiqarish

shakllari: tab, 125 mg, 62.5mg, 32mg. 40 kg dan kichik vaznli bemorlar uchun 62.5 mg dan har 12 soatda, 40 kg dan yuqori vaznli bemorlar uchun 4 hafta har 12 soatda 62.5 mg dan keyin esa 125mg dan har 12 soatda). 2019-yilda bunday bemorlarga darhol ikkala dorini qo'llashni boshladi.

Natija: 6 yillik kuzatuv davomida 12ta bemor vafot etdi. ROC (kasalliklarni aniqlashda testlar qanchalik samarali ekanligini baholash) tahlillari ko'ra tirik qolgan va vafot etgan bemorlar guruhlarida sezilarli farqlar aniqlangan, o'pka arteriyasini sistolik bosimi (O'ASB) AUC (ROC egri chizig'i ostidagi maydon) 0.721, chegara qiymati 82 mm/sm/ust. (sezuvchi 71.4%, maxsus 70%) IO'AG tashxisi tasdiqlanguncha AUC 0.707, chegara qiymati 2.6 yil. (sezuvchi 71.4%, maxsus 70%). O'lganlar guruhida chap qorinchaga quyilish hajmi sezilarli darajada past $38,57 \pm 2,48$ ml, kuzatuv vaqtida davolanishni davom ettirgan bemorlarda chap qorinchaga quyilish hajmi sezilarli darajada ko'tarilgan $50,8 \pm 4,3$ ml ($p=0,041$). Shuningdek vafot etgan 10 ta bemorda dastlab ExoKG sida gidroperikard borligi va o'ng qorinchani xajmini oshib ketish belgilari aniqlangan. Barcha bemorlar o'lim xavfi va terapiya samaradorligini baholash uchun yiliga 2-3 marta markazga yotqiziladi.

Xulosalar: 6 yil davomida IO'AG bo'lgan bemorlarning o'lim darajasi 19% ni tashkil etdi. Mustaqil kuzatuvchilarga ko'ra IO'AG si bo'lgan bemorda noqulay taxmini perikardial efuziyani mavjudligi, o'pka arteriyasini boshlangich sistolik bosimi va chap qorinchaga quyilishning kichik hajmidir. Respublikada o'pka gipertenziyasi shifokorlarning bilim va sergakligini oshiradi, IO'G diagnostikasini takomillashtiradi, bu esa IO'G bilan og'rigan bemorlarga avvalroq o'ziga xos terapiya buyurish imkonini beradi, IO'G bilan kasallangan bemorlarning umr ko'rish sifati va davomiyligini oshiradi. O'pka gipertenziyasi bilan kasallangan bemorlarni AKG (angiokardiografiya) tekshiruvini takomillashtirish. Bioximik va umumiy qon taxlilini, undagi Hb (gemaglobin) miqdori, leykositlar miqdori va ECHT ni (eritrotsitlar cho'kish tezligi) kuzatib turish kerak.

KATTA YOSHDAGI YURAK TUG'MA NUQSONLARINI O'PKA ARTERIYASI GIPERTENZIYASI BILAN ASORATLANGAN BEMORLARNI ZAMONAVIY TASHXISLASH VA XIRURGIK YONDOSHUVLAR

*Turgunov Botirjon Abduqayumovich., Turgunov Abdinosir Ismoilovich
Andijon davlat tibbiyot instituti Umumiy jarroxlilik va transplantologiya kafedrasida va Andijon
davlat tibbiyot instituti Yu.Otabekov nomli klinikasi yurak qon tomir jarroxliligi bo'limi.*

Mavzuning dolzarbligi: Xozirgi kunda katta yoshdagi yurak tug'ma nuqsonlari o'pka arteriyasi gipertenziyasi asoratlangan bemorlarni tekshirish va xirurgik yondoshuvni o'ziga xosligi Fargona vodiysi axolisida ko'plab uchrab turishiga asosiy sabab bo'ldi. Zamonaviy tashxis qo'yishga yordam beruvchi tibbiy apparaturalarning respublikamiz xududlarida shu bilan birga Fargona vodiysida keng qo'llanilishi natijasida katta yoshdagi bemorlarda o'pka arterasi gipertenziyasi bilan asoratlangan xolatlar uchrab turishi. Bu o'ziga xos xirurgik yondoshuvlarni va zamonaviy tekshiruvlar talab qiladi.

Tadqiqot maqsadi: Katta yoshdagi bemorlarda yurak tug'ma nuqsoni o'pka arterasi gipertenziyasi asoratlari darajasini aniqlash, zamonaviy tekshiruvlar va xirurgik yondoshuvlar tadbiq qilish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Bizni tadqiqotimizda 19 yoshdan 60 yoshgacha, 47 nafar 2020-yildan 2025-yilgacha bo'lgan davrda Andijon davlat tibbiyot instituti Yu. Otabekov nomli klinikasi yurak qon tomir jarroxliligi bo'limida tekshirilib xirurgik davolangan bemorlar o'rganildi. Nazorat guruxdagi 22 nafar bemorlarimiz ExoKG tekshiruvi xulosalari va yurak nuqsonlari to'liq autoperikard yomoq bilan korreksiya qilingan. Qolgan 25 nafar asosiy ostidagi ExoKG tekshiruvi, yurak ichki qismi MSKT kontrastli tekshiruvi va kontrastli angiopulmonografiya tekshiruvi, shu bilan birga qon oqimi ikki tamonga xarakatlanuvchi klapanli autoperikard yamog'i bilan yurak nuqsonlarini plastika qilingan bemorlar o'rganildi.

Tadqiqot natijalari: O'rganilgan besh yil kuzatuvlarimiz natijalariga ko'ra asosiy 25 nafar bemorlarimizda operatsiyadan oldingi tekshiruvlardan yurakni ExoKG tekshiruvi ga qo'shimcha ravishda yurak ichki qismi MSKT kontrastli, kontrastli angiopulmonografiya tekshiruvlari o'tkazilib klapanli autoperikard yamog'i bilan bartaraf qilingan yurak nuqsonlarida operatsiyadan keyingi davrda o'pka arterasi qon bosimi qarshiligi nazorat guruxdagi bemorlarga nisbatan 40- 60 mm.sim.ustdan pastlagani va o'lim qo'rsatqichi 18% kamayganini kuzatdik. O'rganilgan kuzatuvlarimizga ko'ra asosiy guruxdagi operatsiyadan oldingi tekshiruv usullar va klapanli autoperikard yamog'ini qullash natijasida operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olishga erishamiz.

Xulosa: Bemorlarni operatsiyadan olidingi davrda yurak ichki qismi MSKT kontrastli tekshiruvi o'tkazish va angiopulmonografiya tekshiruvi o'tkazilishi maqsadga muvofiq bo'ladi va bemorlarga qanday operativ korreksiyalashga ko'maklashadi. Agarda angiopulmonografiya tekshiruvimizda Qp, Qs va Wood ko'rsatkichlarimiz nisbatini xisobga olgan xolda korreksiyalash defektlarni autoperikard yamoq bilan klapan saqlovchi metodika bemorlarni o'pka arterasi gipertenziyasi bosimi tushishiga olib keldi. Natijada o'pka arterialari trambozlari kelib chiqishi va bemorlarni o'lim ko'rsatkichini kamaytirishga erishiladi.

BACHADONGA PLATSENTANING O'SISHI MORFOLOGIK VA IMMUNOGISTOKIMYOVIY XUSUSIYATLARI.

Olimova N.X., Matyaqubova S.A.

Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Respublika ixtisoslashirilgan ona va bola salomatligi markazi Xorazm filiali

Kirish: Zamonaviy akusherlik amaliyotlarida bachadon chandig'iga o'sib kirgan platsenta bilan olib boriluvchi homiladorlik jarayonlari va tug'ruqlar –akusherlik qon ketishlari, onalar va chaqaloqlar o'limining asosiy sabablaridan biridir. Shuning uchun ham, bachadon chandig'iga platsentaning patologik o'sib kirishini immunologic asoslarini o'rganish akusherlik va patomorfologiyaning asosiy yo'nalishi va vazifasi hisoblanadi. Platsenta o'sganligini darajasini bilish uchun biz oldin uni tasnifini bilish zarur. Yo'ldoshni oldinda kelib, bachadonga o'sganligining tafsivlanishi. Bunga ko'ra yoldosh mushak qavatiga, seroz va undan tashqarisiga o'sishi mumkin. Zararlangan segment qalinligi yupqa (3–4 mm) dan keskin ingichkalashgan bo'rtmaga (1–2 mm) qadar yetib, yo'ldoshning ostki qatlamining vizual ko'rish imkoniyatini ta'minlagan. (Rasm №1). Immunogistokimyoviy tekshiruv "MICRO DIACNOSTIC LAB" x/k diagnostik klinikasida amalga oshirildi. Biz tadqiqotimizda patomorfologik asosiy guruhga 20 ta bemorda bachadonida chandig'i bo'lgan, yo'ldoshni oldinda kelib, bachadonga o'sgan to'qimalari olindi. Asosiy guruhga kiruvchi, to'liq oldinda yotuvchi yo'ldoshi va o'sib kirgan vorsinkalari bo'lgan bemorlarda operatsiya vaqtida bachadon pastki segmentining old devori bo'ylab, yo'ldosh joylashgan qismda, ichki bo'g'imning har ikki tomonida umumiy ingichkalashish aniqlangan. Gistologik tekshiruvda chandiq ichiga o'sib kirganligi aniqlandi[7,9,10].

Immunohistokimyoviy tadqiqotning maqsadi: Bachadon chandig'iga platsentaning patologik o'sib kirishini immunologic asoslarini a-SMA, CD34 reagentlari yordamida aniqlash. Patomorfologik jihatdan immunogistokimyoviy usulda o'rganish uchun Xorazm viloyati sharoitida 20 ta bemorda bachadonida chandig'i bo'lgan, yo'ldoshni oldinda kelib, bachadonga o'sgan to'qimalari olish va 20 tadan immunogistoximiya tekshiruvi o'tkazish rejalandi.

Material va metodlar: Gistologik tadqiqot natijasida bachadon-yo'ldosh sohasida va miometriyada keng chandiq komponenti mavjudligi sababli aniq dezorganizasiyalar aniqlangan. Asosiy guruh ayollarida olib borilgan gistologik tadqiqotda chandiq to'qima bachadon oldingi devorining barcha qatlamlariga kirib borib, miometriyaning angioarkitektonikasini tubdan o'zgargan, nekroz va atrofiyaga uchragan miotsitlar, turli zichlikdagi biriktiruvchi to'qima bilan ajratilgan holda saqlangan. Bachadon-yo'ldosh bo'lagini patomorfologik va immunogistokimyoviy tekshirish natijasida to'liq platsenta o'sgan keng chandiqlari topildi. Chandiq to'qimalarining

mavjudligi fibrinoid chegara qatlaminig to'liq disorganizatsiyasiga, miyositlarning aniq atrofiyasi va nekrozi va miyometriumning tomir qatlaminig qisqarishi bilan tarvaqaylab ketgan bo'shliqlarning shakllanishiga olib keldi. Endo va miyometriumga chandiqli to'qimalarining keng tarqalishi fibrinoid chegara qatlaminig disorganizatsiyasiga, chuqur, tarvaqaylab ketgan bo'shliqlarning shakllanishiga va ularga kirib borishiga, umumiy atrofiyaga, miotsit nekroziga va miyometriumning tomir qatlaminig qisqarishiga olib keldi. Miotsit to'qimasi tarkibida kollagen tolalarining tartibsiz joylashuvi, intermyotsit qatlamlarining aniq shishishi va xaotik joylashuvi, hujayralarning ajralishi bilan tavsiflangan hujayraviiy biriktiruvchi to'qima hududlarining navbatma-navbat joylashishi qayd etilgan, shuningdek, aniq fibrozlanish va chandiqlarning gialinozlanishi aniqlangan. Morfologik tekshiruv natijalari qo'shimcha ravishda, hozirgi vaqtda immunogistoximiya tekshiruvini butun dunyoda oltin standart sifatida tan olingan. Immunogistoximiya tekshiruvini biz faqat asosiy guruhdagilarda o'tkazdik.

Tadqiqot natijalari: 20 ta bemordan 2 tasida placenta accreta – (10%), placenta increta – 10(50%), placenta percreta – 8(40%) holatda kuzatildi. Homiladorlik vaqtida platsentaning bachadon devoriga o'sib kirishi holatlarida platsenta, bachadonning chandiqli to'qimasi va miometriyning gistologik hamda immunogistokimyoviiy xususiyatlari tahlil qilindi. Tahlil ayollarning bachadon operatsion materiallar asosida olib borildi (20 nafar bemor, ularning yoshi 21 dan 48 yoshgacha bo'lib, o'rtacha yosh – $33,8 \pm 3,01$ ni tashkil etdi).

Chandiqli to'qimaning yuzasi $20,5 \text{ sm}^2$ dan $31,6 \text{ sm}^2$ gacha bo'lib, o'rtacha $27,3 \pm 3,0 \text{ sm}^2$ ni tashkil etdi. Platsentaning o'sib kirgan maydoni $2,03 \text{ sm}^2$ dan $28,2 \text{ sm}^2$ gacha bo'lib, o'rtacha $18,9 \pm 1 \text{ sm}^2$ ni tashkil etdi. Morfologik tekshiruv natijalari qo'shimcha ravishda, hozirgi vaqtda immunogistoximiya tekshiruvini butun dunyoda oltin standart sifatida tan olingan. Immunogistokimyoviiy tekshiruvga Bond Leica Australia (Avstraliya) immunogistoprotsessordan foydalangan xolda vimentin, sitokeratin 8 immunomarkeri, a-SMA, CD34 monoklonal antitelalar orqali xujayralar ekspressiyasi o'rganildi. Barcha bemorlarning shamli bloklardan kesma olinib immunogistokimyoviiy tekshirishdan o'tkazish uchun kayta ishlov berilib buyum oynachasiga kesmalar olinib tekshirildi va Immunogistokimyoviiy tekshiruv usuli orqali vimentin, sitokeratin 8 immunomarkeri, a-SMA, CD34 antigenlari orqali o'rganildi. Xujayralarning bo'yalish intensivligi vizual ravishda 0 dan 3 gacha (salbiy, zaif, o'rtacha bo'yalgan) ball bilan baxolandi va ijobiiy bo'yalgan hujayralar % har bir ko'rsatkichni intensivligi qiymatida hisoblandi (x400 mikroskop kattalashtirishda 10ta ko'rish sohasida endometriyning 500 epitelial va 500 stromal hujayralari uchun minimal). Har bir kuzatish uchun ifoda koeffitsiyenti formulasi yordamida hisoblab chiqilgan: CD34 immunogistokimyoviiy bo'yoqlash natijalari yo'ldoshning bachadonga invaziyasi jarayonini baholash imkonini beradi. Bo'yoqlanish jarayonida endotelial hujayralar va kapillyar mikrotomirlar aniq ajratib ko'rsatilgan bo'lib, bu angiogenezi va trofoblast invaziyasining faol kechayotganligini tasdiqlaydi. Endotelial hujayralarning CD34 ekspressiyasi decidual to'qimalarda yangi tomirlarning hosil bo'lish jarayonini aks ettiradi. Yo'ldosh tomonidan bachadon to'qimalariga chuqur invaziya sodir bo'layotganligini tasdiqlovchi belgilar qayd etildi. Fibroz o'zgarishlar hamda trofoblastlar bilan o'ralgan tomirlarning aniqligi kuzatildi. a-SMA markeriga bo'yalganda accretada chandiqlar orasida silliq mushak kam bo'lgan joyga yopishganligi kuzatildi.

Tadqiqot xulosasi: D34 va α -Sma ekspressiyasini immunogistoximik tadqiq etishda Platsenta to'qimasida CD34 ekspressiyasi intensivligi indeksi, o'sish zonasidan tashqarida, o'sish zonasidagi to'qimaga nisbatan ancha yuqori ekanligi aniqlandi. Bu, platsenta o'zi jarohatdan keyingi to'qimaga o'sib kirgan joyda qon tomirlari sonining kam ekani, ammo yangi maida tomirlar mavjudligini kursatdi. Miometriy va jarohat to'qimasi tomirlarida α -Sma pozitiv hujayralar sonida statistik ahamiyatga ega farq kam pozitiv reaksiya kuzatildi, shuningdek, placenta accreta, increta va percreta holatlarida platsenta vorsinlarida α -Sma ekspressiyasi darajalarida farq kuzatilmadi. Placenta increta holatida α -Sma ekspressiyasi ko'rsatkichlarining tarqoqligi yuqori ekanligi — bu mayda va yirik kallibrli, ingichka mushak devoriga ega bo'lgan mushak tipidagi qon tomirlarini ko'rsatadi. Immunogistokimyoviiy vimentin markeriga tekshirish kam ahamiyatli ekanligi, shu bilan birga, placenta percreta holatida esa, qalin devorli mushak tipidagi qon tomirlari ustunlik qilganligi kuzatildi. Miometriyda α -Sma ekspressiyasi darajasi jarohat to'qimasidagi α -Sma pozitiv hujayralar

soniga nisbatan ancha yuqori ekanligi aniqlandi. Bu ko'rsatkichning tarqoqligi esa platsenta turli shakllarda to'qimalarga o'sib kirishida jarohat to'qimasining noodatiyligini va xar xilligini namoyon qiladi. Uning paydo bo'lishining asosiy sababi jarrohlik yo'li bilan tug'dirishda oldindan mavjud bo'lgan nuqsonlar va bachadon kesmasidagi ortiqcha chandiq to'qimalari, Bachadon bo'yni ichki yuzasi ustida joylashgan platsenta noqulay sharoitlarda ham omon qolgan sitotrofoblastlar 36 xaftagacha faol bo'lib, hujayralarning qo'shimcha invaziv o'sishini keltirib chiqaradi. Bazal endometriyda sitotrofoblastning interstitsial tarqalish zichligi sezilarli darajada oshishiga qaramay, u chandiq sohasida to'siqlarga duch kelib, miyometriyni zaif bosib oladi. Skleroz sohalarda arteriyalar rekonstruksiya va platsenta kirib borishiining haqiqiy xavfi, jarrohlik yo'li bilan tug'ilish uchun asosiy ko'rsatma ekanligini bildiradi.

ORTTIRILGAN YURAK REVMAKTIK POROKLARIDA JARROHLIGDGA TAKRORIY ARALASHUVLARGA YANGI YONDASHUVLAR

Turgunov A.I, Turgunov B.A., Mansurov Sh.Sh.

Umumiy jarroxlik va transplantologiya kafedrası. Andijon davlat tibbiyot instituti.

Ishning dolzrabligi: Zamonaviy mexanik va biologik protezlarning qo'llanishi sun'iy yurak klapanlari implantatsiya qilingan bemorlar sonining sezilarli darajada oshishiga olib keldi. Yangi mahalliy va xorijiy sun'iy yurak klapanlaridan foydalanish protezlar disfunktsiyasi rivojlanishini istisno etmaydi. Turli mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, takroriy tashrihlar chastotasi 12,8% dan 24% ga o'zgarib turadi.

Maqsad: orttirilgan yurak revmatik poroklarida takroriy aralashuvlar natijalarini kompleks davolash-profilaktik tadbirlarini ishlab chiqish yo'li bilan yaxshilash.

Tadqiqot metodlari: Ishning klinik qismi O'zbekiston Respublikasi akad. "V.Voxidov nomli RIATJM" va ADTI klinikasi kardiojarrohlik bo'limida 2010-2025- yillar mobaynida orttirilgan yurak poroki aniqlangan, takroran tashrih qilingan 400 nafar bemorlar hisoblandi. Belgilangan maqsadga erishish va vazifalarni hal qilish maqsadida quyidagi: laborator, maxsus (EKG, ExoKG, MSKT yurak ichi kontrastli tekshiruv, koronarografiya), statistik tadqiqot metodlaridan foydalanib, tadqiqot o'tkazish rejalashtiriladi.

Tadqiqot natijasi: Tadqiqot natijalarining ilmiy ahamiyati shundaki, tadqiqotdan olingan natijalar o'zining nazariy ahamiyatiga ega bo'lib, yurak klapanining takroriy tashrihlari xususiyatlarini o'rganishda ma'lum hissa qo'shishi mumkinligi bilan aniqlanadi. Operatsiya usul va uslublariga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni belgilashda u yoki bu usulning ustunligi (afzalligi) hamda asoratlanish xavfining darajasi tahlillariga asoslanadi. Tadqiqotda ko'p yillik tajribalar va "renuqson" rivojlanishiga ta'sir qiluvchi omillarni e'tiborga olgan holda ishlab chiqilgan davolash strategiyasi algoritmi ortirilgan revmatik mitral klapan nuqsonlari mavjud bo'lgan bemorlarni ilgari o'tkazilgan xirurgik aralashuvlarning turi, yurak klapanlarini asoratlanishlari darajasi va operatsion xavfga bog'liqlikda kompleks davolash tadbirlar olib borilgan. Ishning amaliy ahamiyati shundaki, ko'rsatilgan klinik tadqiqotlar yurak klapanining takroriy tashrihlarida ishlab chiqilgan davolash-profilaktik tadbirlarning yuqori samaradorligini ko'rsatishi mumkinligidan iborat. Ishning amaliy ahamiyati shundaki, asosiy xulosalar va tavsiyalardan takroriy aralashuvlardan keyin yurak klapani poroklarini davolash va tashrihdan keyingi asoratlarning oldini olish, tashxislashda foydalanish mumkin.

Xulosa: Bu maqsadda reoperatsiyalarda jarrohlik usulini to'g'ri tanlash, yurakka kirish va undan chiqish uchun metodologik yondoshuvlar va obyektiv mezonlardan foydalangan holda dalillar va yondoshuvlarga asoslangan tamoiyillarga amal qilish muhim ahamiyat kasb etadi. So'ngi yillarda ortirilgan revmatik mitral klapan nuqsonlari jarrohligida eng zamonaviy tekshirish usullari va takomillashtirilgan jarroxlik usul va uslublaridan samarali foydalanish bemorlarda hayot uchun xavfli asoratlarni uchrashini 50 % dan 11 % gacha kamaytirdi. Ortirilgan revmatik mitral klapan nuqsonlarda takroriy operatsiyalardan keyingi erta davrda olingan natijalar, ularni yaxshi, qoniqarli

va qoniqarsiz guruxlarga bo'lingan holda kichik guruhlar bo'yicha baholangan. Kuzatilgan o'lim holatlari kichik guruhlarda alohida tahlil qilingan.

KUYGAN BEMORLARDA ABDOMINAL KOMPARTMENT SINDROMIDA INFUZION TERAPIYA VA JARROHLIK DEKOMPRESSIYASINING SAMARADORLIGI

*Xayitov L.M., Xakimov E.A., Abrorov Sh.N., Zuvaytov Sh.G', Xotamov I.E., Daminov F.A.
Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filiali
Samarqand Davlat tibbiyot universiteti*

Dolzarbligi. Qorin bo'shlig'i ichki bosimining oshishiga ma'lum darajada chidamlidir va bu bosimning sezilarli darajada oshishisiz amalga oshadi. Og'ir kuygan bemorlarda ichki a'zolar va to'qimalarning shishishi qorin ichki hajmini oshiradi. Natijada qorin devori shunchalik cho'ziladi-ki, undan ortiq cho'zilish imkoniyati qolmaydi. Shu paytda qorin ichki bosimi (QIB) keskin oshadi va natijada qorin ichki gipertenzivasi (QIG), hamda abdominal kompartmen sindromi (AKS) yuzaga keladi. Og'ir kuyishlar - jiddiy shikastlanish bo'lib, katta miqdorda suyuqlik yo'qotilishi va chuqur tizimli yallig'lanishga sabab bo'ladi, bu esa ko'plab suyuqlik infuziyasini talab qiladi. Ideal suyuqlik berish protokoli mavjud emas, lekin tadqiqotlar ko'rsatdiki, bemorlarga ko'pincha kerak bo'lganidan ko'p suyuqlik beriladi, bu esa yaqinda "suyuqlik ortishi" deb ataluvchi holatni yuzaga keltiradi. Suyuqlik ortishi - bu dastlabki kristalloid reanimatsiya usullarining noto'g'ri qo'llanilishi natijasida yuzaga keladigan yatrogen hodisadir. Bu holat katta shish va kompartman sindromlari (orbital, abdominal va oyoq-qo'l kompartman sindromlari) bilan bog'liq. Yaponiyalik olimlar J.Oda, Ueyama M. va Yamashita K. kuygan bemorlarni retrospektiv tahlil qilib, izotonik yoki gipertonik kristalloid bilan infuziya qilishni solishtirdilar. Reanimatsiya davomida Gipertonik eritmalarni qo'llash, suyuqlik miqdorini sezilarli kamaytirgan va AQBni oshirgan. Boshqa tomondan, qorin ichki bosimi 30 sm H₂O dan oshganda izotonik eritmalarni qo'llash, QIG rivojlanish xavfini 3,5 barobardan ko'proqqa oshiradi. Ularning xulosa qilishicha, gipertonik kristalloidlarni quyish suyuqlik yukini kamaytirib, AKS rivojlanish xavfini kamaytirishi mumkin, ammo o'ziga yarasha asoratlari va yuqori o'lim xavfi ham mavjud. Tana yuzasining kuyishi 60% dan oshgan va qorin patologiyasi bo'lmagan bemorlarda QIGni yuzaga kelishi, asosan ko'p miqdorda suyuqlik quyilishi va uchinchi fazaga suyuqlik yo'qotish, shuningdek, kuygan terining tashqi bosimi tufayli yuzaga keladi. Kapillyar o'tkazuvchanlikning oshishi kuyish shokdan keyingi ishemiya-reperfuziya jarayoni, vazoaktiv moddalar va kislorod radikallarining ajralishi kabi o'zgarishlar yuzaga keladi.

Tadqiqot maqsadi og'ir kuygan bemorlarda abdominal kompartment sindromida infuzion terapiya va jarrohlik dekompressiyasining samaradorligini baholash va oshirish

Materiallar va usullar (klinik misol tariqasida). Tadqiqot RShTYoM Samarqand viloyati filiali kombustiologiya bo'limida 2025 yilda yotgan bir bemor ustida olib borildi. Bemor 48 yoshda og'ir kuyish jarohatlari bilan kombustiologik reanimatsiya bo'limiga yotqizildi. Bemorda nafas yo'llarining kuyishi va tana yuzasining 55% dan ortig'ini egallagan chuqur kuyishlar aniqlanadi. Jarohatlar yuz, bo'yin, ko'krak, qorin (ayniqsa old va yon yuzalari), hamda ikkala qo'l soxalarini qamrab olgan (1, 2, 3 rasmlar). Qabul vaqtida bemorni umumiy axvoli o'rta-og'ir, gemodinamikasi qoniqli, nafas olisgi tez-tez, xushi ozida edi. U zudlik bilan intubatsiya qilindi, sun'iy nafas oldirish moslamasiga ulandi va markaziy venoz kateter (son venasi orqali) o'rnatilib vena ichiga suyuqlik yuborib reanimatsiya boshlandi. Reanimatsiya uchun Parkland formulasi asosida Ringer laktat eritmasi ishlatildi. Kuyishdan keyingi birinchi kun davomida bemorga 20 litr infuzion eritma

yuborildi. Nafas olish, yurak-qon tomir va buyrak faoliyatlari doimiy nazorat ostida bo'ldi. Siydik ajralishi 1250 ml bo'ldi, bu esa tavsiya etilgan 0,5–1 ml/kg/soat oralig'ining yuqori chegarasidan biroz oshgan edi. Qorin ichki bosimi (QIB) siydik pufagi bosimi orqali kateter yordamida o'lchandi. Arterial qon bosimi (AQB) ham hisoblab chiqildi, bu esa intraabdominal gipertenziya (IAG) va abdominal kompartman sindromi (AKS) rivojlanishini nazorat qilishga imkon berdi. Bemorning kuyishdan keyingi dastlabki uch

Uch kundan so'ng ijobiy klinik ozgarishlar kuzatilishiga qaramay, bemorning yurak-qon tomir, nafas olish va siydik chiqarish tizimlarida salbiy o'zgarishlar yuz berdi. Standart bo'yicha davolash va etarlicha infuziya qilinishiga qaramasdan, btmorni gemodinamikasi salbiy tus oldi: qon bosimi pasaydi (gipotenziya), yurak urishi tezlashdi (taxikardiya), bo'yin venasi bosimi ortdi, periferik shishlar va laktataasidoz yuzaga keldi. Siydik ajralishi tana vazniga nisbatan 0,5 ml/kg/soatdan pastga tushib ketdi. Ktrakli davo-muolajalari qo'llanilganiga qaramay, bemorni sun'iy nafas oldirish qiyin bo'ldi (eng yuqori bosim = 60 sm H₂O) va murakkab ventilyatsiya usullarini qo'llashga to'g'ri keldi. Qorinda kuchli og'riq va peritonit belgilari qayd etildi, qorin taxtasimon taranglashdi. Bo'yin, ko'krak va qorin sohalaridagi kuyish jaroxatlarida ham o'ziga xos o'zgarishlar kuzatildi. Siydik pufagidagi bosim 30 mmHg ni tashkil etdi, arterial qon bosimi (AQB) esa 55 mmHg gacha tushdi. Bu holat abdominal kompartman sindromi (AKS) mavjudligini va qorin a'zolarining qon bilan ta'minlanishi keskin kamayganini ko'rsatdi. Bemorning axvoli o'ta og'ir kritik xolatda bo'lishiga qaramasdan quyidagi davo-muolajalari davom ettirildi.

- Gemodinamik qo'llab-quvvatlash (inotrop dorilar bilan)

- Ventilyatsion bosimni oshirish,

- Kuniga taxminan 4 litr kristalloid suyuqlik infuziyasi.

Shu bilan birga AKS ni jarrohlik yo'li bilan bartaraf etish va boshqarish muhokama qilindi va eskarotomiya qilishga kelishildi. Shoshilinch eskarotomiya (qorin terisini kesib bo'shatish) reanimatsiya sharoitida, bemorning yotgan joyida amalga oshirildi.

Operatsiyadan so'ng bemorning holati vaqtincha yaxshilandi - barcha kuzatilgan ko'rsatgichlar ijobiy tomonga o'zgardi. Qorin ichki bosimi (QIB) deyarli normal darajagacha tushdi, shu sababli qorin devorini to'liq kesishga (to'liq eskarotomiya) zarurat bo'lmadi. Uch kundan keyin bemorning ahvoli yana og'irlashdi. Uni saqlab qolish uchun ko'p miqdordagi suyuqliklar va kuchli inotrop dori vositalari talab qilindi. Lekin bemorda xayotiy ko'rsatgichlar PS, AQB, MVB pasayishi va yo'qligi kuzatildi, o'zgarishlar AKS bilan bog'liq bo'lmasdan, ehtimol sepsis (infeksiya tarqalishi) bilan bog'liq degan xlosaga kelindi. Oxir-oqibat bemorda sepsis shoki (yuqori harorat, qon tarkibida bakteriyalar aniqlanishi) va poliorgan yetishmovchilik rivojlandi. Qaytmas o'zgarishlar va o'ta og'ir asoratlar xisobiga bemor 5-kun vafot etdi.

Xulosa. Kuygan bemorlarda abdominal kompartment sindromi (AKS) rivojlanishi yuqori o'lim xavfini 95 % ga oshiradi. Uning oldini olish, erta aniqlash va to'g'ri davolash, imkon qadar o'lim bilan tugaydigan og'ir asoratni kamaytirishi mumkin. Og'ir kuygan bemorlarda qorin ichki bosimining oshishi (intra-abdominal gipertenziya) kam uchraydigan asorat bo'lib, ko'p miqdorda suyuqlik quyishni talab qiladi. Ortikcha suyuqlik quyish, AKS rivojlanishining asosiy sabablaridan biri sifatida tan olingan va isbotlangan. Gipovolemiya (qon hajmining kamayishi)ni to'g'rilash va organlarning ishlashini saqlab qolish uchun suyuqlik quyish muhim bo'lsa-da, og'ir kuygan bemorlarda ehtiyotkorlik bilan suyuqlik quyish rejasi tuzilishi zarur. Qorin oldingi devoridagi keng va chuqur kuyishlar ham "turniket ta'siri"ni keltirib chiqarib, AKSni yuzaga kelishiga sabab bo'lishi mumkin. Shoshilinch tarzda qorin devorlarining eskarotomiya (kesish orqali bo'shatish) qilinishi qorin ichki bosimini tezda kamaytiradi va bemorning yotgan joyida bajariladigan xavfsiz

jarrohlik usulidir. Bu ventilatsiyani yaxshilaydi, gemodinamik ko'rsatgichlarni barqarorlashtiradi, kislorod almashinuvini oshiradi va kasallik xavfli tus olishi va o'lim darajasini kamaytirishi mumkin. Agar oddiy eskarotomi yoki qorin terisini bo'shatish uchun kesishlar QIB ni kamaytirishga yetarli ta'sir ko'rsatmasa, qo'shimcha ravishda laparotomiya (qorin bo'shligini ochish) qilinishi, bemorni hayotini qutqarish uchun eng so'ngi choralardan biri hisoblanadi.

SHOSHILINCH LAPAROTOMIYA OPERATSIYALARIDAN KEYINGI ANALGEZIYADA TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (TAP) BLOKADA SAMARADORLIGIGA TURLI ADYUVANTLARNING TA'SIRI

*Sharipova V.X., Yuldosheva Sh.A., Fokin I.V., Akromova N.A.
Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent, O'zbekiston*

Tadqiqot maqsadi: Shoshilinch laparotomiya operatsiyalaridan keyingi postoperativ analgeziya maqsadida qo'llaniladigan Transversus abdominis plane (TAP) blokada samaradorligi va xavfsizligiga turli adyuvantlarning ta'sirini o'rganish va o'zaro taqqoslash.

Tadqiqot materiali va usullari: Tadqiqot uchun Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi shoshilinch xirurgiya bo'limlarida o't-tosh kasalligi va qisilgan ventral churra tashxisi bilan shoshilinch laparotomiya operatsiyasi o'tkazilgan 18 yoshdan 75 yoshgacha (o'rtacha yosh 56,45) bo'lgan 160 nafar (40 ta adyuvantsiz blokada (nazorat) guruhi, 46 ta magniy sulfat guruhi, 44 ta deksametazon guruhi, 29 ta deksmedetomidin guruhi,) bemorlar tanlab olindi. Ulardan 88 nafarni (55%) ayollar, 72 nafarni (45%) erkaklar tashkil qildi. Bemorlarning 62 tasida (38,75%) laparotomiya XEK operatsiyasi, 98 tasida (61,25%) gemitolaparotomiya operatsiyasi o'tkazilgan. Nazorat guruhidagi bemorlarga operatsiya tugagandan keyin traxeya ekstubatsiyasidan oldin adyuvantsiz 100 mg 0,25% li levobupivakain eritmasi bilan ikki tomonlama lateral yoki subkostal TAP blokada qilindi. Deksametazon guruhidagi bemorlarga operatsiya tugagandan keyin traxeya ekstubatsiyasidan oldin 2 tomonlama TAP blokada uchun 0,25 % li 100 mg levobupivakin eritmasiga 8 mg deksametazon, magniy sulfat guruhidagi bemorlarga shu dozadagi levobupovakainga 300 mg magniy sulfat, deksmedetomidin guruhidagi bemorlarga 0,5 mkg/kg dozada deksmedetomidin adyuvant sifatida qo'shib, Ultratovush navigatsiyasi bilan TAP-blokada o'tkazildi. Barcha bemorlarda operatsiyadan oldin, blokada qilinishidan oldin va blokadadan keyin hamda operatsiyadan keyingi kuzatuv palatalarida markaziy va periferik gemodinamika ko'rsatkichlari, qonda glukoza miqdori, Richmond sedatsiya va qo'zg'aluvchanlikni baholash shkalasi (Richmond Agitation Sedation Scale-RASS) yordamida sedatsiya darajasi hamda raqamli baholash shkalasi (Numeric rating scale-NRS) yordamida ekstubatsiyadan keyin, blokada qilingandan 2, 6, 12, 18, 24 soatdan keyingi tinch holatda, harakat va yo'tal vaqtidagi og'riq intensivligi baholandi. Shu bilan birga bemorlarda operatsiyadan keyingi ko'ngil aynish va qayt qilish uchrashi, operatsiyadan keyingi analgetikka bo'lgan birinchi ehtiyoj davomiyligi, postoperativ umumiy opioid sarfi hamda umumiy davolanish xarajatlari tekshirildi.

Tadqiqot natijalari: Olib borilgan tekshiruv natijalari statistik tahlildan o'tkazilganda, barcha guruhdagi bemorlar orasida markaziy va periferik gemodinamika ko'rsatkichlari hamda qonda glukoza miqdori va RASS bo'yicha statistik jihatdan sezilarli farqlar aniqlanmadi ($p > 0,1$). Og'riq intensivligi bo'yicha ekstubatsiyadan keyin nazorat guruhidagi bemorlarda NRS tinch holatda $3,24 \pm 1,39$ ball, harakat vaqtida $5,21 \pm 1,31$ va yo'talganda $5,26 \pm 1,39$ ball ni tashkil qildi. Deksametazon guruhida bu ko'rsatkichlar mos ravishda $2,7 \pm 1,5$ ball, $4,7 \pm 1,5$ ball, $4,74 \pm 1,59$ ballni, magniy sulfat guruhida mos ravishda $0,47 \pm 0,39$ ball, $1,34 \pm 1,09$ ball, $1,37 \pm 1,09$ ball, deksmedetomidin guruhida tinch holatda $0,17 \pm 0,39$ ball, harakat va yo'tal vaqtida bir xil $0,89 \pm 1,14$ ballni tashkil qildi. Blokada samaradorligini aniqlash uchun o'tkazilgan hamma dinamik kuzatuv davrida NRS ko'rsatkichlari nazorat guruhi bilan adyuvant qo'shilgan guruhlar o'rtasida bir-biridan keskin qilgani ko'rindi. Postoperativ analgetikka bo'lgan birinchi ehtiyoj vaqti nazorat guruhida $25,6 \pm 15,58$ minut, deksametazon guruhida $30,9 \pm 16,78$ minut, magniy sulfat guruhida

632,17 ± 293,16 minut, deksmedetomidin guruhida esa o'rtacha 678±43,4 minutni tashkil qildi. Nazorat guruhida 23 ta bemorda (57,5%) postoperativ opioidga ehtiyoj kuzatildi. Umumiy postoperativ opioid sarfi nazorat guruhida 35,12 ± 6,37 MME (morfin milligramm ekvivalent) ni tashkil qilgan bo'lsa bu ko'rsatkich deksametazon guruhida 31,13 ± 8,41 MME ni, magniy sulfat guruhida 6,5 ± 8,9 MME ni, deksmedetomidin guruhida 3,44 ± 5,52 MME ga teng bo'ldi. Nazorat guruhida 7 ta bemorda (17,5%) postoperativ ko'ngil aynish uchragan bo'lsa, deksametazon guruhida 14 bemorda (31,8%), magniy sulfat guruhida 11 ta bemorda (23,9%), deksmedetomidin guruhidan 3 ta bemorda (10,3%) postoperativ ko'ngil aynish holati uchragani qayd etildi. Operatsiyadan keyingi qayt qilish uchrashi nazorat guruhida 6 ta bemorda (14,6%), deksametazon guruhida 8 ta (18,18%), magniy sulfat guruhida 6 ta bemorda (13,04%), deksmedetomidin guruhida 1 ta bemorda (4,3%), kuzatildi.

Xulosa: Tadqiqot natijalariga ko'ra shoshilinch laparotomiya operatsiyalaridan keyingi analgeziyada TAP blokada uchun levobupivakain bilan turli adyuvantlardan foydalanish blokada boshlanish vaqtining (onset of time) qisqarishiga, analgeziya sifatining ortishiga, blokada davomiyligining uzayishiga, operatsiyadan keyingi opioidlar sarfining kamayishga yordam beradi. Levobupivakainga 0,5 mkg/kg dozada deksmedetomidin qo'shilganda, deksmedetomidinning nojo'ya effektlari (bradikardiya, sedatsiya) kuzatilmadi, TAP-blokada davomiyligini o'rtacha 55,54%ga oshirdi.

JARROHLIK TRANSPLANTALOGIYASI BILAN DIFFUZ TOKSIK BO'QOQNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YANGI TAKTIK USULLAR

F.Sh.Xamidov, A.Q.Botirov, D.R.Botirova, J.A.Botirov, R.D. Ortiqov.

Andijon Davlat tibbiyot instituti

Muammoning dolzarbligi. Diffuz toksik bo'qoq (DTB) - bu immunitet tizimidagi tug'ma nuqson va bo'qoqni xosil qiluvchi qalqonsimon bez gormonlarini ishlab chiqarishni rag'batlantiradigan tireoidni stimulyatsiya qiluvchi gormon retseptorlariga antitelalarning shakllanishi natijasida yuzaga keladigan autoimmun kasallik.

Ma'lumki, qalqonsimon bezning regenerativ qobiliyati uning funktsional holatini aniqlaydi. Shu bilan birga, gormonlarni almashtirish terapiyasi usullari cheklangan. Shu munosabat bilan transplantatsiya usullari va qalqonsimon bez regeneratsiyasini rag'batlantirish alohida e'tiborga loyiqdir. Qalqonsimon bez (QB) transplantatsiyasida muammo uning ildiz otishi masalasidir.

Ilmiy tadqiqot maqsadi. DTBni zamonaviy jarrohlik taktikasini takomillashtirish orqali natijalarini yaxshilash.

Materiallar va usullar. ADTI Klinikasining 3-Jarrohlik bo'limida DTB bilan kasallangan 263 nafar bemorni jarrohlik davolash natijalarini tahlil qildik. Ulardan 120 (45,6%) nafari QB-ning subtotal tireoidektomiya (ST - 1-guruh) bo'yicha operatsiya amalga oshirildi, bundan: 76 (63,3%) nafari QB o'rindig'ida 1,0 gram(g)-gacha, 30 nafarida (25,0%) 1,1+2,0 g-gacha, 14 (11,7%) nafarida 2,1+3,0 g-gacha QB qoldirildi. 263 nafardan 65 (24,7%) nafar bemorda subtotal tireoidektomiya + autotransplantatsiya (STAT - 2-guruh) bo'yicha operatsiya bajarildi, ustidan qo'shimcha kesib olingan 1,0-gramm+2,0 g. bez autotransplantati ekilgan. Bularni ichidan 41 nafarida qoldirilgan 1,0 g. bez ustiga +1,0+2,0 g. autotransplantat, 13 nafarda qoldirilgan 1,1+2,0 g. bez ustiga +1,0+2,0 g. autotransplantat, 11 nafarda qoldirilgan 2,1+3,0 g. bez ustiga +1,0+2,0 g. autotransplantat bez to'qimasi ekilgan. 263 nafardan 78 (29,7%) nafar bemorda Total tireoidektomiya operatsiyasi + autoplant (TTAP- 3-guruh) bo'yicha operatsiya qo'llandi. 51 nafar (1,0 grammgacha) bemorda; 15 nafar (1,1+2,0 g-cha) bemorda; 12 nafar (2,1-3,0 g-cha) bemorda autoplant qoldirildi.

263 nafar bemorlarni ayol va erkaklarga bo'lganimizda: 228 (86,7%) nafari ayollar va 35 (13,3%) nafari erkaklar, ayollarni erkaklarga olganda 7:1 nisbatni tashkil qilgan. Bemorlar o'rtacha - 46 yoshda, katta yoshdagisi - 73 yosh, kichik yoshdagisi - 21 yosh. Statistik ishlov berish Microsoft Excel dasturiy ta'minot paketining kompyuter dasturlari yordamida amalga oshirildi.

Natijalar. Operatsiyadan keyingi kuzatilgan asoratlarni qoldirilayotgan bez vazniga bog'liqligi deyarli o'zini oqlamadi. Chunki kelib chiqayotgan asoratlar ko'proq qoldirilayotgan bezni funksional faoliyatiga bog'liqligi ishonchli bo'lib qolyapdi, ya'ni gisto-morfologiyasidagi o'zgarishlar, qolaversa qondagi antitelalarning yuqoriligi QB-ni strukturasini va morfologiyasini va faoliyatini kuchaytirib yuborar ekan. Ushbu qoldirilgan qoldiq vazniga qarab kelgusida quyidagi asoratlar kuzatildi: 1-guruhda o'rtacha $0,86 \pm 0,05$ g. bez cho'ltoq qoldirilgan 18 nafar bemorda operatsiyadan keyingi gipotireoz (OKG); 1-guruhda o'rtacha $1,96 \pm 0,04$ g. bez cho'ltoq qoldirilgan 12 nafarda OKG; 1-guruhda o'rtacha $2,5 \pm 0,26$ g. bez cho'ltoq qoldirilgan 6 nafarida OKG qayd etilgan. 2-guruhda ham o'rtacha $0,91 \pm 0,08$ bez cho'ltoq qoldirilgan + 1,0-2,0 g-gacha autotransplantatsiya ekilgan 6 nafar bemorda OKG; 2-guruhda $1,75 \pm 0,25$ bez cho'ltoq qoldirilgan + 1,5 g., 2,0 g.gacha autotransplantatsiya ekilgan 2 nafar bemorda OKG qayd etilgan; 2-guruhda 3,0 g. bez cho'ltoq'i qoldirilgan + 1,0-2,0 g-gacha autotransplantatsiya ekilgan bemorlarda OKG kuzatilmadi. 3-guruhda esa 1,0 g. autoplant qoldirilgan 1 nafar bemorda OKG va 2 g. autoplant qoldirilgan 1 nafar bemorda OKG aniqlangan. 3-guruhda 2,1+3,0 g-gacha autoplant qoldirilgan bemorlarda esa operatsiyadan keyingi gipotireoz kuzatilmadi.

1-guruhda o'rtacha $0,8 \pm 0,12$ g. bez qoldirilgan 5 nafar bemorda DTB qaytalangan. 1-guruhda o'rtacha $1,66 \pm 0,16$ g. bez qoldirilgan 3 nafarda resediv, 1-guruhda o'rtacha $2,57 \pm 0,15$ g. bez qoldirilgan 4 nafar bemorda resediv bergan. 2-guruhda 1,0 g-gacha bez qoldirilgan + 1,1-2,0 autotransplantatsiya ekilgan bemorlarda residiv aniqlanmagan. 2-guruhda o'rtacha $1,75 \pm 0,25$ g-gacha bez qoldirilgan + 1,5 g. autoplant ekilgan bemorlar 2 nafarida residiv aniqlangan, 2-guruhda 2,5 g. bez qoldirilgan +2,0 g. autoplant ekilgan 1 nafar bemorda residiv qayd etilgan. 3-guruhda $+2,75 \pm 0,25$ g. autoplant qoldirilgan 2 nafar bemorda resediv uchragan. Ushbu bemorlarni birida: anti-TPO titri – 770,0 mE/ml-ga, anti-Tg titri – 2441,0 mE/ml-ga; ikkinchisida: anti-TPO titri – 457,1 mE/ml-ga, anti-Tg titri – 268,3 mE/ml-ga keskin ko'tarilgan. Resedivga uchragan qolgan guruh bemorlarida ham anti-TPO, anti-Tg titrlari baland bo'lgan.

ADTI Klinikasining 3-jarrohlik bo'limida «DTB-ni jarrohlik yo'li bilan davolashda transplantologiyaning zamonaviy takomillashgan usuli» (PATENT № IAP 20240588/1, 19.03.2025 yil), 3-guruhimizda patent ishlab chiqildi. Bu bilan autoplantni qo'l yoki instrument bilan qayta ushlab ezilishi, to'qima membranalarini parchalanishi oldi olinadi. Bu yangi usul bilan to'qimaga kam shikast yetkazish va kam ushlanib bez to'qima mikrosirkulyatsiyasini buzilishi oldi olindi. Qolaversa yaroqligi saqlanib qolindi. Va yana autoplant deb atashimizga sabab, bez to'qimasi asosidan qon bilan ta'minlanishi ipakli ip tuguni bilan aylanma bog'lash orqali izolyatsiya qilindi.

Xulosalar. Subtotal tireoidektomiya nisbatan o'tkazilgan total tireoidektomiya + autoplant qo'llanilgan operatsiyadan so'ng gipotireoz 29,2-dan → 2,6-ga kamaygan, bu 11,2 barobarga pasayganligini ($p < 0,001$); residiv 10-dan → 2,6-ga kamaygan, bu 3,8 barobarga pasayganligini ($p < 0,001$) ko'rsatgan bo'lsa; Subtotal tireoidektomiya + autotransplantatsiyaga nisbatan o'tkazilgan total tireoidektomiya + autoplant qo'llanilgan operatsiyadan so'ng gipotireoz 12,3-dan → 2,6-ga kamaygan, bu 4,7 barobarga pasayganligini ($p < 0,001$); residiv 6,1 dan → 2,6 ga kamaygan, bu 2,3 barobarga pasayganligini ($p < 0,01$) ko'rsatgan.

БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭНДОСКОПИК МУОЛАЖАСИ

*Мирзакаримов А.А, Акбаров Ф.С., Валиев А.С., Камолова С.С.
РИШТЁИМ Фаргона Филиали*

Болаларда ёт жисмларни қизилўнгачга тушиши биринчи навбатда ота-оналар фарзандларини назоратсиз қолдириши, болаларга майда-диаметри 3 см гача бўлган ўйинчоқ қисмларини беришлиги оқибатида келиб чиқади. Бу ёт жисмлар асосан танга, батарейка, ўйинчоқларни пластмасса деталлари, ер ёнғоқ мағизлари ва қоғоз плёнкалардир.

Энг хавфли бўлган ёт жисм бу электрон батареикалар бўлиб, уни таркибидаги ишқор моддаси 2-3 соат вақт ичида батареикадан ажралиб чиқишига ва атроф тўқималарни емирилишига, натижада шу жойда қизилўнгачни кимёвий куйишига сабаб бўлади.

2022-2024 йиллар РШТЁИМ Фарғона Филиали ҚДБ га 66 нафар болаларни қизилўнгач ёт жисмларига шубха билан олиб келишган, уларни 52 нафари (82 %) ни 3 ёшгача бўлган болалар ташкил этади. Ёт жисмларни аниқлашда бемор ва уни яқин қариндошларидан анамнез йиғиш билан биргаликда, бўйин-кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, ФЭГДС текширувлари замонавий тиббиётнинг энг қулай каминвазив усули ҳисобланади..

Ёт жисмларни олишда болалар ёши, ёт жисмни ўлчамлари, шакли, қўшни органларга нисбатан хавф даражаси ва асоратига боғлиқ ҳолатларда, маҳаллий ёки умумий оғриқсизлантириш йўли билан даволаш усули танланади. Болаларда қизилўнгачга тушган ёт жисмларни диагностика қилиш ва эндоскопия методи билан олиб ташлаш хавфсиз, қулай, муолажа ўтказиш учун узоқ вақт талаб қилмайдиган самарали усул ҳисобланади.

Бизнинг филиалимизда болалар қизилўнгач ёт жисмларидан: 24 нафарида (36.4%) танга, 20 та (30.3%) нафарида батареика, 10 та (15.2%) нафарида ўйинчоқларни пластмасса деталлари, 6 та (9.1%) нафарида булавқа, шуруп, 5 та (7.6%) нафар болалардан ер ёнғоқ ва данак мағизлари, 1 та (1.5%) нафар болалардан плёнка қоғозлар эндоскопик муолажа йўли билан олиб ташланган.

Хулоса:

1. Қизилўнгач ёт жисмларни диагностика қилишда эндоскопия ва рентген текшируви усуллари энг қулай усул ҳисобланади.

2. Қизилўнгачдаги ёт жисмларни эндоскопик усули билан олиб ташлашда умумий оғриқсизлантириш ёт жисмни олишдаги вақтни тежайди ва қўшни аъзолар перфорациясидан сақлайди.

3. Эгилувчан эндоскопларни ишлатиш қизилўнгачдаги ёт жисмларни диагностика қилишда самарали усул ҳисобланади., ёт жисмларни олиб ташлаш қулай, бунда қизилўнгачга жароҳат етказиш ва тешиш хавфи камаяди,

ИШЕМИК ИНСУЛЬТЛАРДА МИЯ ТЎҚИМАСИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ

*Шарофиддинов Камолиддин ХХХ – Ассистент
Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали
Мусаева Юлдуз Алписовна - т.ф.д, доцент
Тошкент тиббиёт академияси*

Аннотация: ЦВК да юзага келган ўткир ишемик инсультларда асосий морфологик субстратни миё тўқимасидаги дистрофик, некробиотик ва некрозга учраганлиги билан характерланади. Бу ўзгаришларни ёшга боғлиқлик жихатлари асосан, гипертония касллиги ва таросклерозда зага келган томирлар бўшлиғини торайиши, томирлар деворида гиалиноз ўчоқларини шаклланиши, миё тўқимасини плазматик бўкиши ва миё шиши каби ўзгаришларни бўлиши асосан 45-59 ёшлиларда энг кўп учраши билан характерланади.

Калит сўзлар: цереброваскуляр касаллик, атеросклероз, гипертония, ишемик инсульт, морфология.

Муаммонинг долзарблиги. Дунё цереброваскуляр касалликлар ўлим кўрсаткичи бўйича бешталик касалликлар орасида 2-ўринни эгаллаган. Ўлим кўрсаткичи бўйича, ишемик инсультлардан жами ўлимларнинг 56,1% ни ташкил этиб, 2022 йилда БССТ томонидан эътироф этилган.

Асосий контингенти бўйича фон касаллигида гипертония ва атеросклероз таъсирида юзага келган бўлиб, БССТ ни ёш бўйича таклиф этган таснифи бўйича, 45-59 ёшлиларда энг юқори кўрсаткич билан белгиланган. 2020 йилда берилган БССТ маълумотлари бўйича,

жами ишемик инсультлардан вафот этганларни ёш тақсимои бўйича, 18-44 ёшлиларда ишемик инсультдан юзага келган ўлим кўрстакчи 10,2% ни 45-59 ёшлиларда 50,16% ни 60-74 ёшлиларда 16,66% ни 75-90 ва ундан юқори ёшдагиларни 22,98% ни ташкил этгани қайд этилган. Айнан, 45-59 ёшлилар меҳнатга лаёқатли контингентни ташкил этиб, ишемик инсультлардан кейинги даврда эрта ногиронлик ва ўлим кўрсаткичини юқори бўлиши ҳар бир давлатни иқтисодий иштимой жихатларини ва потенциални белгилашда муҳим аҳамият касб этади. Ишемик инсульт билан ҳафтасига 50-55 соатдан кўп ишлайдиган контингент ҳасталинб, клиник анамнестик ва беморларлар тарихда ушбу маълумотлар ўз тасдиғини олган. Бу эса, айнан, олимлари кўп бўлган давлатларда кўп учрашлиги билан характерланади.

Тадқиқот мақсади. АҚШ, Буюк Британия, Европа давлатларида ишемик инсультлардан ўлим кўрсаткичи бўйича, 2020 йилда 59,1% ни ташкил этиб, аксарияти 60-74 ёшлилар ўртасида файд этилган бўлса, Россия федерацияси ва МДХ давлатларида ҳафтасига 35-40 соат ишлайдиган контингентларда 35% ни ташкил этган бўлиб, бу контингент асосан 45-59 ёшлилар орасида юқори эканлиги билан жихатланади. Агар ёшга доир тақсимлаш бўйича, ривож-ланаётган давлатларда асосан 45-59 ёшлиларда аксарият кўп учраши ҳафталик ишлаш кўрсаткичини 50 соатдан устунлигини англатса, 60-74 ёшлиларда ушбу кўрсаткич 35 соат ҳафтасига ишловчиларда 34% дан кам кўрсаткич билан қайд этилган. Бу эса, муаммони долзарблиги, ривожланган давлатлар аҳолисига нисбатан (АҚШ, Буюк Британия, Европа давлатлари, Жанубий Корея, Канада, Япония ва бошқалар), ривожланаётган давлатлар (МДХ давлатлари, Лотин Америкаси, Хитой халқ республикаси, Пакистан, Ҳиндистон ва бошқалар) да айнан, ишга лаёқатли қатламда ҳафтасига ишлаш кўрсаткичи бўйича 55 соатдан ошиб кетиши, бу касалликни ёшаришига олиб келиши, 60-74 ёшлиларга нисбатан 45-59 ёшлиларда кўп бўлиши оқибатида, давлатни иқтисодий иштимой тамойилларини орқада қолишига олиб келади.

Тадқиқот материали ва усуллари. 12-24 соатда нейронларни цитоплазмаси тўқ эозинофил бўялиши ва майда гранулаларни кўпайиши метаболизмни ўткир издан чиққанлигини англатиб, жараён қайтар ҳисобаланади. 16-24 соат ичида жараён чуқурлашиши ва алтерацияни кучайиши оқибатида, нейронлар ядросини бужмайиши Ниссл сусбтанциясини кейин камайиши ва 24 соатга етганда бутунлай йўқолиши аниқланади. 24-72 соат ичида нобуд бўлган хужайралар ўзидан ажратган лейкотриенлар таъсирида қон тоимрларни кескин кенгайиши ва экссудатив яллиғланиш ўчоқларни шаклланиши нейтрофилларни некроз ўчоғига миграцияланиши аниқланиб, протеолитик ферментлар таъсирида ўчоқли лейкомаляцияси юзага келиши билан характерланади. Бу жараённи 1-3 суткада ривожланишини англатиб, шу соҳаларда мия тўқимасини гистиоархитектоникасини бузилиши аниқланади.

3-7 суткада эса, глиал хужайраларни массив пролиферацияси ва глиоз ўчоқларини юзага келиши аниқланиб, ёш грануляцион тўқимани суб бирликлари такомил топиши аниқланади. Некроз соҳасига макроглиал хужайралар яъни макрофагларни миграцияси кучайиши оқибатида, фаол фагоцитоз ўчоқлари юзага келиб, макрофаглар цитоплазмасида тўқ эозинофил киритмаларни кўпайиши аниқланади.

1-2 ҳафтадан кейин некрозга учраган соҳада сийрак толали грануляцион глиал тўқимани юзага келшии, микроциркулятор ўзанлар атрофида қайта шаклланган ангиогенез ва эндотелиоцитларни пролиферацияси юзага келиб, демаркацион майдонни яққол чегарлари шаклланиши билан намоён бўлиши аниқланади.

2 ҳафтадан кейинги даврда гомоген толали ўтказувчи йўллари турли кесилмадаги глиал чаниқлари шаклланиб, атрофида майда тўлақонли кўринишдаги микроциркулятор ўзанларни такомил топиши билан тугулланади.

Хулоса. Айтиб ўтиш керакки, ушбу ўзгаришларни дастлабки босқичини хос микроскопик кўринишларидан асосан, ишемия соҳаларида тўқ эозинофил киритмаларга бой бўлган нейронларни бўлмаган ўзгаришлари аниқланди.

КУЙГАН БЕМОРЛАРГА ЁРДАМ КЎРСАТИШДА ЯНГИ УСЛУБЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Джумаев М.Б., Тожибоев Б.А., Жуманов З.Ш.

Ўзбекистон Республикаси, Сирдарё вилояти,

Республика Шошинч Тиббий Ёрдам Илмий Маркази Сирдарё филиали

Мавзунинг долзарблиги. Куйиш жароҳатлари замонавий шошинч тиббий ёрдамнинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Жаҳон статистикасига кўра, ҳар йили дунёда 11 миллиондан зиёд одам турли даражадаги ёқилишлар сабабли тиббий ёрдамга мурожаат қилади. Шуларнинг 180 мингдан ортиғи оғир асоратлар ёки ўлим ҳолатлари билан яқунланади. Ўзбекистонда ҳам куйишлар сони юқори бўлиб, айниқса болалар ва ишчи аҳоли орасида кенг тарқалган.

Куйиш билан боғлиқ шикастланишлар нафақат юқори ўлим кўрсаткичи, балки узок муддатли реабилитация, касбга лаёқатдан вақтинча ёки доимий маҳрум бўлиш, эстетик ва психо-эмоционал оқибатлари билан ҳам аҳамиятлидир. Шу боис, комбустиологияда замонавий, самарали ва қисқа вақтда натижа берувчи услубларни жорий қилиш муҳим ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. Замонавий комбустиологик усулларни қўллаш орқали асоратлар сонини камайтириш ва клиник натижаларни яхшилаш имкониятларини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот ретроспектив-клиник кўринишда бўлиб, 2020–2024 йиллар орасида Сирдарё вилояти РШТЁМга мурожаат қилган ва стационарда даволанган 157 нафар куйган бемор маълумотлари таҳлил қилинди.

Ўрганилган кўрсаткичлар: ёш ва жинс таркиби; ёқилиш сабаблари (маиший, ишлаб чиқариш, транспорт, бошқа); ёқилиш даражаси ва қоплаган юзаси (TBSA %); қўлланилган даволаш усуллари; асоратлар ва ўлим кўрсаткичи; касалхонада даволаниш муддати.

Тадқиқот мақсадидан келиб чиққан ҳолда куйидаги янги услубларлар қўлланилган:

1. Эрта некрэктомия ва аутодермопластика - ўртача 5–7 кун ичида амалга оширилди.
2. VAC-терапия (вакуум-ассистенция) - чуқур ва кенг майдонли жараёнларда.
3. Замонавий биополимер ва гидрогелли повязкалар - оғриқни камайтириш ва тўқиманинг регенерациясини тезлаштириш учун.
4. Инфузион терапиянинг такомиллаштирилган алгоритмлари - гемодинамик мониторинг асосида.
5. Антибиотикотерапиянинг таргетланган усули - микробиологик текширув натижаларига асосланган.

Тадқиқот натижалари. Таҳлил қилинган беморларнинг умумий ўртача ёши $34,7 \pm 12,3$ йилни ташкил этди. Шу билан бирга, ёш гуруҳлари бўйича тақсимот куйидагича аниқланди: болалар (0–14 ёш) – 18%, катталар – 82%. Жинсий таркиб таҳлилида эса эркаклар сони 61%, аёллар эса 39%ни ташкил этди. Ёқилиш келиб чиқиш сабабларини ўрганиш жараёнида, уларнинг катта қисми маиший омишлар ҳиссасига тўғри келди: яъни ўт, газ ёки қайноқ сув билан боғлиқ ҳолатлар – 69%, ишлаб чиқариш жараёнида олган ёқилишлар – 21%, бошқа турли омишлар эса – 10%ни ташкил этди. Ёқилишнинг умумий юза майдони (TBSA) бўйича таҳлил натижаларига кўра, беморларнинг 38%ида <10%, 35%ида 10–20% ва 27%ида >20% ёқилиш майдони қайд этилди. Ёқилишнинг чуқурлиги (даражаси) бўйича эса куйидагича

тақсимот кузатилди: I–II даражадаги ёқилишлар – 41%, IIIA даражада – 36%, IIIB–IV даражада – 23%.

Замонавий даволаш усуллари қўллаш самарадорлиги қуйидагича намоён бўлди:

Эрта некректомия амалга оширилган беморларда асоратлар сони сезиларли даражада камайди – 32%дан 18%гача.

VAC-терапия қўлланилган 47 нафар беморда терини кўчириб ўтказилган графтнинг сақланиш даражаси юқори кўрсаткичда қайд этилди – 92%, стандарт усулларда эса бу кўрсаткич 78%дан ошмади.

Замонавий биоинтерактив повязкалардан фойдаланиш натижасида яра битиши жараёни анъанавий усулларга нисбатан ўртача 4–6 кунга тезлашди.

Инфузион терапиянинг такомиллаштирилган алгоритми ёрдамида гемодинамик ноустуворлик ҳолатлари сони кескин пасайиб, 27%дан 11%гача камайди.

Антибиотикотерапиянинг таргетланган ёндашуви сепсис ҳолатларини 14%дан 8%гача қисқартириш имконини берди.

Олинган натижалардан кўринадики, қўлланилган инновацион ва интегратив даволаш усуллари клиник жараён самарадорлигини ошириб, асоратлар сонини қисқартириш, шифохонада даволаниш муддатини камайтириш ҳамда беморларнинг ҳаётий кўрсаткичларини яхшилашда муҳим аҳамият касб этди.

Умумий кўрсаткичлар: Ўртача шифохонада қолиш муддати - 15,2 кун (стандарт усулларда - 21 кун). Ўлим даражаси умумий ҳолатларда 9,5% ни ташкил этди, янги усуллар қўлланилган беморларда эса 6,1% гача пасайди.

Муҳокама. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, қуйишда замонавий усуллари жорий қилиш беморларнинг тезроқ соғайишига, асоратлар ва ўлим кўрсаткичларининг пасайишига олиб келади. Хусусан, VAC-терапия ва замонавий повязкалар яра битиш жараёнини тезлаштиради, эрта некректомия ва аутодермопластика функционал натижаларни яхшилади.

Бу услублар клиник самарадорликдан ташқари, иқтисодий жиҳатдан ҳам аҳамиятлидир: шифохонада қолиш муддатининг қисқариши тиббий сарф-харажатларни камайтиради. Шунингдек, беморларнинг эрта соғлом ҳаётга қайтиши реабилитация даврини энгиллаштиради.

Хулоса.

1. Янги услублар (эрта некректомия, VAC-терапия, замонавий повязкалар, инфузион терапия ва таргет антибиотикотерапия) стандарт даволашга нисбатан самарали экани аниқланди.

2. Асосий клиник кўрсаткичлар яхшиланди: асоратлар 25% дан 14% гача, ўртача даволаниш муддати 21 кунда 15 кунгача, ўлим даражаси 9,5% дан 6,1% гача пасайди.

3. Янги усулларнинг тизимли равишда амалиётга жорий қилиниши қуйишлар билан боғлиқ тиббий ёрдамнинг сифатини янада ошириш имконини беради.

МИКРОХИРУРГИК УСУЛЛАРНИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ

Джумаев М.Б., Тожибоев Б.А., Марасулов Ғ.Б.

Ўзбекистон Республикаси, Сирдарё вилояти

Республика Шошилиш Тиббий Ёрдам Илмий Маркази Сирдарё филиали

Мавзунинг долзарблиги. Микрохирургия замонавий жарроҳликнинг энг илғор йўналишларидан бири бўлиб, у қон томир ва нервларнинг микроскопик даражадаги аностомозларини тиклаш, тўқималарни реплантация қилиш, пластик-реконструктив операциялар ўтказиш имконини беради. Бу усуллар инсон ҳаётини сақлаб қолиш, шикастланган аъзоларнинг функциясини тиклаш ва эстетик натижаларни яхшилашда катта аҳамиятга эга. Микрохирургик амалиётлар нафақат қон томир касалликларида, балки

травматология, ортопедия, онкология, реконструктив ва пластик жарроҳликда ҳам кенг қўлланилмоқда.

Тадқиқот мақсади. Турли микрохирургик усулларнинг самарадорлигини таҳлил қилиш ва клиник натижаларни яхшилашда уларнинг аҳамиятини аниқлаш.

Тадқиқот материал ва усуллари. Тадқиқот доирасида 75 бемор клиник материал сифатида таҳлил қилинди. Беморларнинг ёши 18–70 йил оралиғида бўлиб, ўртача ёш $42,6 \pm 11,3$ йилни ташкил этди. Жинсий таркиб таҳлилида эркеклар - 48 (64%), аёллар - 27 (36%) экани аниқланди.

Беморларга турли микрохирургик усуллар қўлланилди: Микрососуд аностомозлари (артерия ва вена) - 28 ҳолат; Нерв аностомозлари ва нейрореконструкция - 12 ҳолат; Аутовеноз шунтлаш ва қон томир протезлаш - 15 ҳолат; Эркин тўқима графтлари ва флаплар (реконструктив пластика) - 10 ҳолат; Микрохирургик тромбэктомия ва эндартэрэктомия - 10 ҳолат.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқот усулларида фойдаланиш натижасида:

Микрососуд аностомозлари (28 бемор): қон айланиши тикланиши 89,3%, ре-тромбоз 3 ҳолат (10,7%) ташкил этди.

Нерв аностомозлари ва нейрореконструкция (12 бемор): функция тўлиқ тикланиши 8 беморда (66,7%), қисман тикланиш - 3 беморда (25%), самарасиз - 1 ҳолат (8,3%) ни ташкил этди..

Аутовеноз шунтлаш ва протезлаш (15 бемор): яхши гемодинамик натижалар 12 беморда (80%), 2 ҳолатда қайта тромбоз, 1 беморда ампутация зарур бўлди.

Эркин тўқима флаплари (10 бемор): графт сақланиши 9 ҳолатда (90%), 1 ҳолатда некроз ривожланди.

Микрохирургик тромбэктомия ва эндартэрэктомия (10 бемор): қон айланиши тўлиқ тикланиши 8 беморда (80%), 2 ҳолатда қайта тромбоз кузатилди.

Умумий клиник кўрсаткичлар: Қон айланишининг барқарор тикланиши - 85,3% ҳолатда. Функция тикланиши: тўлиқ - 57 бемор (76%), қисман - 14 бемор (18,7%), натижасиз - 4 бемор (5,3%). Асоратлар: инфекция - 6 ҳолат (8%), тромбоз - 7 ҳолат (9,3%). Касалхонада ўртача даволаниш муддати - 12,8 кун.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, микрохирургик усулларнинг қўлланилиши қон айланиши тикланиши ва функцияларнинг қайта шаклланишига юқори самара беради. Айниқса, микрососуд аностомозлари ва аутовеноз шунтлаш усуллари ишончли натижалар кўрсатган бўлса, эркин тўқима графтлари ва флаплар орқали амалга оширилган реконструктив пластикаларда ҳам юқори сақланиш даражаси кузатилди. Шу билан бирга, асоратлар сони нисбатан паст кўрсаткичларда қайд этилди, бу эса микрохирургик технологияларнинг клиник амалиётда самарадорлигини тасдиқлайди.

Муҳокама. Олинган натижалар микрохирургик усулларнинг юқори самарадорлигини кўрсатди. Энг яхши натижалар микрососуд аностомозлари ва эркин тўқима флаплари қўлланилган беморларда кузатилди. Нерв аностомозлари функция тикланиши учун самарали бўлса-да, натижага етишишда вақт талаб этилиши кузатилди.

Асоратлар асосан тромбоз ва инфекция билан боғлиқ бўлиб, уларнинг олдини олиш учун антикоагулянт ва антибиотик терапиянинг тўғри танланиши муҳим аҳамиятга эга.

Операциядан кейинги реабилитация жараёни ҳам муҳим бўлиб, физиотерапия ва реабилитация чоралари функция тикланишини тезлаштиради.

Хулоса.

1. Турли усуллардан энг самаралилари микрососуд аностомозлари (89,3% муваффақият) ва эркин тўқима флаплари (90% муваффақият) бўлди.

2. Умумий қон айланиши тикланиши - 85,3%, функция тўлиқ тикланиши - 76%.

3. Асоратлар асосан тромбоз ва инфекция (17,3%) бўлиб, уларнинг олдини олиш мақсадида профилактика ва мониторинг муҳим аҳамиятга эга.

4. Микрохирургик усуллар беморларнинг беморларнинг ҳаётини сақлаб қолиш ва функцияни тиклашда самарали усул сифатида амалиётда кенг жорий қилиниши зарур.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТУРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЙИРИНГЛИ-НЕКРОТИК ХАСТАЛИКЛАРНИ РИВОЖЛАНИШИНИ ГЕНЕТИК ХАВФ ХАТАРЛАРИ

*Мусаиайхов Х.Т., Назаров И.Р., Мусаиайхов У.Х., Дадабоев О.Т., Василевский Э.А.,
Икрамова Ф.Д.*

Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Қандли диабет 2 – тури билан оғриган беморлар орасида оёқларнинг йирингли-некротик хасталиklarининг тарқалиши 25% гача етиб, жарроҳлик аралашувини талаб қилади ва кўпинча турли даражадаги ампутацияларга олиб келади. ҚД 2-турида ОЙНХ ни даволашдаги сезиларли ютуқларга қарамай, юқори ампутациялар фоизи ҳамон юқорилигича қолмоқда. Оёқларда деструктив жараёнларнинг шаклланиши ва кечишига генетик мойилликнинг эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, организмдаги генетик бузилишларни ўрганиш ОЙНХ ривожланиш хавфини ва клиник кечишини ўз вақтида башорат қилиш, ҚД 2-тури билан оғриган беморларда юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишда алоҳида аҳамият касб этади.

Тадқиқотнинг мақсади. Оёқларнинг йирингли-некротик хасталиги мавжуд қандли диабет 2-тури мавжуд беморлар гуруҳида жарроҳлик ва бундай хасталиги бўлмаган гуруҳда консерватив даво ўтказган беморлар ўртасида ўрганилаётган генетик маркерларнинг тарқалиш частотаси натижаларининг қиёсий таҳлилини ўтказишдан иборат.

Материаллар ва усуллар. Мазкур тадқиқот иши Андижон давлат тиббиёт институтининг клиник базаларида ва AKFA Medline University Hospital хусусий шифохонасида стационар шароитда даволанаётган беморлар ўртасида амалга оширилди. Тадқиқотни амалга ошириш учун жами 201 нафар шахс жалб этилди. Кузатув жараёнига 103 нафар асосий гуруҳ беморлари ҳамда 98 нафар шартли-соғлом шахслар жалб этилган.

Натижалар ва муҳокама. ҚД 2-тури ва ОЙНХ мавжуд беморлар гуруҳида NOS3 гени C-786T полиморфизми генотипларининг ассоциацияси аниқланишини таҳлили шуни кўрсатдики, C/C мутант генотиплар полиморфизми ассоциацияси 15.5% ҳолатда кузатилди, C/T гетерозигот генотиплар эса – 37.9% ҳамда T/T ижобий генотиплар 46.6% ҳолатда аниқланди. Бу вақтда, ҚД ОЙНХ сиз беморлар гуруҳида C/C мутант генотиплар полиморфизми ассоциациясининг аниқланиши 8.9% ни, C/T генотиплари гетерозигот вариантларининг аниқланиши 28.9% ни, T/T ижобий генотиплар аниқланиши эса мос равишда 62.2% ни ташкил этди.

Оператив даво ўтказилган беморларнинг 17.6% да NOS3 генининг C-786T полиморфизмининг нохуш C/C генотипи қайд этилди. Шу билан бирга, ушбу генотип мос равишда 82.4% ҳолатларда ушбу гуруҳ беморлари орасида кузатилмади.

Аммо, оператив даво қўлланилган беморлардан фарқли ўлароқ консерватив даво ўтказган беморлар гуруҳида ушбу салбий C/C генотипи аниқланмади.

Ушбу C/T гетерозигот генотипнинг учраш частотасидаги фарқлар ўрганилаётган гуруҳлар орасида ишончли қийматларга етиб бормаган бўлсада, оператив даво ўтказган беморлар гуруҳида консерватив даво муолажалари қўлланилган беморларга нисбатан 4.2 мартта юқори бўлишига тенденция кузатилган ($\chi^2=1.9$; $P=0.2$; $OR=4.2$; $95\%CI:0.47-37.5$).

Бундан фарқли ўлароқ, ёввойи T/T генотипи оператив даво муолажалари ўтказган беморлар орасида консерватив даволанган беморларга нисбатан сезиларли равишда кам учраган ва 41.2% қарши 85.7% ни ташкил этган ($\chi^2=4.9$; $P=0.03$; $OR=0.1$; $95\%CI:0.013-1.04$).

Хулоса. Шундай қилиб, NOS3 генининг C-786T полиморфизмининг гетерозигот C/T ва мутант C/C генотиплари мавжудлиги қандли диабет 2-тури мавжуд беморларда оёқларнинг йирингли-некротик хасталиги ривожланиш хавфини оширади ҳамда клиник кечишини оғирлаштиради, яъни ушбу беморлар гуруҳларида йирингли-некротик жараёнларнинг ривожланиши жадаллигининг аниқ прогностик маркерлари бўлиб хизмат қилиши мумкин.

“DAVOLASH ISHI” YO‘NALISHI TALABALARI KLINIK JARAYONLARGA TAYYORLASHDA EPA TEXNOLOGIYASIDAN FOYDALANISH METODIKASI

Ismailov O.A.

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti,

Anesteziologiya reanimatologiya va tez tibbiy yordam kafedrasida assistenti

Dolzarbliqi. Zamonaviy tibbiy ta’lim faol o‘zgarish bosqichida bo‘lib, uning asosiy maqsadi — real tibbiy muassasalarda samarali ishlay oladigan, klinik jihatdan tayyorlangan, kompetent mutaxassislarini shakllantirishdan iborat. Ana shunday sharoitda talabalarning kasbiy tayyorgarligini rivojlantirishga yo‘naltirilgan innovatsion pedagogik texnologiyalarni joriy etish dolzarb masalaga aylanmoqda. Shunday ilg‘or yondashuvlardan biri — talabaning klinik kompetensiyasini baholash va rivojlantirishga qaratilgan ishonchli kasbiy faoliyatlar (EPA — *Entrustable Professional Activities*) texnologiyasidir.

EPA texnologiyasining mohiyati. EPA — bu ma’lum bir kasbiy faoliyat turini anglatadi, uni mahorati yetarlicha baholangan talaba yoki ordinatorga ishonib topshirish mumkin. An’anaviy yondashuvdan farqli o‘laroq, EPA alohida bilim va ko‘nikmalarga emas, balki ularni real klinik vazifalar doirasida integratsiyalashuviga asoslanadi. Har bir ishonchli kasbiy faoliyat turi shifokorning ma’lum bir amaliy ishini ifodalaydi va u tibbiy, kommunikativ, tashkiliy hamda etik jihatlarni o‘z ichiga oladi.

Quyidagilar EPA misollariga kiradi:

- Anamnez yig‘ish va jismoniy tekshiruv o‘tkazish;
- Dastlabki tashxisni shakllantirish;
- Diagnostik tekshiruvlarni belgilash va ularning natijalarini tahlil qilish;
- Amaliy protseduralarni bajarish (masalan, tomirga kateter qo‘yish);
- Bemorlar va ularning yaqinlari bilan muloqot qilish;
- Tibbiy hujjatlarni to‘g‘ri yuritish.

EPAni o‘quv jarayoniga joriy etish metodikasi. “Davolash ishi” yo‘nalishidagi talabalarda EPAni samarali tatbiq etish uchun ta’lim jarayonini quyidagi bosqichlar asosida tashkil etish zarur:

- **EPA ro‘yxatini aniqlash:** Dastlabki bosqichda talabalar tayyorgarlik darajasi va klinik amaliyot yo‘nalishidan kelib chiqib asosiy EPA turlari belgilanadi.
- **O‘quv yo‘llarini tuzish:** Ta’lim modullari va klinik mashg‘ulotlar kuzatishdan mustaqil amaliyotgacha bosqichma-bosqich o‘tish imkonini beradigan tarzda rejalashtiriladi.
- **Baholash tizimi:** EPAni bajarish “ishonch darajalari” asosida baholanadi (faqat kuzatishdan to to‘liq mustaqil ishga), bu esa talabani kasbiy faoliyatga tayyorligini aniq baholashga yordam beradi.
- **O‘qituvchi va ustoz roli:** Klinik murabbiylar EPAni joriy etishda asosiy o‘rin tutadi — ular talabalarni nazorat qiladi, ularga fikr bildiradi va amaliyot davomida qo‘llab-quvvatlaydi.

EPA texnologiyasining afzalliklari. EPA texnologiyasining ta’lim jarayoniga kiritilishi quyidagi afzalliklarni beradi:

- Talabaning kasbiy mas‘uliyat hissi ortadi;
- Klinik tafakkur va amaliy ko‘nikmalar rivojlanadi;
- Talabaning klinik tayyorgarligini obyektiv baholash imkoniyati yaratiladi;
- Talaba va murabbiy o‘rtasidagi muloqot kuchayadi;
- Talabani haqiqiy tibbiy muhitga bosqichma-bosqich moslashtirish imkoni yaratiladi.

Xulosa. Ishonchli kasbiy faoliyatlar (EPA) texnologiyasidan “Davolash ishi” yo‘nalishidagi talabalarning klinik tayyorgarligini oshirishda foydalanish — tibbiy ta’limni modernizatsiya qilishda istiqbolli yo‘nalishlardan biridir. Ushbu metodika kompetensiyaga asoslangan va amaliyotga yo‘naltirilgan yondashuvlarni uyg‘unlashtiradi, talabalarda mustaqil klinik faoliyatga tayyorgarlikni shakllantiradi hamda kelajak shifokorlarining sifatli tayyorlanishini ta’minlaydi.

SIMULYATSIYA MARKAZIDA ISHONCHLI KASBIY FAOLIYATLAR (EPA) TEXNOLOGIYASIDAN “DAVOLASH ISHI” YO‘NALISHI TALABALARI UCHUN KLINIK TAYYORGARLIGINI OSHIRISHDA FOYDALANISH METODIKASI

Ismailov O.A.

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti, Anesteziologiya reanimatologiya va tez tibbiy yordam kafedrası assistenti

Dolzarbli. Bugungi kunda tibbiy ta’lim sifatini oshirish dolzarb vazifa hisoblanadi. Ayniqsa, “Davolash ishi” yo‘nalishida tahsil olayotgan talabalarni haqiqiy klinik faoliyatga tayyorlashda an’anaviy yondashuvlar yetarli samara bermayotganini tajriba ko‘rsatmoqda. Shu bois yangi pedagogik texnologiyalar, jumladan, **ishonchli kasbiy faoliyatlar (EPA)** konsepsiyasini o‘quv jarayoniga integratsiya qilish katta ahamiyat kasb etmoqda. EPA — bu talabaning ma’lum klinik vazifalarni mustaqil bajarish qobiliyati va ishonchliligi asosida baholashga imkon beruvchi yondashuvdir. Mazkur texnologiyani **simulyatsiya markazi** sharoitida qo‘llash esa nazariy bilimlarni amaliy ko‘nikmaga aylantirishning eng samarali usullaridan biri sanaladi.

Simulyatsiya markazining EPAGA asoslangan o‘rni Simulyatsiya markazlari — bu real klinik sharoitlarni model qilish imkonini beruvchi muhit bo‘lib, talabalarga bemorlarsiz amaliyot o‘tash imkonini yaratadi. EPA yondashuvi doirasida simulyatsion o‘quv mashg‘ulotlari talabaning quyidagi jihatlarini shakllantirishga xizmat qiladi:

- Kasbiy faoliyatni xavfsiz muhitda mustaqil bajarish;
- Klinika uchun zarur bo‘lgan ko‘nikmalarni real holatlarga yaqin sharoitda sinab ko‘rish;
- Murabbiylar tomonidan aniq va obyektiv baholash olib borish imkoniyati;
- Har bir EPA faoliyat turi uchun o‘quv ssenariylarini ishlab chiqish orqali bosqichma-bosqich murakkablik darajasini oshirish.

EPA faoliyat turlarining simulyatsiya orqali mashq qildirilishi Quyidagi EPA faoliyat turlari simulyatsiya mashg‘ulotlari orqali samarali o‘zlashtiriladi:

- Bemorning anamnezini yig‘ish va fizik tekshiruv o‘tkazish (standartlashtirilgan bemorlar ishtirokida);
- Klinik holatga oid qaror qabul qilish (simulyatsion diagnostik holatlar asosida);
- Urganch holatlarda (reanimatsiya, yurakni urishtirish) tez tibbiy yordam ko‘rsatish;
- Invaziv protseduralarni bajarish (manekenlarda: venoz kateter o‘rnatish, intubatsiya va b.);
- Klinik hujjatlarni to‘g‘ri va huquqiy asosda yuritish.

EPAni simulyatsiya markazida joriy etishning metodik bosqichlari

1. **Faoliyatni aniqlash:** Yo‘nalishga mos EPAlar tanlanadi va ssenariyga moslashtiriladi.
2. **Ssenariy tuzish:** Har bir EPA uchun klinik holat asosida real vaziyat modeli yaratiladi.
3. **Amaliy mashg‘ulot:** Talaba mashg‘ulot davomida EPA faoliyatini bajaradi va nazorat ostida baholanadi.
4. **Refleksiya va tahlil:** Murabbiylar tomonidan tahliliy muhokama o‘tkaziladi va tavsiyalar beriladi.
5. **Baholash:** EPAGA mos ravishda ishonch darajalari bo‘yicha talabalar reytingi shakllantiriladi (masalan, 1-daraja: faqat kuzatadi, 5-daraja: mustaqil bajaradi).

Natijalar va afzalliklar. Simulyatsiya markazida EPA texnologiyasini qo‘llash quyidagi afzalliklarni ta’minlaydi:

- Talabalar xatolarsiz va xavfsiz muhitda amaliyotga tayyorlanadi;
- Har bir faoliyat real holatda takroran mashq qilinadi;
- Baholash obyektiv mezonlarga asoslanadi va talabaning rivojlanish darajasi aniq ko‘rinadi;
- Kasbiy ishonchlilik, mas’uliyat va reflektiv fikrlash shakllanadi;
- Klinika oldidan talabaning tayyorgarligi ancha oshadi.

Xulosa. EPA texnologiyasini simulyatsiya markazida qo‘llash — bu zamonaviy tibbiy ta’limda amaliy va kompetent yondashuvlarni uyg‘unlashtirishga xizmat qiladigan samarali metodik yechimdir. Ushbu yondashuv nafaqat talabalarni klinik faoliyatga tayyorlaydi, balki ularning ishonchli va sifatli shifokor bo‘lib shakllanishiga xizmat qiladi. EPA asosidagi simulyatsiya

mashg'ulotlarini tizimli ravishda o'quv jarayoniga integratsiya qilish tibbiy kadrlar tayyorlash sifatini sezilarli darajada oshiradi.

ИНВАГИНАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ КИШЕЧНИКА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

*Таджибаев Ш.А¹, Абдуллажанов Б.Р¹, Абдурашидов Ф.Ш¹,
Азимов Б. Р², Саминжонов Х.У¹.*

¹Андижанский государственный медицинский институт, (Ректор, д.м.н., проф. Мадазимов М.М.). ²Ташкентский университет информационных технологий имени Мухаммада ал-Хоразмий, (Ректор, д.э.н., проф. Махкамов Б.Ш.). Республика Узбекистан.

Актуальность. Колоректальная хирургия продолжает развиваться, находя новые методы восстановления целостности кишечника, снижения риска осложнений и улучшения послеоперационного прогноза. Одним из перспективных направлений является применение инвагинационных анастомозов, обеспечивающих надежное соединение кишечных сегментов и способствующих уменьшению вероятности несостоятельности швов. Однако, несмотря на преимущества, инвагинационные анастомозы остаются сложной техникой, требующей высокой точности выполнения и тщательного подбора пациентов, особенно в случаях перитонита. В последние годы активно развивается применение систем искусственного интеллекта (ИИ) в хирургии, что открывает новые возможности для прогнозирования исходов операций, персонализированного подхода к выбору методов анастомозирования и минимизации послеоперационных осложнений.

Цель: изучение потенциала искусственного интеллекта в области компьютерного моделирования инвагинационных технологий анастомозирования тонко-толстокишечного сегмента при выполнении хирургических вмешательств на толстой кишке.

Материалы и методы: обследованы 84 пациента (56 мужчин, 28 женщин, 26–68 лет, средний возраст $47,2 \pm 4,8$ года). Пациенты разделены на три группы: I — илеотрансверзоанастомоз («бок в бок», 36,9%), II — инвагинационный илеотрансверзоанастомоз («конец в бок», 29,8%), III — инвагинационный илеоцекоколоанастомоз («конец в бок», 33,3%). Использованы ИИ-платформа ChatGPT, 3D Max, ресурсы Surgery3dview и Surgery Models, статистический анализ проведен в SPSS 26.0.

Результаты: илеотрансверзоанастомоз («бок в бок») чаще применялся (36,9%) благодаря простоте и надёжности. Инвагинационные анастомозы составили 63,1%, демонстрируя лучшие функциональные результаты. Компьютерное моделирование повысило точность предоперационного планирования.

Применение искусственного интеллекта и 3D-моделирования в хирургии кишечных анастомозов открывает новые возможности для оптимизации хирургических методик. Компьютерное моделирование позволило детально изучить анатомические и технические аспекты формирования анастомозов, что повысило точность предоперационного планирования.

Статистический анализ показал, что илеотрансверзоанастомоз («бок в бок») является наиболее распространенным (36,9%) благодаря его надежности, однако инвагинационные анастомозы (63,1%) демонстрируют лучшие функциональные результаты и меньший риск осложнений.

Выводы: Применение искусственного интеллекта и 3D-моделирования в хирургии кишечных анастомозов открывает новые возможности для оптимизации хирургических методик. Компьютерное моделирование позволило детально изучить анатомические и технические аспекты формирования анастомозов, что повысило точность предоперационного планирования.

Статистический анализ показал, что илеотрансверзоанастомоз («бок в бок») является наиболее распространенным (36,9%) благодаря его надежности, однако инвагинационные

анастомозы (63,1%) демонстрируют лучшие функциональные результаты и меньший риск осложнений. Интеграция ИИ и 3D-визуализации позволила снизить вероятность несостоятельности швов, улучшить предсказуемость исходов и повысить качество хирургического лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью.

ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*Атаханов И.К., Хакимов Д.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Современная литература указывает на широкую вариативность сроков манифестации ЖКБ, особенно у больных с морбидным ожирением и СД-2 типа, при этом частота повторных вмешательств достигает 15–30% [Гордеев А.О., 2020; Носов А.Ю., 2023]. Актуальность данной проблемы возрастает в условиях роста числа бариатрических вмешательств и расширения показаний к ним, что делает необходимым внедрение новых, прогностически обоснованных лечебно-диагностических алгоритмов.

Цель исследования. Определить факторы риска, способствующих развитию ЖКБ после бариатрических операций.

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнено на базе частных клиник «Соглом Авлод» и «СЕХАТ» города Андижан в период с 2022 по 2025 годы. У пациентов с выявленной дооперационно симптомной или бессимптомной ЖКБ выполнялась одновременная ХЭ. В остальных случаях операция ограничивалась выполнением бариатрического вмешательства. Однако в отдалённые сроки (от 6 месяцев до 3 лет) у части пациентов развилась симптомная ЖКБ, что потребовало повторной ХЭ.

Из 1657 пациентов, перенесших бариатрические операции, у 53 в отдалённые сроки (от 6 месяцев до 3 лет) развилась симптомная или бессимптомная ЖКБ, потребовавшая повторного хирургического вмешательства - холецистэктомии. При этом 53 пациента были повторно прооперированы в исследуемых клиниках, остальные — по месту жительства, и в исследование не включались. Среди повторно оперированных 11 пациентов (20,8%) перенесли холецистэктомию по поводу клинически манифестной ЖКБ, проявлявшейся болевым синдромом и другими диспепсическими симптомами. Остальные 42 пациента (79,2%) оперированы в плановом порядке, при выявлении конкрементов на фоне бессимптомного течения или в целях профилактики осложнений. Наиболее часто выполнена продольная гастрэктомия (LSG) – 1134 (68,4%), преимущественно при ожирении без СД-2 типа, тогда как одноанастомозное шунтирование (OAGB) – в 523 (31,6%) случаев, преимущественно при СД-2 типа.

Результаты исследования. Симультанная ХЭ была проведена у 472 пациентов (28,5%) - преимущественно при наличии ЖКБ, утолщённой стенки ЖП, сладжа, болевого синдрома или СД2 в сочетании с другими признаками риска. Из 1657 пациентов у 53 (3,2%) или у 49,1% пациентов до бариатрической операции уже имелись признаки сладжа или билиарного застоя, т.е. симптомная ЖКБ через 6 мес – 3 года после бариатрической операции, потребовавшая повторного оперативного лечения, что могло служить основанием для проведения профилактической ХЭ. Значительное преобладание СД-2 типа (в 71,7% случаев) подтверждающее роль диабетических метаболических нарушений в патогенезе камнеобразования. У всех пациентов наблюдались существенное снижение массы тела к моменту появления симптомов ЖКБ (среднее снижение ИМТ более чем на 30% от исходного), что подтверждает известные данные о повышенном риске камнеобразования на фоне резкого похудения. У 11 пациентов (20,8%) операция выполнялась в условиях болевого синдрома, не купируемого консервативной терапией, что может расцениваться как форма обострения, хотя ни один случай не потребовал экстренной помощи. Это подчеркивает необходимость прогностического подхода к выбору тактики ведения желчного пузыря в

рамках бариатрической помощи. С целью выявления факторов риска, способствующих развитию ЖКБ после бариатрических операций, был проведён сравнительный анализ между группой пациентов, перенёсших повторную ХЭ в отдалённые сроки после БО ($n = 53$), и остальной когортой пациентов, не нуждавшихся в удалении ЖП после операции ($n = 1132$). Оценивались пол, возраст, наличие сахарного диабета 2 типа, степень ожирения до операции, ультразвуковые признаки билиарного сладжа, наличие жирового гепатоза, степень снижения массы тела и тип выполненного вмешательства (LSG или OAGB). Полученные данные свидетельствуют о наличии достоверных различий между группами по ряду ключевых показателей. Так СД-2 типа выявлен почти в 2 раза чаще у пациентов с развитием ЖКБ после бариатрических операций. Это подчеркивает роль гиперинсулинемии и метаболических нарушений в патогенезе камнеобразования (более чем у 70 % пациентов, потребовавших повторной ХЭ, был установлен СД-2 типа, ($p < 0,001$)). Билиарный сладж, диагностированный при дооперационном УЗИ, явился мощным предиктором последующего развития ЖКБ (по данным дооперационного УЗИ достоверно чаще встречался в группе с ХЭ, даже при отсутствии камней - 49,1 % против 11,4%, ($p < 0,001$)), то есть почти половина пациентов из основной группы имела подобные изменения, в то время как в группе сравнения – только каждый девятый. Более тяжелая степень ожирения (IV степень) также достоверно чаще наблюдалась у больных с повторной ХЭ и также повышало риск развития ЖКБ, вероятно, в связи с выраженной метаболической нагрузкой и нарушением моторики ЖП. Жировая болезнь печени встречалась значительно чаще у пациентов, у которых развилась ЖКБ, что может указывать на билиарную дисфункцию. Существенное снижение массы тела ($>30\%$ от исходного ИМТ) в течение 6-12 месяцев после операции ассоциировалась с более высоким риском камнеобразования, что подтверждает существующую литературу по этому вопросу. Различия по типу операции (LSG vs OAGB) не достигли статистической значимости, хотя при шунтировании риск может быть потенциально выше – требуется дополнительное исследование. Определено, что ЖКБ развивается в отдаленные сроки (от 6 мес до 3 лет) примерно у каждого двадцатого пациента, не перенесшего симультанную ХЭ, что подтверждает реальную клиническую значимость проблемы. Наиболее значимые предикторами позднего камнеобразования явились наличие СД-2 типа ($p < 0,001$); билиарный сладж при дооперационной УЗИ ($p < 0,001$); IV степень ожирения ($p < 0,05$); жировая болезнь печени ($p < 0,01$); снижение ИМТ более 30% в течение 6-12 мес ($p < 0,01$). Симптомы ЖКБ у 30,8% пациентов носили характер подострого обострения и требовали планового, но неотложного вмешательства. Это демонстрирует потенциальные риски отсроченного подхода. Половина пациентов с повторной ХЭ уже имели признаки билиарной патологии до бариатрической операции, но не были оперированы из-за отсутствия общепринятых четких критериев назначения операции в этих случаях. Нами решено рассматривать показания к симультанной ХЭ не только при наличии камней, но и при сочетании следующих предикторов: СД-2 типа, билиарном сладже или утолщение стенки ЖП, выраженном ожирении и признаках жирового гепатоза. Выделить группы высокого риска развития ЖКБ ещё до бариатрической операции и информировать пациента о возможной необходимости профилактической ХЭ. В случае отказа от симультанной ХЭ у пациентов с факторами риска - обеспечивали динамическое УЗИ-наблюдение каждые 6 месяцев в течение первых 2 лет после БО.

Выводы. Полученные данные подчёркивают недостатки традиционного подхода к ведению ЖП у бариатрических пациентов, ограниченного лишь наличием конкрементов. Отсутствие чётких критериев при выборе тактики ведёт к гиподиагностике ЖКБ и росту числа повторных операций. УЗИ до БО недостаточно чувствительно к сладжу и функциональным нарушениям ЖП. Таким образом, на основе анализа недостатков традиционного подхода и объективной оценки риска ЖКБ после бариатрических вмешательств был разработан и внедрён усовершенствованный лечебно-диагностический алгоритм.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Отакузиев А.З., Ботиров А.К., Мирзабоев Г.Э.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эхинококкоз печени остаётся серьёзной медицинской и социальной проблемой в эндемичных регионах. Несмотря на совершенствование хирургических методов, частота рецидивов заболевания достигает 8–22%. Ведущая роль в формировании рецидивов принадлежит иммунологическим нарушениям, сопровождающим хроническое течение и осложнённые формы эхинококкоза. Снижение клеточного иммунитета, дисбаланс субпопуляций лимфоцитов, гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов и иммуноглобулинов Е и G создают предпосылки для неполной элиминации паразита и повторного роста кист. В этой связи особую значимость приобретает иммунологический мониторинг, позволяющий выявить степень нарушений, и коррекция иммунного ответа современными препаратами, что рассматривается как эффективный путь профилактики рецидивов.

Цель исследования. Оценить эффективность иммунологической коррекции нарушений клеточного и гуморального звеньев иммунитета в пред- и послеоперационном периоде у больных с рецидивным эхинококкозом печени и её влияние на снижение частоты рецидивов заболевания.

Материалы и методы исследования. В 2022–2024 гг. обследованы и прооперированы 68 пациентов с эхинококкозом печени, среди которых у 33 (48,5%) диагностированы рецидивные формы заболевания. Средний возраст пациентов составил $42,6 \pm 12,3$ года, мужчины - 31, женщины - 37. Всем пациентам выполнены хирургические вмешательства (открытая эхинококкэктомия или лапароскопическая эхинококкэктомия). Всем больным проведён иммунологический мониторинг с определением субпопуляций лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+), уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), IgE и IgG.

Для коррекции иммунных нарушений применялся комплексный подход.

До операции пациенты основной группы получали: иммуномодулин 1,0 мл в/м через день №10 или тималин 1,0 мл в/м №10; при выраженных признаках вторичного иммунодефицита - внутримышечный иммуноглобулин человека нормальный (3 мл через день №5); при гипопроотеинемии — альбумин 100 мл капельно и/или свежзамороженную плазму; при анемии - переливание эритроцитарной массы; гепатопротекторы (эссенциале форте 300 мг 3 раза в день, гепа-мерц 10 г/400 мл раствора в/в капельно); витамины: аскорбиновая кислота 5,0 в/в, витамины группы В, цианкобаламин 500 мкг в/м.

После операции продолжалась иммунологическая коррекция: иммуномодулин или тималин в течение 7–10 дней; дезинтоксикационная терапия (реамберин, тиотриазолин 4,0 в/в, гемодез по показаниям); антиоксидантная терапия (альфа-токоферол, тиотриазолин, витамины С и Е); гепатопротекторы (эссенциале, урсодезоксихолевая кислота); противорецидивная химиотерапия - альбендазол 10 мг/кг/сут курсами по 28 дней с интервалом 14 дней, всего 3 курса.

Оценка эффективности проводилась на основании клинических данных, лабораторных показателей (лейкоцитарная формула, уровень эозинофилии, биохимические показатели печени), иммунологических исследований (CD3+, CD4+, CD8+, индекс CD4/CD8, уровень ЦИК, IgE, IgG). Динамическое наблюдение осуществлялось в течение 6 месяцев после операции.

Результаты исследования. У больных с рецидивным эхинококкозом печени при госпитализации отмечено достоверное снижение количества CD3+ лимфоцитов (до $45,2 \pm 3,1\%$) и CD4+ клеток (до $27,4 \pm 1,7\%$), при этом содержание CD8+ клеток было повышено ($28,6 \pm 1,9\%$), а индекс CD4/CD8 составил $0,95 \pm 0,06$ против $1,4 \pm 0,08$ в норме ($p < 0,05$).

Уровень ЦИК превышал нормальные значения в 2,1 раза, IgE и IgG — в 1,6 и 1,4 раза соответственно. Эти данные подтверждали выраженные нарушения иммунного баланса и хронический характер течения заболевания.

После проведённой иммунокорригирующей терапии и хирургического лечения через 1 месяц отмечалась положительная динамика иммунологических показателей: CD3+ повысился до $52,8 \pm 2,6\%$, CD4+ - до $32,9 \pm 1,9\%$, CD8+ снизился до $23,4 \pm 1,5\%$, индекс CD4/CD8 увеличился до $1,2 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Уровень ЦИК снизился более чем в 2 раза, IgE и IgG нормализовались в пределах допустимых колебаний. Количество пациентов с эозинофилией уменьшилось с 38,7% до 14,9%.

Клинические результаты также подтвердили эффективность подхода: у больных основной группы послеоперационные осложнения (нагноение раны, холангит, билиарные свищи) встречались на 32% реже по сравнению с контрольной группой без иммунокоррекции. В течение 6 месяцев наблюдения рецидивов эхинококкоза печени у пациентов основной группы не зарегистрировано, тогда как в контрольной группе рецидивы отмечены у 2 из 21 (9,5%) больных.

Выводы. У больных с рецидивным эхинококкозом печени отмечаются выраженные нарушения иммунного статуса: снижение CD3+ и CD4+, повышение CD8+, рост уровня ЦИК, IgE и IgG, что коррелирует с клинической тяжестью заболевания и частотой осложнений.

Применение современных иммунокорригирующих средств (иммуномодулин, тималин, иммуноглобулин) в сочетании с гепатопротекторами, витаминами и противорецидивной химиотерапией альбендазолом позволяет достоверно улучшить показатели клеточного и гуморального иммунитета.

Иммунологическая коррекция в пред- и послеоперационном периоде способствует снижению частоты осложнений, улучшению течения послеоперационного периода и предупреждению рецидивов эхинококкоза печени.

Включение иммунокорригирующей терапии в стандарт комплексного лечения эхинококкоза печени представляется обоснованным и должно рассматриваться как обязательный компонент профилактики рецидивов заболевания.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А., Рахмонов Б.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время несмотря на развитие современных диагностических и лечебных подходов, эхинококкоз (*Echinococcus granulosus*) остаётся актуальной проблемой клинической паразитологии и хирургии, особенно в эндемических регионах. Наибольшую сложность представляют осложнённые и рецидивные формы заболевания, сопровождающиеся выраженными нарушениями со стороны иммунной системы, что существенно влияет на тактику ведения пациентов и прогноз заболевания.

Целью исследования: изучить клинико-иммунологические особенности при первичном и рецидивном эхинококкозе печени, а также определить диагностическую и прогностическую значимость иммунологических показателей.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры хирургических болезней и клиники Андижанского государственного медицинского института в период с января 2022 года по декабрь 2024 года, исследованы 68 пациентов, госпитализированных с диагнозом эхинококкоз печени. Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет (средний возраст - $43,7 \pm 11,2$ года); из них 37 женщин и 31 мужчина.

Пациенты были классифицированы по характеру течения заболевания и наличию осложнений на 4 клинические группы:

Группа 1 (n=17): первичный неосложнённый эхинококкоз печени; Группа 2 (n=18): первичный осложнённый эхинококкоз (разрывы, суперинфекция, механическая желтуха); Группа 3 (n=15): рецидивный неосложнённый эхинококкоз печени; Группа 4 (n=18): рецидивный осложнённый эхинококкоз.

Диагностика основывалась на клинической картине, данных УЗИ, КТ, иммунологических тестов и интраоперационной ревизии. Оценивались показатели иммунного статуса (CD3+, CD4+, CD8+, CD19+, уровень IgE, IgG, циркулирующие иммунные комплексы).

Применялись следующие виды операций: эхинококкэктомия с капсулэктомией; церикапсулярная резекция кисты; лапаротомный или лапароскопический доступ в зависимости от клинической ситуации; дренирование остаточной полости, санация, устранение билиарных свищей при их наличии.

Средние показатели количества лейкоцитов в периферической крови были повышены у больных с осложнённым эхинококкозом и составляли $(10,3 \pm 0,8) \times 10^9/\text{л}$, против $(7,1 \pm 0,5) \times 10^9/\text{л}$ в группе неосложнённого течения ($p < 0,05$). Уровень эозинофилов также был выше при осложнённой форме: $(10,4 \pm 1,2) \%$ против $(6,7 \pm 0,9) \%$ соответственно ($p < 0,01$).

Анализ иммунологического статуса выявил статистически значимые изменения, отражающие особенности патогенеза заболевания: Уровень CD3+ Т-лимфоцитов был достоверно снижен у больных с рецидивными формами эхинококкоза ($(45,2 \pm 3,1) \%$ против $(56,7 \pm 2,8) \%$ у первичных больных; $p < 0,05$). Уровень CD4+ клеток (хелперов) также был ниже в рецидивной группе ($(27,4 \pm 1,7) \%$ против $(35,1 \pm 2,0) \%$; $p < 0,01$), что свидетельствует о дефиците клеточного иммунного ответа. Повышение содержания CD8+ супрессоров наблюдалось у пациентов с осложнённым эхинококкозом печени ($(28,6 \pm 1,9) \%$) по сравнению с неосложнённым течением ($(21,2 \pm 1,4) \%$; $p < 0,01$), отражая усиление супрессивных процессов. Соотношение CD4/CD8 в группе осложнённых и рецидивных форм было достоверно снижено до $0,95 \pm 0,06$, тогда как в группе первичных неосложнённых случаев данный показатель сохранялся в пределах нормы ($1,4 \pm 0,08$).

Повышенные уровни циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) регистрировались преимущественно при осложнённом течении ($0,57 \pm 0,04$ опт. ед.) и при рецидивах заболевания, что может свидетельствовать о нарушении процессов элиминации антигенов паразита и хроническом характере иммунного воспаления.

Результаты исследования. Полученные данные выявляют значительные различия в иммунном статусе больных, что коррелирует с тяжестью течения заболевания и развитием осложнений. У пациентов с осложнённым эхинококкозом средний уровень лейкоцитов составил $(10,3 \pm 0,8) \times 10^9/\text{л}$, что достоверно выше по сравнению с неосложнёнными формами ($7,1 \pm 0,5 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$). Эозинофилия наблюдалась у 72,2% больных осложнённой группы против 41,1% в неосложнённой ($p < 0,01$). Так, у пациентов с осложнёнными формами эхинококкоза отмечалось достоверное снижение уровня Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+) и повышение содержания В-клеток (CD19+), что отражает дисбаланс клеточного и гуморального звена иммунитета. Это согласуется с современными представлениями о том, что паразитарные инфекции, в том числе эхинококкоз, сопровождаются нарушением клеточного иммунитета, способствующим прогрессированию и хронизации процесса: при рецидивном эхинококкозе уровень CD3+ Т-лимфоцитов снижался до $45,2 \pm 3,1\%$ (против $56,7 \pm 2,8\%$ у первичных больных; $p < 0,05$), а уровень CD4+ клеток - до $27,4 \pm 1,7\%$ (против $35,1 \pm 2,0\%$; $p < 0,01$). Повышение CD8+ клеток отмечалось у 64,7% пациентов рецидивной группы, что сопровождалось снижением индекса CD4/CD8 до $0,95 \pm 0,06$ (в норме $1,4 \pm 0,08$). Уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) превышал норму у 81,3% больных с осложнёнными формами и у 73,3% пациентов с рецидивами, что свидетельствует о нарушении элиминации паразитарных антигенов. Концентрации IgE и IgG были достоверно выше у пациентов с осложнённым и рецидивным эхинококкозом печени ($p < 0,05$), что отражает активизацию гуморального звена иммунитета. Однако, несмотря на

это, иммунный ответ оказывается недостаточно эффективным, что обусловлено, вероятно, иммуносупрессивным воздействием эхинококковых антигенов и длительным воспалительным процессом

Сравнение первичного и рецидивного эхинококкоза выявило тенденцию к более выраженным иммунологическим нарушениям при рецидиве, что требует особого внимания при планировании терапии и мониторинга пациентов. Эти данные подтверждают необходимость комплексного подхода, включающего не только хирургическое удаление кист, но и коррекцию иммунного статуса с целью предупреждения повторных рецидивов и осложнений.

Выводы.

1. У больных с осложнённым и рецидивным эхинококкозом печени выявлены достоверные изменения иммунного статуса, проявляющиеся снижением CD3+ и CD4+ лимфоцитов, увеличением CD8+ клеток, повышением ЦИК, IgE и IgG.
2. Нарушения иммунного баланса коррелируют с клинической тяжестью и частотой осложнений, что подтверждается увеличением числа пациентов с выраженной эозинофилией (до 72,2%) и высоким уровнем ЦИК (до 81,3%).
3. Полученные результаты свидетельствуют о том, что прогрессирование и рецидив эхинококкоза печени сопровождаются глубокими нарушениями клеточного и гуморального звеньев иммунитета.
4. Клинико-иммунологический мониторинг целесообразно включать в диагностический алгоритм и систему прогностической оценки течения заболевания, что позволит повысить эффективность лечения и снизить частоту рецидивов.
5. В перспективе дальнейшие исследования должны быть направлены на выявление молекулярных механизмов иммуносупрессии при эхинококкозе и разработку иммунокорректирующих методов лечения, которые позволят повысить эффективность терапии и снизить риск осложнений.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПЕРИТОНИТ

*А.К. Ботиров, Н.Э. Бозоров, С.М. Яхёев, З.Б. Солижонов
Андижанский государственный медицинский институт*

В последние годы, по данным литературы, во всем мире наблюдается тенденция к увеличению частоты хирургических заболеваний печени и желчевыводящих путей. Наряду с этим, число послеоперационных осложнений, требующих релапаротомии, не уменьшается и составляет от 0,7 до 8%. Одним из тяжелых и грозных осложнений раннего послеоперационного периода оперативных вмешательств на печени и желчных путях является послеоперационный желчный перитонит.

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения некоторых заболеваний печени, желчных путей и их осложнений.

Материал и методы. Располагаем опытом диагностики и хирургического лечения 91 больного с ПБП. Женщин было 52 (57,1%), мужчин — 39 (42,9%). Возраст больных составил от 24 до 68 лет. Характер заболеваний, по поводу которых были выполнены оперативные вмешательства. Для диагностики заболеваний печени и желчных путей, а также ПБП проводили клинико-лабораторные и инструментальные исследования, включая УЗИ, КТ, ЭРПХГ и лапароскопию.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов исследования показал, что ПБП развился вследствие разнообразных причин, среди которых ведущее место отводится морфо-функциональному состоянию печени, объему и характеру оперативных вмешательств, а

также тактическим и техническим ошибкам, допущенным в дооперационном периоде и во время операции. Клиническая картина заболевания больных с ПБП прежде всего зависела от количества и темпа поступления желчи в брюшную полость, диаметра желчного протока, вовлеченного в патологический процесс, а также от качества проведения пред- и послеоперационной инфузионно-трансфузионной и антибиотикотерапии. На сегодняшний день ведущее место для диагностики ПБП отводится динамическому УЗИ, КТ и изучению степени эндогенной интоксикации, которые выполнены у 64 больных. У 27 больных диагноз ПБП был установлен на основании выделения желчи из дренажей брюшной полости и симптомов раздражения брюшины. Следует отметить, что у 80% больных с ПБП наблюдались выраженная клиника эндогенной интоксикации, степень и тяжесть которой зависели от уровня повреждения желчного протока, и явления послеоперационной печеночной недостаточности. Это было обусловлено тем, что у 59 из 91 больного имела место механическая желтуха, у 7 — тяжелые разрывы печени, а у 35 — ещё и очаговые поражения печени, т.е. наблюдалось исходное снижение функциональных резервов печени — скрытая печеночная недостаточность. Критериями эффективности корригирующей терапии являются улучшение общего состояния больных, стабилизация гемодинамики, достижение эффективного диуреза на фоне нормализации электролитного равновесия и других показателей. Хирургические методы профилактики острой печеночной недостаточности и ПБП имели свои особенности. Во время операции главная задача состояла в том, чтобы свести к минимуму повреждающие паренхиму печени моменты хирургических вмешательств. Важное значение придавали адекватному гемо- и желчестазу, а также методикам дополнительного укрепления швов билиодигестивных анастомозов.

Выводы

1. Известно, что при очаговых заболеваниях печени и желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой, наблюдаются глубокие морфологические изменения в печени, которые вызывают депрессию гепатоцитов и являются факторами риска развития печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде.
2. В патогенезе полиорганной недостаточности при ПБП ведущее место отводится дооперационной скрытой печеночной недостаточности, воспалительным изменениям паренхимы печени и желчных путей, которые в значительной степени отягощают течение заболевания.
3. Для уменьшения частоты развития ПБП целесообразны ранняя диагностика и лечение скрытой печеночной недостаточности, с последующим выполнением малотравматичных оперативных вмешательств, рациональной декомпрессии желчных путей, дренирования брюшной полости.

РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ЯЗВЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

***А.К. Ботиров, Н.Э. Бозоров, С.М. Яхёев, З.Б. Солижонов**
Андижанский государственный медицинский институт*

Заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 15-17%. Первое место среди осложнений ЯБ занимает кровотечение и возникает у 31% больных с язвой ДПК и 40% больных с язвой желудка. Общая летальность при кровоточащей гастродуоденальной язве достигает 14%, послеоперационная — 6-35%. Рецидив язвенного кровотечения наблюдается у 24% больных на 2-3 сутки и сопровождается летальностью, достигающей 39-50%, что в 2,5 раза выше, чем при первичной активной

геморрагии. После самостоятельной остановки кровотечения его рецидив наступает в 13–40% случаев, а у лиц пожилого и старческого возраста не менее чем в 30% наблюдений.

Цель. Изучение и анализ результатов диагностики и лечения рецидивирующих кровотечений из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. За 2019-2024 год в хирургическом отделении клиники АндГосМИ было проведено 118 операций по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. На долю мужчин пришлось 83%, на долю женщин 17%. Встречаемость ЯЖ - 32,25%, ЯБДПК - 67,75%.

Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения позволяет уменьшить количество экстренных операций и снизить летальность в 2 раза, при этом используется понятие предрецидивного синдрома (сочетание разнообразных клинических, эндоскопических, гемодинамических, лабораторных признаков).

Рецидив язвенной геморрагии может быть обусловлен:

- 1.Альтеративными процессами в язве - расширение и углубление некроза с аррозией новых кровеносных сосудов и разрушение в их просвете тромбов.
- 2.Тканевой гипоксией вследствие кровопотери на фоне артериосклероза сосудов периульцерозной зоны.
- 3.Активностью агрессивного желудочного содержимого - желудочный сок переваривает образующийся на аррозированном сосуде защитный тромб, что и приводит к рецидиву геморрагии.
- 4.Разрушением защитного тромба из просвета кровеносного сосуда вследствие фибринолиза тромба в аррозированной артерии при коагулопатии
- 5.Морфологическими особенностями кровоточащей язвы.
- 6.Изменениями регионарного кровообращения - повышение давления, скорости объемного кровотока в крупном аррозированном и склеротически измененном сосуде исключают возможность организации защитного тромба.

Результаты: Хирургическая тактика в основном определяется эндоскопической картиной и тяжестью кровопотери, локализацией и размерами язвы, тяжестью состояния больных, их возрастом, сопутствующими заболеваниями. При локализации язвы на задне-нижней стенке двенадцатиперстной кишки и видимом сосуде в дне язвы риск раннего рецидива кровотечения достигает 77%, при локализации язвы на передней стенке – риск рецидива составляет 34,7%; у больных с высокими язвами малой кривизны желудка и видимым сосудом — 77%, а при локализации язвы в теле желудка – 42% .

При оценке возможной вероятности повторного кровотечения учитывается:

1. Эндоскопическая характеристика язвенного дефекта и на его локализации в проблемной зоне (малая кривизна желудка, задняя стенка ДПК).
2. Математическое прогнозирование рецидива кровотечения.
3. Объективная верификация предрецидивного состояния.

При нарастании тяжести кровопотери увеличивается число неудачных попыток достижения гемостаза и количество рецидивов геморрагии. При легкой кровопотере эндогемостаз без рецидивов кровотечения может быть достигнут у 100% пациентов; при кровопотере средней тяжести удается достичь гемостаза у 84% больных, с 18% рецидивов; тяжелая кровопотеря характеризуется лишь 45% успешными эндоскопическими мероприятиями, при этом у 24% больных геморрагия рецидивирует. Летальность общая составила 5,9%, послеоперационная – 9,15%, рецидив геморрагий- 14%.

Следует отметить, что кровопотеря не определяет повторное кровотечение, а является косвенно предрасполагающим фактором.

Вывод. При остановившемся кровотечении показаниями для срочной операции служат эндоскопические признаки: размеры язвы более 1 см, тромбированные сосуды в дне язвы, язва, покрытая сгустками крови, обнаружение в желудке или в двенадцатиперстной кишке неизменной крови.

ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

*Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эхинококкоз остаётся одной из наиболее актуальных паразитарных болезней, характеризующихся прогрессирующим течением, высоким риском рецидивирования и развитием осложнений. Особую трудность представляет диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости (ДЭ ОБП), который является наиболее тяжёлой формой заболевания. Несмотря на многочисленные работы, в литературе сохраняется терминологическая путаница, касающаяся определений и классификаций осложнённых форм эхинококкоза, что затрудняет клиническое ведение пациентов и выбор оптимальной тактики хирургического лечения. Существующие классификации ориентированы преимущественно на топографическую характеристику кист, однако они не учитывают качественных параметров, стадийность течения, патогенез диссеминации и клиническое значение осложнённых форм. В связи с этим разработка универсальной и клинически ориентированной классификации ДЭ ОБП представляется актуальной задачей, имеющей не только теоретическую, но и практическую ценность.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положен опыт лечения 714 пациентов с эхинококкозом различной локализации, из них 87 больных с ДЭ ОБП, условно разделённых на две группы:

Группа сравнения – 41 (47,1%) пациент, оперированные с использованием «традиционной» хирургической тактики (2011–2017 гг., ретроспективное исследование).

Основная группа – 46 (52,9%) пациентов, которым проводилось хирургическое лечение по оптимизированному алгоритму (2018–2022 гг., проспективное исследование).

На основании анализа клинического материала и данных литературы было предложено авторское определение и классификация ДЭ ОБП, отражающая патогенетические, морфологические и клинические особенности течения заболевания.

Определение. ДЭ ОБП – это наиболее тяжёлая форма эхинококкоза, проявляющаяся первичным, вторичным или третичным обсеменением печени и органов брюшной полости зародышевыми элементами паразита, сопровождающаяся наличием более трёх кист различной локализации.

Предлагаемая классификация (DG 000-000-870) включает 8 критериев:

I. По патогенезу: Первично-диссеминированный (распространённое поражение ЭП и органов брюшной полости, выявленных первично, при обследовании поступивших больных в стационар - D1);

2) Вторично-диссеминированный (вторичное поражение органов брюшной полости после перенесенной ранее первой эхинококкэктомии (перечисление органов, включая печень - D2);

3) Третично-диссеминированный (третичное поражение органов брюшной полости после перенесенной второй эхинококкэктомии (перечисление органов, включая печень - D3).

II. По числу кист (NC): NC2 - 2 кисты; NC3 - 3 кисты; NC4 - 4 кисты; NC5 - множественные кисты (более 4 до 10-20 кист).

III. По величине (SC): мелкие (до 5 см –SC1); средние (до 10 см - SC2); крупные (более 10 см - SC3).

IV. По форме: -локальная форма – (множественное поражение одного органа или одной анатомической области брюшной полости – LF local form);

-распространенная форма - (ЭК выявляются в отдалении друг от друга в 2-3 анатомических областях брюшной полости CF common form);

-генерализованная форма - (тотальное поражение брюшной полости и ее органов, нередко выявляется сочетанное поражение тканей и органов других анатомических областей или полостей – GF generalized form).

V. По топографии кисты в органе (Т): 1) Подкапсульный (SC); 2) Поддиафрагмальный (Sph); 3) Поверхностный или периферический (Sp); 4) Внутриорганный (IN).

VI. По локализации (L): локализация в печени (LL); локализация в селезенке (LS); локализация на органах малого таза ((LP); смешанная локализация (LM).

VII. По осложнениям (CU): 1) Неосложненный (U) - перипаразитарный неспецифический гранулематоз; очаговый перипаразитарный фиброз; обызвествление фиброзной капсулы.

2) Осложненный (C) - нагноение кисты; диссеминация с прорывом в билиарные протоки (1 тип - с выраженной клиникой, 2 тип - со стертой клиникой, 3 тип - бессимптомный); диссеминация с прорывом в плевральную полость; сдавление органов брюшной полости - желчных путей с механической желтухой; портальная гипертензия; обызвествление.

VIII. По стадиям клинического течения: бессимптомная стадия (AS); стадия выраженных проявлений (PM); стадия осложнений (C).

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал: По патогенезу: в группе сравнения первично-диссеминированная форма диагностирована у 20 (48,8%) больных, вторичная – у 10 (24,4%), третичная – у 11 (26,8%). В основной группе эти показатели составили соответственно 22 (47,8%), 11 (23,9%) и 13 (28,3%). Настораживает относительно высокая частота третичной диссеминации – более 25% случаев ($p < 0,01$).

По числу кист: множественные (от 3 до 10 и более) встречались в подавляющем большинстве случаев – 82,9% и 80,4% соответственно ($p < 0,01$).

По величине: у 24,4% (сравнение) и 37,0% (основная группа) диагностированы гигантские кисты > 10 см, существенно утяжеляющие течение заболевания.

По форме: локальная форма составила 33,3%, распространённая – 39,1%, генерализованная – 27,6% случаев. Независимо от формы, печень выступала органом-носителем в большинстве наблюдений.

По осложнениям: осложнённое течение выявлено у 24,4% больных группы сравнения и у 52,2% пациентов основной группы, что указывает на тенденцию к росту осложнённых форм, требующих более активной хирургической тактики.

Выводы.

1. Предложенное определение и классификация ДЭ ОБП позволяют более чётко отразить патогенез, морфологические характеристики и клиническое течение заболевания.

2. Классификация проста в практическом применении, обеспечивает возможность стандартизированной оценки, формализует учетно-отчётную документацию и может служить основой для выбора тактики хирургического лечения.

3. Использование данной классификации способствует:

уточнённой диагностике и выявлению осложнённых форм;

исключению образования вторичных кист в зоне операции;
индивидуальной оценке качественных параметров эхинококковых кист;
оптимизации хирургической тактики.

4. Высокая частота третичной диссеминации (>25%) указывает на необходимость совершенствования как хирургического лечения, так и последующего иммунологического контроля, направленного на профилактику рецидивов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Бозоров Н.Э., Мирзабоев Г.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Паховые грыжи остаются одной из наиболее распространённых форм хирургической патологии, составляя значительную долю плановых оперативных вмешательств. Несмотря на внедрение сетчатых имплантатов и совершенствование методик ненатяжной пластики, частота рецидивов и послеоперационных осложнений (серомы, отёки, хронический болевой синдром) остаётся клинически значимой. В последние годы всё более широкое применение находят лапароскопические методы герниопластики (ТАРР, ТЕР), позволяющие снизить травматичность операции, улучшить реабилитацию и уменьшить риск хронической боли, что делает актуальным их сравнение с открытыми методами.

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения паховых грыж путём оптимального выбора метода герниопластики (открытого или лапароскопического) с учётом анатомо-топографических особенностей пахового канала и факторов риска осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 73 пациентов с паховыми грыжами, оперированных в условиях клиники АндГосМИ. 65 (89%) пациентов оперированы в плановом порядке, 8 (11%) – по экстренным показаниям. В исследование включены пациенты с прямыми и косыми паховыми грыжами. В качестве методов пластики применялись: открытая герниопластика по Лихтенштейну и модификации с использованием перемещённого лоскута поперечной фасции; лапароскопическая герниопластика (ТАРР и ТЕР).

Всего прооперировано 73 больных. Все больные поступали как в плановом, так и в экстренном порядке. Следует отметить, что преобладали пациенты, которым были выполнены плановые вмешательства - 65 человек (89%), у 8 человек (11%) операции были произведены по экстренным показаниям. Средний возраст для мужчин составил $51 \pm 14,5$ года, для женщин $50 \pm 12,2$ года.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения анализировались в соответствии с международно признанной классификацией Clavien–Dindo, которая позволяет объективизировать тяжесть неблагоприятных исходов и унифицировать сравнение результатов хирургических вмешательств.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения были зарегистрированы у 7 (9,6%) пациентов. Наиболее часто встречался отёк мошонки, выявленный у 3 (4,1%) больных, преимущественно после открытых вмешательств с использованием сетчатого имплантата по методу Лихтенштейна. В двух случаях (2,7%) отмечалось формирование инфильтрата

послеоперационной раны, потребовавшего местного лечения с применением антибактериальной терапии и физиотерапевтических процедур (класс II по Clavien–Dindo). Более редкими осложнениями были парез кишечника (1,4%) и острая задержка мочеиспускания (1,4%), которые расценивались как осложнения I класса по Clavien–Dindo и купировались консервативными мероприятиями. При сравнительном анализе установлено, что осложнения чаще регистрировались после открытых вмешательств - у 6 (12,2%) пациентов, тогда как в группе лапароскопических герниопластик (TAPP/TEP) осложнения отмечены лишь у 1 (5,5%) оперированного больного. Это подтверждает данные литературы, указывающие на меньшую травматичность и лучший ранний послеоперационный профиль лапароскопических технологий. Отдалённые результаты оценивались в срок до 12 месяцев после операции. В группе открытой пластики по Лихтенштейну выявлено 2 случая рецидива (3,1%), что соответствует среднестатистическим показателям, приводимым в работах европейских авторов (3–5%). В группе лапароскопической герниопластики (TAPP/TEP) рецидивов не зарегистрировано, что свидетельствует о высокой надёжности и перспективности данного метода при правильном техническом исполнении. Особое внимание уделялось оценке хронического болевого синдрома (inguinodynia), который является одним из наиболее значимых факторов, влияющих на качество жизни пациентов. В группе пациентов, перенесших операцию по Лихтенштейну, данный синдром был зарегистрирован у 4 (10,5%) больных. Боль носила умеренный характер, требовала периодического приёма анальгетиков и ограничивала физическую активность пациентов. В группе лапароскопических вмешательств хроническая боль отмечена лишь у 1 (5,5%) пациента, при этом выраженность её была минимальной и не потребовала медикаментозной коррекции. Таким образом, проведённое исследование демонстрирует явные преимущества лапароскопических методик по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами: меньшая частота ранних послеоперационных осложнений, отсутствие рецидивов в течение 12 месяцев наблюдения, более низкая вероятность формирования хронического болевого синдрома. Однако, несмотря на очевидные преимущества, широкое внедрение лапароскопической герниопластики ограничивается рядом факторов, включая необходимость дорогостоящего оборудования, а также наличие у хирургов соответствующего опыта и навыков. В то же время открытая ненатяжная пластика по Лихтенштейну остаётся высокоэффективным, экономически доступным и широко применяемым методом, особенно в условиях ограниченных ресурсов.

Выводы.

1. Современные методы герниопластики с использованием сетчатых имплантатов демонстрируют низкую частоту рецидивов и остаются «золотым стандартом» лечения паховых грыж.
2. Лапароскопические методики (TAPP, TEP) обеспечивают меньшее количество ранних осложнений, более быстрое восстановление и снижение риска хронической боли по сравнению с открытой герниопластикой.
3. Комплексная профилактика осложнений должна включать не только правильный выбор техники операции, но и мультидисциплинарный подход с учётом факторов риска у конкретного пациента.
4. Необходима дальнейшая стандартизация алгоритмов выбора хирургической тактики, учитывающая индивидуальные особенности больных и экономические реалии здравоохранения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ «INTUSSUSCEPTION ILEOCOLOANASTOMOSIS "FINIS AD LATUS", В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В СОПРОВОЖДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА.

*Абдурашидов Ф.Ш., д.м.н., проф. Абдуллажанов Б.Р.,
д.м.н., доц. Таджибаев Ш.А., Саминжонов Х.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Оценить возможности искусственного интеллекта для компьютерного моделирования инвагинационного илеоколоанастомоза «конец в бок» в хирургии толстой кишки.

Материал и методы: Под наблюдением состояло 59 пациентов перенесших правостороннюю гемиколэктомия. Возраст больных колебался в пределах от 26 до 68 лет. Мужчин – 41 (69,5%), женщин – 18 (30,5 %). По типу анастомозов пациенты распределились следующим образом: Илеотрансверзоанастомоз по принципу «бок в бок» -31(52,6%), intussusception ileocoloanastomosis "finis ad latus", -28 (47,4%). Компьютерное моделирование сопровождалось искусственным интеллектом ChatGPT <http://openai.com> с программой 3d MAX, вебсайт https://surgery3dview.wordpress.com/?_gl=1*18g1mc0*_gcl_au*MTM2NzM4MzE3MC4xNzI5MjUyNzQy и Surgery models <https://sketchfab.com/Surgery3dmodelsview>

Результаты: Из 31(52,6%), пациента, перенесших правостороннюю гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом «бок в бок», у 27 (87,1%) выявлены патологии: стеноз разной степени — 4 (12,9%), полип — 11 (35,5%), гипертрофия слизистой с пролапсом — 7 (22,6%), лигатурные свищи — 5 (16,1%). У 28 пациентов с анастомозом «конец в бок» патологий не было, у одного пациента было внутрикишечное кровотечение в послеоперационный период, устранившееся консервативно.

Выводы: Компьютерное моделирование инвагинационного илеоколоанастомоза «конец в бок» с использованием искусственного интеллекта эффективно для разработки оптимальных вариантов анастомозов в хирургии толстой кишки. Необходимо продолжать исследования и разработки в области искусственного интеллекта в хирургии для улучшения методов и технологий. Анализ практического применения и реальных результатов поможет оптимизировать системы. Предварительные результаты показывают, что методика может привести к созданию новых или улучшенных вариантов инвагинационных анастомозов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ.

*Эгамов С.Ш., Зияев Ш.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. При выполнении операций по поводу «трудных» ДЯ возникают сложности с ушиванием дуоденальной культи. Вот здесь то и таится угроза ее несостоятельности. Весьма многочисленные предложения по профилактике несостоятельности дуоденальной культи при «трудных» язвах, на наш взгляд, несравненно сложнее, чем наложение гастродуоденального анастомоза.

Цель. Конкретизировать контингент с «трудными» ДЯ и определить типологические особенности клинического течения, а также секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка по сравнению с неосложнённым течением язвенной болезни.

Материалы и методы. Работа основана на анализе проведенных исследований пациентов с язвенной болезни при «трудных» ДЯ, находившихся на стационарном лечении в 3 хирургическом отделении Клиники Андижанского Государственного медицинского института за период с 2001 по 2020 годы. За период с 2001 по 2020 годы на базе кафедры

хирургических болезней и урологии АндГосМИ по поводу ЯБДПК оперированы 1567 больных. При этом «трудные» ДЯ диагностированы у 494 (31,5%) пациентов. Из них в плановом порядке оперированы 364 (73,7%) пациентов и в экстренном - 130 (26,3%).

Для упрощения изложения материала мы условно выделили 2 группы:

- с «трудными» ДЯ – основная группа (262 больных);
- с неосложненным течением ЯБ – группа сравнения (94 больных).

Метод и объем РЖ выбирали в зависимости от локализации язвы, характера осложнений ЯБ, топографо-анатомических условий в зоне операции, состояния моторно эвакуаторной и кислотопродуцирующей функции желудка. В тех случаях, когда ДПК деформирована язвенно рубцовым и воспалительным процессом, имеет достаточный диаметр, после субмукозного иссечения язвы с последующей экстрадуденизации, накладывали прямой ГДА. Формирование ГДА в модификации Габерер является наиболее простым в плане технического исполнения, а также достаточно надежным и наиболее выгодным в функциональном отношении среди модификаций первого способа Бильрот. Если по каким-либо причинам (рубцовое сужение начального отдела ДПК вследствие пилородуденального стеноза протяженностью более 3 см или ранее ушитой перфоративной или кровоточащей язвы, опасности натяжения линии швов ГДА и т.д.) наложить прямой ГДА не представлялось возможным, прибегали к формированию термино-латерального поперечного, реже продольного ГДА. Так РЖ в модификации Габерер-Финнея и Л.Г.Хачиева в вышеперечисленных ситуациях являются незаменимыми, расширяя показания к наложению анастомоза с сохранением естественного пассажа пищи. При невозможности формирования анастомозов в модификациях первого способа Бильрот, выполняются РЖ по Гофмейстер-Финстереру или Бальфур. В случае сочетания «трудной» ДЯ с дуоденостазом, операцией выбора является РЖ по РУ-Ибадову. Однако, во всех случаях перед ушиванием дуоденальной культи необходимо субмукозное иссечение язвы, а также обеспечить ее декомпрессию назогастродуоденальным зондом.

Результаты. Анализ причин нежелательных последствий и пересмотр хирургической тактики с учетом конкретизации показаний к резекции желудка при «трудных» дуоденальных язвах и широкое применение усовершенствованных методик и технических приемов операций, позволил нам снизить частоту послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством на желудке - на 12,6% (с 19,3 до 6,7%), а также послеоперационную летальность на 5,4% (с 6,1 до 0,7%).

Закключение. Таким образом, такой подход к выбору способов РЖ при «трудных» ДЯ позволяет уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальности.

РОЛЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Солижонов З.Б., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Яхёев С.М.
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования. улучшение результатов хирургического лечения хронического калькулезного холецистита, путем усовершенствования холецистэктомии из минидоступа.

Материалы и методы. Исследование охватывает 1929 пациентов с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), которые были планово прооперированы в 3-м хирургическом отделении клиники АндГосМИ с 2016 по 2021 годы. В соответствии с поставленными задачами, пациенты были разделены на две группы: группа сравнения (776 пациентов, 40,3%): включало 776 пациентов, прооперированных в период с 2016 по 2018 годы. Эти данные были использованы для ретроспективного анализа, что позволило выявить основные тенденции и подходы в лечении ХКХ до внедрения новых методик. Основная группа (1153 пациента, 59,7%): охватывало 1153 пациентов, прооперированных в период с 2019 по 2021 годы. В этой группе были применены усовершенствованные хирургические

методики, включая новые технические приемы и оптимизированную хирургическую тактику. Это позволило оценить эффективность и безопасность внедренных инноваций, а также сравнить результаты с группой сравнения. В группе сравнения, включающей 776 пациентов, традиционная холецистэктомия (ТХЭ) была выполнена у 75 (9,6%) больных, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - у 536 (69,1%), а ХЭ из мини-доступа - у 165 (21,3%). В основной группе, состоящей из 1153 пациентов, ТХЭ была проведена у 76 (6,6%) больных, ЛХЭ — у 715 (62,0%), а ХЭ из мини-доступа - у 165 (21,3%), включая 362 пациента (31,4%) с использованием модифицированного минимально инвазивного доступа. В обеих группах преобладали пациенты молодого возраста (18–44 лет), составляя 379 (48,8%) и 535 (46,4%) соответственно. В группе сравнения пациенты среднего возраста (45–59 лет) составили 211 (27,2%), а в основной группе - 356 (30,9%). Пациенты старше 60 лет составили 128 (16,5%) в группе сравнения и 182 (15,8%) в основной группе. Возрастная группа 75 лет и старше включала 58 (7,5%) и 80 (6,9%) пациентов соответственно. Такие «возрастные» особенности усугубляют сложность хирургического лечения больных с ЖКБ, вследствие выраженной полиморбидности этой возрастной группы. Также установлено, что чаще болеют лица женского пола (в группе сравнения - 81,6%; в основной - 82,5%, с соотношением 4:1). Процесс обследования состоял из общепринятых и специальных методов лучевой диагностики: ультразвуковое сканирование гепатобилиарной зоны (УЗИ) и рентгенологические исследования (по показаниям: пероральная холецистография; внутривенная холангиохолецистография; эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография), а также ФЭГДС и МРТ. Ретроспективный анализ упущений в группе сравнения, позволил нам модифицировать способ ХЭ из мини-доступа, что в целом позволило оптимизировать хирургическую тактику. Задачей изобретения являлось повышение эффективности ХЭ из мини-доступа у пациентов различного телосложения при уменьшении травматичности, достижения косметичности рубца и сокращение времени операции. Техническим результатом является универсальность разреза для различного телосложения и расположения.

Результаты. В процессе исследования, в основной группе частота ятрогенных повреждений по отношению к группе сравнения уменьшилось на 12,1% (14,4% до 2,3%), послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством - на 5,7% (с 6,3% до 0,6%) и раневые (гнойно-септические) – на 3,65% (с 4,0 до 0,35%), что также позволило увеличить долю больных с отсутствием послеоперационных осложнений - с 89,7% до 99,0%, снизить частоту летальности с 1,3 до 0,2% и конверсий после ЛХЭ с 7,5 до 0,5%, а также устранить число реопераций с 2,0 до 0,1%.

Выводы. Модифицированный способ холецистэктомии из мини-доступа обладает рядом преимуществ, которые делают его более предпочтительным в некоторых клинических ситуациях. Этот метод отличается технической простотой и доступностью, что позволяет минимизировать риск осложнений. Его применение может значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность, обеспечивая при этом высокий уровень безопасности и эффективности хирургического вмешательства.

ОПРЕДЕЛИТЬ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ.

Зияев Ш.А. Эгамов С.Ш

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. К настоящему времени в хирургическом лечении ЯБ во всем мире и в частности, в Узбекистане, накоплен значительный опыт, хотя неоднократно пересматривались вопросы этиопатогенеза, диагностики, выбор того или иного способа оперативного вмешательства и хирургическая тактика. В результате, при ЯБДПК разработаны и прошли клиническую апробацию множество методик и технических приемов,

которые нету при любом другом заболевании человека.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения язвенной болезни при «трудных» дуоденальных язвах, путем определения особенностей клинического течения и функционального состояния желудка.

Материалы и методы. За период с 2001 по 2020 годы на базе кафедры хирургических болезней и урологии АндГосМИ по поводу ЯБДПК оперированы 1567 больных. При этом «трудные» дуоденальные язвы (ДЯ) диагностированы у 494 (31,5%) пациентов. Из них в плановом порядке оперированы 364(73,7%) пациентов и в экстренном - 130 (26,3%). Так как хирургическая тактика у пациентов, оперированных в плановом и экстренном порядке была различной, предметом нашего исследования явились лишь пациенты с «трудными» ДЯ, поступившие в клинику в плановом порядке. С 2001 годов при «трудных» ДЯ нами выполнялись лишь резекционные методы в различных модификациях. В этой связи, предметом настоящего исследования явились 262 пациентов с «трудными» ДЯ.

Нами, также проведено исследование и сопоставление показателей желудочного сока у 126 больных с «трудными» ДЯ и 83 больных с неосложненным течением ЯБДПК. Для клинической оценки полученных результатов его показатели исследованы у 50 здоровых лиц. У здоровых лиц БПК составила $3,9 \pm 0,8$ ммоль/час, а МПК $18,4 \pm 0,9$ ммоль/час. При этом, средние показатели БПК у пациентов группы сравнения оказались $7,9 \pm 0,7$ ммоль/час, а при «трудных» ДЯ $12,6 \pm 1,2$ ммоль/час. Итак, у пациентов исследуемой группы показатели БПК превышали аналогичные показатели у здоровых лиц в 3,2 раза, а по отношению к группе сравнения - в 1,5 раза. Немаловажную роль играет также и определение пепсина в желудочном соке. Исследованием пепсина в составе желудочного сока установлено, что БПП у здоровых лиц в среднем оказалось $47,6 \pm 3,9$ мг/%, а МПП - $94,5 \pm 10,1$ мг/%. При этом, средние показатели БПП в группе сравнения оказалась $68,7 \pm 7,2$ мг/%, а МПП - $166,3 \pm 15,3$ мг/%. В исследуемой группе показатели базальной и максимальной продукции пепсина оказались $89,9 \pm 8,4$ мг/% и $192,4 \pm 17,3$ мг/%, соответственно. В целом, наши исследования показали, что базальная и максимальная продукция пепсина у здоровых лиц, у группы сравнения и у исследуемой групп сохраняют аналогичную тенденцию. Однако, следует отметить, что эти данные (среднестатистические) не отражают истинного состояния. На их фоне встречались больные с нормо- и гипоацидностью показателей желудочного сока, требующие индивидуального подхода к выбору метода операции. Отсюда следует, что необходимо учитывать эти обстоятельства, иначе это может привести к неправильному выбору метода операции и дискредитации метода. По данным рентгенологического исследования у здоровых лиц (50) эвакуация из желудка имела порционно-ритмический характер. У подавляющекуация из желудка имела порционно-ритмический характер. У подавляющего большинства желудок имел крючкообразную форму. Овальный газовый пузырь, не утолщенные продольные складки слизистой, отчетливая, но усиленная перистальтика. При рентгенологическом исследовании пациентов группы сравнения (60 больных) по сравнению со здоровыми лицами эвакуация заканчивалась через 1 - 1,5 часа, т.е. эвакуаторная функция желудка была умеренно ускоренной. При этом, отличительными были выраженный отек слизистой и умеренная деформация слизистой луковицы ДПК. У пациентов исследуемой группы (132) моторно-эвакуаторная функция желудка зависела в основном от степени пилорoduоденального стеноза. Симптом «ниши» у подавляющего большинства больных определялся четко. Функциональные нарушения были еще более выраженными и стойкими, что было взаимосвязано с длительностью заболевания.

Результаты. Исследованиями эвакуаторной функции желудка установлено, что у пациентов группы сравнения, а тем более у пациентов исследуемой группы, отчетливо сокращается период полувыведения и %-остаточной активности принятой пищи через 1 час. При этом у здоровых лиц показатели остаточной активности принятой пищи через час (%) и период полувыведения (в мин) составили $38,6 \pm 3,8$ и $29,5 \pm 2,9$, соответственно. У пациентов группы сравнения - $35,1 \pm 1,5$ и $23,6 \pm 1,4$, соответственно и у пациентов исследуемой группы - $21,8 \pm 0,6$ и $21,3 \pm 0,5$, соответственно.

Заключение. Таким образом, показатели секреторной функции желудка имеют тенденцию к росту, с достоверными отличиями по сравнению с неосложненным течением ЯБДПК. Вместе с тем, МЭФЖ, в основном, зависела от степени ПДС. Полученные данные явились основанием к пересмотру основных принципов лечения пациентов с «трудными» ДЯ.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО НАБОРА МАССЫ ТЕЛА ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*Хайруллаев М.А., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Ожирение II–IV степени представляет собой одну из наиболее значимых медико-социальных проблем современности, характеризующуюся высокой распространённостью, инвалидизирующими осложнениями и снижением качества жизни пациентов трудоспособного возраста. Несмотря на эффективность бариатрических операций, в ряде случаев наблюдается повторный набор массы тела (ПНМТ), что снижает отдалённые результаты хирургического лечения. Выявление факторов риска ПНМТ и их учёт при выборе методики вмешательства имеет важное значение для повышения долгосрочной эффективности бариатрической хирургии.

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и факторы риска повторного набора массы тела у пациентов после различных видов бариатрических оперативных вмешательств.

Материалы и методы. Проведен ретроспективно-проспективный анализ 1457 пациентов с ожирением II–IV степени, оперированных в период 2021–2025 гг.

Все пациенты были распределены на две условные группы в зависимости от технических особенностей выполнения операции:

1. **Группа сравнения** (2021-2023 гг) – пациенты (710), у которых анастомоз формировался на переднем паuche. Эта методика использовалась ранее как стандартная, однако в последующем выявлены её недостатки.

2. **Основная группа** (2024-2025 гг) – пациенты (747), у которых формирование гастроэнтероанастомоза при одноанастомозном гастрощунтировании осуществлялось на заднем паuche. Данный технический приём, по нашим наблюдениям, ассоциировался с более низкой частотой повторного набора массы тела (ПНМТ).

Средний возраст пациентов составил $39,7 \pm 9,3$ года (98,5% – лица трудоспособного возраста). Женщины преобладали (75,0%). Наиболее часто выполнялась продольная (рукавная) гастрэктомия – 1065 (73,1%) случаев, одноанастомозное гастрощунтирование – 392 (26,9%). Из общего числа исследуемых (1457 пациентов) наиболее часто выполнялась продольная (рукавная) гастрэктомия – 1065 (73,1%) пациентов. Одноанастомозное гастрощунтирование выполнено у 392 пациентов, что составило 26,9%.

В группе сравнения формирование анастомоза преимущественно выполнялось с использованием переднего пауча, что статистически ассоциировалось с более высокой частотой повторного набора массы тела (ПНМТ). Отсутствие применения техники заднего пауча способствовало перегрузке анастомоза, что, в свою очередь, увеличивало риск развития стеноза и несостоятельности швов. Кроме того, в данной группе не осуществлялась индивидуализация длины алиментарной петли: её параметры не соотносились с исходным индексом массы тела (ИМТ), возрастом и сопутствующей патологией. Подобный унифицированный подход приводил к развитию выраженного ПНМТ у пациентов с высоким ИМТ, а также способствовал возникновению осложнений, связанных с функциональной перегрузкой желудочно-кишечного тракта.

В противоположность этому, в основной группе применялся индивидуализированный подход к выбору диаметра френча с учётом исходного ИМТ и возраста пациента. Проведённый анализ показал, что оптимизация размеров френча в соответствии с

указанными параметрами достоверно снижала риск ПНМТ и способствовала улучшению отдалённых результатов хирургического лечения.

Результаты исследования. Результаты анализа показали, что в группе сравнения при применении традиционного подхода частота повторного набора массы тела (ПНМТ) увеличивалась по мере удлинения сроков наблюдения. Так, в течение 1–2 лет ПНМТ был зафиксирован у 87 (12,3%) пациентов, через 2–3 года – у 138 (19,4%), а при сроках более 3 лет – у 167 (23,5%) больных. Установлено, что риск ПНМТ достоверно возрастал с увеличением исходного индекса массы тела (ИМТ), причём наибольшая частота отмечена у пациентов с ожирением IV степени (21,5%).

Применение стандартного большого диаметра френча способствовало развитию лёгкой и умеренной ПНМТ, а у отдельных пациентов – переходу в выраженную форму. Отсутствие индивидуализации хирургической тактики приводило к увеличению частоты специфических осложнений до 5,8%. При этом оперативные вмешательства в группе сравнения выполнялись без учёта оптимального возрастного диапазона (18–60 лет), а также сопутствующих заболеваний (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, дислипидемия, обструктивное апноэ сна), что также могло являться предрасполагающим фактором осложнений и ПНМТ.

В основной группе, напротив, проводилась индивидуализация параметров вмешательства, включая методику формирования пауча, длину алиментарной петли и подбор диаметра френча. Анализ распределения по ИМТ показал, что большинство пациентов имели ожирение III степени (57,7%). У пациентов с ожирением IV степени (19,5%) применение удлинённой алиментарной петли и адаптированного диаметра френча позволило снизить риск ПНМТ, тогда как больные со II степенью ожирения (22,8%) демонстрировали умеренный риск, что давало возможность использования более стандартных параметров операции.

Таким образом, проведённый анализ подтвердил, что исходный ИМТ и возраст являются ключевыми факторами для выбора оптимальной хирургической тактики. Для пациентов в возрасте 18–44 лет с ожирением III–IV степени целесообразно использование удлинённой алиментарной петли и соответствующего диаметра френча, что снижает риск ПНМТ. В то же время пациенты младше 18 и старше 60 лет требуют более тщательной оценки сопутствующих заболеваний и усиленного диспансерного наблюдения.

Средний срок наблюдения в основной группе составил 38 ± 11 месяцев. Частота повторных операций достигала 4,5%, в то время как в группе сравнения – 8,7%. Несмотря на отсутствие статистической обработки данного показателя, снижение числа повторных вмешательств указывает на более успешное ведение пациентов в основной группе.

Общая частота осложнений в группе сравнения составила 14,9%, что почти в два раза превышало аналогичный показатель в основной группе (6,0%). Несвоевременное выявление ПНМТ и осложнений у части пациентов группы сравнения приводило к их прогрессированию и необходимости повторных вмешательств. Эти данные убедительно свидетельствуют о преимуществах формирования заднего пауча, обеспечивающего достоверное снижение частоты ПНМТ в отдалённые сроки после бариатрических операций.

Выводы. Проведённый анализ показал, что применение традиционного подхода в бариатрической хирургии без учёта исходного ИМТ, возраста и сопутствующих заболеваний сопровождается высокой частотой повторного набора массы тела (до 23,5% через 3 года и более) и увеличением риска осложнений (14,9%).

Использование стандартного большого диаметра френча и отсутствие индивидуализации длины алиментарной петли коррелировали с повышением частоты ПНМТ и специфических осложнений (до 5,8%).

Включение индивидуализированного подхода (подбор длины алиментарной петли и диаметра френча с учётом ИМТ и возраста, а также формирование заднего пауча) обеспечивало достоверное снижение частоты ПНМТ, уменьшение числа осложнений почти в 2 раза (6,0% против 14,9%) и сокращение повторных операций (4,5% против 8,7%).

Возраст и исходный ИМТ являются ключевыми факторами для выбора оптимальной хирургической тактики. Наиболее благоприятные результаты получены у пациентов 18–44 лет с ожирением III–IV степени при применении удлинённой алиментарной петли и соответствующего диаметра френча.

АЛГОРИТМ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ПОВТОРНОГО НАБОРА МАССЫ ТЕЛА ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*Ботиров Ж.А., Хайруллаев М.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Ожирение в XXI веке приобрело характер глобальной эпидемии и является одним из ведущих факторов риска развития сахарного диабета 2 типа, артериальной гипертензии, дислипидемии, остеоартроза и других хронических заболеваний, значительно ухудшающих качество и продолжительность жизни. По данным ВОЗ, распространённость ожирения продолжает неуклонно расти, а эффективность консервативных методов лечения остаётся ограниченной, что определяет особую роль бариатрической хирургии как наиболее результативного подхода к коррекции массы тела и метаболических нарушений.

Цель исследования. сформировать и клинически обосновать алгоритм индивидуализации хирургической тактики с целью повышения эффективности бариатрических вмешательств и снижения частоты повторного набора массы тела.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективно-проспективный анализ результатов хирургического лечения 1457 пациентов с ожирением II–IV степени, оперированных в период 2021–2025 гг. Средний возраст обследованных составил $39,7 \pm 9,3$ года; при этом подавляющее большинство (98,5%) относились к лицам трудоспособного возраста. Женщины составляли 75,0% выборки. Наиболее часто выполняемым видом вмешательства являлась продольная (рукавная) гастрэктомия, которая проведена в 1065 (73,1%) случаях. Одноанастомозное гастрощунтирование было выполнено у 392 (26,9%) пациентов. Для проведения сравнительного анализа все пациенты были разделены на две группы в зависимости от технических особенностей формирования анастомоза: группа сравнения – 710 пациентов, у которых гастроэнтероанастомоз формировался на переднем паuche прооперированных в период 2021–2023 гг. Данный метод на момент начала исследования рассматривался как стандартный, однако в последующем его применение показало ряд существенных ограничений; основная группа – 747 пациентов, у которых формирование гастроэнтероанастомоза при одноанастомозном гастрощунтировании выполнялось на заднем паuche, прооперированных в период 2024–2025 гг. Применение этой техники, согласно нашим данным, ассоциировалось с более низкой частотой повторного набора массы тела (ПНМТ) в отдалённые сроки наблюдения.

Результаты исследования. В группе сравнения применялось преимущественно формирование гастроэнтероанастомоза на переднем паuche, что статистически достоверно коррелировало с более высокой частотой повторного набора массы тела (ПНМТ). Несоблюдение принципов формирования заднего пауча способствовало перегрузке анастомоза, что увеличивало риск его стеноза и несостоятельности швов. Отсутствие индивидуализации длины алиментарной петли также являлось значимым фактором. Длина петли не подбиралась с учётом исходного индекса массы тела, возраста и сопутствующей патологии, вследствие чего у пациентов с высоким ИМТ чаще наблюдалась выраженная ПНМТ и осложнения, связанные с функциональной перегрузкой желудочно-кишечного тракта. Применение стандартного большого диаметра френча ассоциировалось с повышением риска развития лёгкой и умеренной ПНМТ, а в ряде случаев — с переходом в выраженную форму. Отсутствие учёта данного параметра при планировании вмешательства способствовало увеличению частоты специфических осложнений до 5,8%. Кроме того, в

группе сравнения операции нередко выполнялись без учёта оптимального возрастного диапазона (18–60 лет), а также без адаптации хирургической тактики у пациентов с сопутствующими заболеваниями, включая сахарный диабет 2 типа, артериальную гипертензию, дислипидемию и обструктивное апноэ сна. Данные факторы могли дополнительно способствовать развитию осложнений и ПНМТ. В связи с этим в основной группе с целью индивидуализации и оптимизации хирургической тактики у пациентов с ожирением для проведения бариатрических вмешательств нами был разработан дифференцированный алгоритм. Согласно разработанному алгоритму, при поступлении больных с морбидным ожирением первоочередное внимание уделяется тщательной предоперационной оценке. Последовательно анализируется возраст, пол, исходный индекс массы тела (ИМТ) и его степень, а также наличие сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, дислипидемия, обструктивное апноэ сна и остеоартроз. Эти параметры позволяют объективно оценить исходное состояние пациента и прогнозировать риск осложнений. Диагностический этап включает лабораторно-инструментальное обследование, направленное на выявление противопоказаний и уточнение степени метаболических нарушений. Особое внимание уделяется антропометрическим данным, так как именно они определяют дальнейший выбор тактики хирургического вмешательства. На этапе медикаментозной подготовки проводится коррекция сопутствующих заболеваний, нормализация артериального давления, уровня гликемии, липидного профиля и оптимизация общего состояния пациента. Такая подготовка снижает риск интра- и послеоперационных осложнений и способствует более благоприятному течению реабилитационного периода. Выбор хирургической тактики основывается на совокупности индивидуальных характеристик. Важным компонентом алгоритма является индивидуализация длины алиментарной петли, которая варьируется в зависимости от возраста и степени ожирения: при более высоких степенях и молодом возрасте длина увеличивается, тогда как у пациентов старшего возраста она корректируется в сторону умеренного уменьшения, чтобы избежать выраженной мальабсорбции. Не менее значимым аспектом является выбор диаметра френча, определяющего объём резецируемого желудка. При высоком ИМТ и риске повторного набора массы тела используется меньший диаметр (28–32 Fr), что позволяет добиться более выраженного ограничения объёма пищи. При умеренном ожирении предпочтение отдаётся более крупному диаметру (34–36 Fr), что обеспечивает баланс между эффективностью операции и безопасностью пациента. Заключительным этапом алгоритма является постоперационное наблюдение, включающее динамический контроль массы тела, мониторинг состояния анастомозов, профилактику и своевременную коррекцию осложнений. Пациентам даются рекомендации по изменению образа жизни, диетотерапии и регулярному диспансерному контролю. Индивидуализация хирургической тактики с учетом типа пауча, длины алиментарной петли и диаметра френча позволили, снизить частоту повторного набора массы тела, минимизировать осложнения и улучшить исход операции, оптимизировать хирургическую тактику с учетом ИМТ, возраста и сопутствующих заболеваний, предоставить предсказуемые и стабильные результаты, что подтверждает эффективность предложенного подхода.

Выводы. Индивидуализация хирургической тактики при бариатрических вмешательствах на основе комплексной предоперационной оценки (возраст, ИМТ, степень ожирения, сопутствующая патология) позволяет повысить эффективность лечения и снизить риск повторного набора массы тела.

Дифференцированный подбор длины алиментарной петли и диаметра френча в зависимости от индивидуальных характеристик пациента обеспечивает баланс между эффективностью снижения массы тела и безопасностью, снижая риск мальабсорбции, стенозов и несостоятельности анастомозов.

Системный подход, включающий медикаментозную подготовку, адаптацию хирургической техники и последующее диспансерное наблюдение, является важным условием для минимизации осложнений и достижения стойкого клинического результата.

СТРУКТУРА, ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*Хакимов Д.М., Атаханов И.К., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. В последние десятилетия бариатрическая хирургия признана ВОЗ одним из эффективных методов лечения морбидного ожирения, особенно при наличии ассоциированных метаболических нарушений [WHO, 2022]. Несмотря на высокую эффективность хирургических методов лечения ожирения, в отдалённом послеоперационном периоде нередко развиваются осложнения, требующие повторных вмешательств и снижающие общий успех терапии. Одним из наиболее распространённых и клинически значимых осложнений является желчнокаменная болезнь (ЖКБ), формирующаяся на фоне резкой потери массы тела, нарушения желчеоттока и изменений липидного обмена. Частота ЖКБ после бариатрических операций варьирует от 25 до 50%, а у части пациентов заболевание манифестирует в виде острого холецистита, холедохолитиаза или панкреатита, требуя экстренной холецистэктомии или дренирования [Уу М.С., 2021]. Актуальность данной темы определяется необходимостью разработки надёжных стратегий профилактики ЖКБ у данной группы пациентов, с учётом роста количества бариатрических операций и омоложения контингента прооперированных [Mahawar K.K., 2015; Parmar C.D., 2018].

Цель исследования. Разработка и внедрение клинической модели, направленной на снижение частоты послеоперационной желчнокаменной болезни и повторных хирургических вмешательств у пациентов, перенёвших бариатрическую операцию.

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнено на базе частных клиник «Соглом Авлод» и «СЕХАТ» города Андижан в период с 2022 по 2025 годы. Всего за указанный период было выполнено 1657 бариатрических операций, включая продольную гастрэктомию (sleeve gastrectomy, SG) и одноанастомозное гастрощунтирование (one-anastomosis gastric bypass, OAGB) по поводу ожирения и ожирения в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД-2 типа). У пациентов с выявленной дооперационно симптомной или бессимптомной желчнокаменной болезнью (ЖКБ) выполнялась одновременная холецистэктомия. В остальных случаях операция ограничивалась выполнением бариатрического вмешательства. Однако в отдалённые сроки (от 6 месяцев до 3 лет) у части пациентов развилась симптомная ЖКБ, что потребовало повторной ХЭ. Из 1657 пациентов, перенесших бариатрические операции, у 53 в отдалённые сроки (от 6 месяцев до 3 лет) развилась симптомная или бессимптомная желчнокаменная болезнь (ЖКБ), потребовавшая повторного хирургического вмешательства - холецистэктомии. При этом 53 пациента были повторно прооперированы в исследуемых клиниках, остальные — по месту жительства, и в исследование не включались. Среди повторно оперированных 11 пациентов (20,8%) перенесли холецистэктомию по поводу клинически манифестной ЖКБ, проявлявшейся болевым синдромом и другими диспепсическими симптомами. Остальные 42 пациента (79,2%) оперированы в плановом порядке, при выявлении конкрементов на фоне бессимптомного течения или в целях профилактики осложнений.

Для дальнейшего анализа повторно оперированные пациенты (n=53) были разделены на две группы:

-Группа 2А: плановая холецистэктомия (n=42);

-Группа 2Б: холецистэктомия по поводу симптомной ЖКБ (n=11).

Оценивались различия между подгруппами по срокам формирования ЖКБ, наличию СД-2 типа, типу бариатрического вмешательства, темпам снижения массы тела и выраженности метаболических сдвигов. Отдельное внимание уделено приему урсодезоксихолевой кислоты в раннем послеоперационном периоде.

Результаты исследования. Большинство пациентов составили женщины -1229 (74,2%), средний возраст пациентов колебался в диапазоне 18-65 лет. При этом у женщин средний возраст был несколько ниже, составив 39,6 лет.

У 37,5% пациентов был диагностирован сахарный диабет 2 типа (далее – СД-2 типа), у 41,3% - артериальная гипертензия, у 27,7% - дислипидемия. Более чем у 2/3 пациентов (68,3%) по данным УЗИ отмечались признаки жировой болезни печени (стеатоз). У исследуемых больных наиболее часто выполнена продольная гастрэктомия (LSG) – 1134 (68,4%), преимущественно при ожирении без СД-2 типа, тогда как одноанастомозное шунтирование (OAGB) – в 523 (31,6%) случаев, преимущественно при СД-2 типа. Выбор тактики ведения желчного пузыря у пациентов с ожирением, перенёсших бариатрические операции, является предметом активных обсуждений. В исследуемой группе решение о выполнении холецистэктомии принималось на основании результатов ультразвукового исследования, наличия клинических проявлений желчнокаменной болезни, а также сопутствующего СД-2 типа и других факторов риска. В частности, решение о необходимости ХЭ принимались на основании: наличия симптомной ЖКБ, выявлении билиарного сладжа или камней при дооперационном УЗИ, выраженного СД-2 типа, анамнеза печеночных колик или стойкой диспепсии, данных лабораторных показателей (АлТ, ЩФ, билирубин). Пациенты с установленным диагнозом ЖКБ (в том числе бессимптомной, но с признаками калькулезного холецистита) направляли на симультанную ХЭ в рамках одного вмешательства с бариатрической операцией. У пациентов с не выявленным ЖКБ или с «чистым» ЖП по УЗИ ХЭ не проводилась. В течение периода наблюдения (6 месяцев - 3 года) у части пациентов, не прооперированных на ЖП, возникли клинические проявления ЖКБ, потребовавшие повторной ХЭ. Часто такие больные оперировались по месту жительства. Однако 53 пациента были прооперированы у лечащего бариатра. Симультанная ХЭ была проведена у 472 пациентов (28,5%) - преимущественно при наличии ЖКБ, утолщённой стенки ЖП, сладжа, болевого синдрома или СД2 в сочетании с другими признаками риска. Из 1657 пациентов у 53 (3,2%) или у 49,1% пациентов до бариатрической операции уже имелись признаки сладжа или билиарного застоя, т.е. симптомная ЖКБ через 6 мес – 3 года после бариатрической операции, потребовавшая повторного оперативного лечения, что могло служить основанием для проведения профилактической ХЭ. Значительное преобладание СД-2 типа (в 71,7% случаев) подтверждающее роль диабетических метаболических нарушений в патогенезе камнеобразования. У всех пациентов наблюдались существенное снижение массы тела к моменту появления симптомов ЖКБ (среднее снижение ИМТ более чем на 30 % от исходного), что подтверждает известные данные о повышенном риске камнеобразования на фоне резкого похудения. У 11 пациентов (20,8%) операция выполнялась в условиях болевого синдрома, не купируемого консервативной терапией, что может расцениваться как форма обострения, хотя ни один случай не потребовал экстренной помощи.

Выводы. Анализ полученных данных показал, что несмотря на сравнительно небольшой процент выполнения симультанных ХЭ, определенная доля пациентов впоследствии все же потребовала повторного вмешательства. В подавляющем большинстве

это были женщины трудоспособного возраста, часто с отягощенным метаболическим фоном. В клинической картине доминировали болевой синдром, диспепсия, а также эпизоды подострого холецистита. У части пациентов приступы развивались в условиях выраженного снижения массы тела и обострения фонового СД-2 типа. Это подчеркивает необходимость прогностического подхода к выбору тактики ведения ЖП в рамках бариатрической помощи.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ

*Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б.,
Касимов Н.А., Яхёев С.М., Фозилжонов О.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Повреждения груди и живота вызывают тяжелые расстройства основных жизненных функций организма непосредственно в момент травмы и в считанные минуты после нее. Наличие в торакоабдоминальной области организма человека основных жизненно важных органов, магистральных сосудов, специфика анатомического строения, близость кишечного содержимого и ферментов при повреждениях приводит к массивному внутреннему кровотечению, шоку, кардиореспираторным нарушениям и гнойно-септическим осложнениям.

Цель исследования. Изучить проблемы диагностики и лечения больных с торакоабдоминальными травмами и определить направления совершенствования хирургической тактики этой патологии.

Результаты исследования. При подозрении на торакоабдоминальных травм необходимые исследования рекомендуют осуществлять непосредственно в условиях операционной. Таким пострадавшим выполняют: рентгенографию органов грудной клетки и органов брюшной полости, торако- и лапароцентез, торако- и лапароскопию проводят по показаниям. Выделяют достоверные критерии торакоабдоминальных травм: а) Эвентрация органов брюшной полости через рану грудной стенки или пролабирование в плевральную полость; б) Гемопневмоторакс при наличии раны на брюшной стенке; в) Гемо- или пневмоперитонеум при отсутствии раны брюшной стенки. Торакоскопию рекомендуют выполнять при подозрении на продолжающееся кровотечение при стабильной гемодинамике, при неразрешенном пневмотораксе или при сохранении сброса воздуха по дренажу при активной аспирации; лапароскопию рекомендуют при подозрении на повреждение органов брюшной полости без явных признаков. При торакоабдоминальных повреждениях вполне обоснованно выделяю три типа симптомокомплексов: 1) ранения с преобладанием симптомов повреждения органов грудной полости, 2) ранения с преобладанием симптомов повреждения органов брюшной полости, 3) ранения с равномерно выраженными симптомами повреждения органов грудной и брюшной полостей. Клинический опыт показывает, что лапаротомия показана всем раненым с преобладанием симптомов повреждения живота, а также значительной части пациентов с выраженной симптоматикой ранений обеих полостей. В типичных случаях лапаротомия предполагает удаление из брюшной полости патологического экссудата, выявление источника кровотечения и перитонита, остановку внутрибрюшного кровотечения, ушивание ран полых и паренхиматозных органов, дренирование тонкой кишки (по показаниям), санацию брюшной полости и выполнение мероприятий, обеспечивающих ее продленную перфузию в послеоперационном периоде. Абсолютными показаниями к торакотомии следует считать достоверные признаки повреждения сердца и магистральных сосудов: большой и тотальный гемоторакс, гемоперикард и тампонаду сердца, гемомедиастинум с компрессией дыхательных путей и магистральных кровеносных сосудов. При достоверных клинико-

рентгенологических признаках разрыва трахеи, крупных бронхов также необходима экстренная торакотомия.

Заключение. Объем и вид оперативного вмешательства при травмах торакоабдоминальной области зависит от степени тяжести пациента, повреждений органов и кровопотери. К снижению летальности может привести сокращение времени от получения травмы до доставки в стационар, применение эффективных методов гемостаза и купирование последствий кровопотери.

ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ

*Ходжиматов Г. М., Хакимов Д. М., Хамдамов Х. Х., Карабоев Б. Б.,
Касимов Н. А., Яхёев С. М., Фозилжонов О. Ш.*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на большое число исследований, посвященных проблеме торакоабдоминальных травм, остается еще много нерешенных вопросов. Трудности своевременной диагностики данной патологии обусловлены полисимптомностью клинической картины, тяжестью состояния пострадавших, отсутствием специфических симптомов повреждения диафрагмы, наличием сочетанных повреждений органов грудной и брюшной полостей.

Цель исследования. Анализ современных методик и материалов, используемых при диагностике и хирургического лечения торакоабдоминальных травм.

Материалы и методы. Проведен анализ современной отечественной и зарубежной литературы преимущественно за последние 10 лет, посвященной эпидемиологии, диагностики и хирургического лечения торакоабдоминальных травм.

Результаты. Наиболее частой причиной торакоабдоминальной травмы являлись дорожно-транспортные происшествия, составляя от 40 до 70 % случаев. Высокая летальность (от 11 до 77,6%) в первые часы с момента травмы обусловлена как тяжестью повреждений, так нередко и ошибками в оказании помощи на догоспитальном этапе, в диагностике и хирургической тактике в условиях стационара. Причины травм являются основной причиной смерти и инвалидности у лиц моложе 35 лет. В то время как проникающие ситуации, такие как дорожно-транспортные происшествия, насилие и членовредительство, являются основными причинами травм у людей в возрасте от 25 до 35 лет, этот показатель снижается после 45 лет, и возникают тупые механизмы травм, такие как домашние аварии и падения особенно после 45 лет. Диагностика торакоабдоминальных травм и характера повреждений внутренних органов при них нередко представляет значительные трудности. Традиционно используемые средства диагностики (физикальный осмотр, лабораторная диагностика, рентгенография и ультразвуковое исследование) позволяют судить о характере торакоабдоминальных повреждений лишь косвенно. А также, таким пострадавшим выполняют: торако- и лапароцентез, торако- и лапароскопию, компьютерную томографию (КТ), МРТ, проводят по показаниям. Применение УЗИ позволяет осуществлять наблюдение за состоянием этих паренхиматозных органов в динамике и вовремя ставить показания к оперативному лечению при увеличении размеров внутриорганной гематомы с угрозой прорыва. Хирургическая тактика при торакоабдоминальных травмах, основанная на результатах многофакторной оценки тяжести и исходов травматического шока, позволяет определить пострадавших, которым показаны не только реанимационные вмешательства, но и операции корригирующего характера. Лапаротомия показана всем раненым с преобладанием симптомов повреждения живота, а также значительной части пациентов с выраженной симптоматикой ранений обеих полостей. В типичных случаях лапаротомия предполагает удаление из брюшной полости патологического экссудата, выявление источника кровотечения и перитонита, остановку внутрибрюшного кровотечения, ушивание ран полых и паренхиматозных органов,

дренирование тонкой кишки (по показаниям), санацию брюшной полости и выполнение мероприятий, обеспечивающих ее продленную перфузию в послеоперационном периоде. При торакоабдоминальных травмах лапароскопия и торакоскопия позволяют снизить частоту диагностических ошибок, выполнить вмешательство на органах обеих серозных полостей у 30,2% раненых или один из этапов у 19,3% пациентов. Оптимизированная хирургическая тактика и техника выполнения эндохирургических операций при открытой травме груди, основанная на применении торакоскопии, позволяет улучшить результаты хирургического лечения: снизить летальность на 4,7%, количество осложнений в 2,9 раза и полностью избежать неоправданных «диагностических» торакотомий.

Выводы. Сказанное свидетельствует о том, что совершенствование лечебно-диагностических подходов к пациентам с торакоабдоминальной травмой на сегодня не являются завершенными.

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ

*Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А.,
Яхёев С.М., Фозилжонов О.Ш.*

*Андижанский Государственный медицинский институт
Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской
помощи*

Актуальность исследования. Проблема кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не теряет своей актуальности. Количество пациентов с рассматриваемой патологией остаётся значительным, а своевременная и качественная диагностика – затруднительной. Именно анализ объективных и субъективных факторов, обуславливающих проблемы диагностики, был положен в основу нашего исследования.

Цель исследования: выявить особенности urgentных эндоскопических исследований у больных с кровотечениями и проанализировать факторы, влияющие на качество и своевременность установления диагноза.

Материалы и методы. Материалом исследования стали результаты urgentных фиброгастродуоденоскопий 608 пациентов Больницы города Андижанский филиал РНЦЭМП в 2017 году. Все эти пациенты были направлены в эндоскопический кабинет после осмотра хирурга приёмного покоя с предварительным диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение». Выполнялась фиброгастродуоденоскопия с помощью видеогастроскопа фирмы «Olympus». Результаты исследования. При проведении 608 исследований были получены следующие результаты. В 361 случае (59,4%) выявлены признаки состоявшегося или продолжающегося кровотечения, в 171 случае (28,1%) признаков кровотечения не было, в 76 случаях (12,5%) произвести исследование фактически не удалось. Последняя категория включала в себя 20 случаев (3,3%) отказа больного от исследования, 16 случаев (2,6%) отказа эндоскописта, 27 случаев (4,4%), когда пациент самовольно выдернул эндоскоп и 13 случаев (2,1%), когда эндоскоп не удалось ввести. В ситуации выявления признаков кровотечения имело место 17 случаев (2,8%) прекращения исследования из-за возникновения рвоты кровью, в 55 случаях (9,0%) не удалось выявить источник кровотечения из-за наличия в желудке большого количества содержимого. В 28,1% исследований признаков кровотечения выявлено не было. Данная цифра отчасти показывает пример нерационального расходования ресурса дорогостоящей аппаратуры. Возможным путём уменьшения количества подобных исследований является тщательный сбор анамнеза, использование диагностических

алгоритмов, построенных по принципу «от простого к сложному». В то же время, стремление снизить число ФГДС по поводу псевдокровотечений до нуля также было бы ошибкой, так как оно неизбежно приводит к пропуску пациентов с реально имевшим место кровотечением. 3,3% пациентов отказались от исследования, будучи доставленными в кабинет эндоскопии. В данной ситуации мы, вероятно, видим некоторую недоработку со стороны сотрудников приёмного покоя. Эту цифру вполне можно уменьшить до нуля путём тщательного объяснения характера, особенностей и необходимости предстоящей пациенту процедуры. В 2,6% случаев сам врач-эндоскопист отказался от выполнения ФГДС, собрав анамнестические данные (состояние алкогольного опьянения, пациенты, только что принимавшие пищу или воду). Взгляд на данную категорию скорее всего должен быть двойственным. С одной стороны, приёмный покой должен оценивать риски и целесообразность проведения ФГДС и самостоятельно отсеивать подобных больных. С другой стороны, врач-эндоскопист, вероятно, не должен отменять назначенные исследования, так как не он несёт всю полноту ответственности за пациента, а доктора приёмного покоя и хирургического отделения. Интересно отметить, что все случаи отказа от выполнения ФГДС приходятся на наиболее опытных и авторитетных врачей отделения, только они могут позволить себе данный алгоритм действий. В 4,4% случаев пациент самовольно выдернул эндоскоп во время исследования. Это довольно опасная ситуация чреватая травмированием больного и поломкой дорогостоящего эндоскопического оборудования. Борьба с данным явлением сложна и заключается в психологической подготовке пациента к исследованию, подробном разъяснении ему особенностей предстоящей процедуры и в отсеиве неадекватных и возбуждённых пациентов. В 2,1% случаев эндоскоп не удалось ввести. Причиной этого явления в подавляющем большинстве случаев также являются поведенческие реакции – невыполнение пациентом команд или активное сопротивление. Необходимо отметить, что корреляция между опытом эндоскописта (стажем работы) и числом подобных заключений не выявлено. Как и в предыдущей ситуации здесь важна подготовка пациента, грамотный разговор с ним. В 2,8% случаев у пациента возникла рвота кровью или желудочным содержимым во время исследования. Данная ситуация таит в себе опасность аспирации, асфиксии. Подобных исходов можно было бы избежать в случае поголовной постановки пациентам перед экстренной ФГДС желудочного зонда. В 9,0% случаев не удалось выявить источник кровотечения из-за наличия в желудке большого количества содержимого. В принципе, для ургентной эндоскопии у неподготовленного больного это можно было бы рассматривать как естественное и неизбежное явление. Однако анализ показал, что около 50% подобных заключений пришлось на одного и того же эндоскописта, а оставшиеся 50% равномерно распределяются на 6 других врачей. Вероятно, обнаружив в желудке большое количество содержимого, некоторые врачи не пытаются исследовать даже доступные для осмотра зоны. Следовательно, для снижения числа подобных заключений помимо подготовки самого больного необходима ещё и ориентация эндоскописта на активный целенаправленный поиск источника кровотечения даже в неблагоприятных условиях.

Выводы:

1. В 28,1% случаев у пациентов с направительным диагнозом «желудочнокишечное кровотечение» признаков кровотечения не обнаруживается, что свидетельствует о несовершенстве системы установления показаний к ургентной фиброгастроуденоскопии.

2. Перед urgentной фиброгастроуденоскопией пациент нуждается в подготовке в виде постановки желудочного зонда, тщательного объяснения характера, особенностей, необходимости предстоящей процедуры.

3. Врач-эндоскопист должен быть ориентирован на активный целенаправленный поиск источника кровотечения даже в неблагоприятных условиях, типичных для urgentной фиброгастроуденоскопии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Абдуллажанов Б.Р., Болтаев А.А., Юлдашев А.А., Отабоев М.Э., Собитханова С.Ф.
Андижанский государственный медицинский институт.
РНЦЭМП Наманганского филиала на базе отделения сосудистой и микрохирургии
Частные многопрофильные клиники «АНГИОМЕД»*

Актуальность. Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) является одним из наиболее распространенных сосудистых заболеваний, частота которого продолжает расти, затрагивая значительную часть населения. Современные методы лечения включают как традиционные хирургические вмешательства, так и малоинвазивные технологии, такие как эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО). Однако оптимальный выбор тактики лечения остается предметом обсуждения.

Ключевые слова: варикозная болезнь, эндовенозная лазерная облитерация, флебэктомия, венозная недостаточность, качество жизни.

Цель исследования: сравнительная оценка различных методов хирургического лечения ВБНК и их влияние на исходы пациентов, включая осложнения, реабилитацию и качество жизни в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В исследовании анализируются результаты лечения 267 пациентов с ВБНК, оперированных в частной клинике "Ангиомед" (Наманганская область) в 2020–2023 гг. традиционными методами флебэктомии и с помощью ЭВЛО. Применены клинические, инструментальные, биотехнологические и статистические методы исследования. Оценивалась распространенность заболевания, факторы риска, эффективность хирургических методик и качество жизни пациентов после лечения.

Результаты. Проведенный сравнительный анализ показал, что ЭВЛО демонстрирует значительное снижение частоты осложнений по сравнению с классической флебэктомией. Сравнительный анализ ближайших результатов оперативного лечения показал уменьшение осложнений на 8,7%, уменьшение детерминированных осложнений ЭВЛО на 5,9%. Стохастические осложнения ЭВЛО удалось уменьшить на 5,5% и малые осложнения уменьшились на 48,3%. Отмечено улучшение качества жизни у пациентов, перенесших ЭВЛО, согласно индексу CIVIQ-20 (средний балл 1,3 против 3,8 у пациентов после традиционной операции).

Выводы. Результаты исследования подтверждают эффективность малоинвазивной стратегии хирургического лечения ВБНК методом ЭВЛО, позволяющей минимизировать травматичность вмешательства, сократить риск осложнений и улучшить восстановление пациентов в послеоперационном периоде. Определены критерии отбора пациентов, для которых предпочтителен малоинвазивный метод лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГОВ КИСТИ И СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ВЛАЖНОЙ СРЕДЫ

*Авазов А.А., Шакиров Б.М., Хакимов Э.А.
Самаркандский Государственный медицинский Университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность темы: В структуре ожоговых травм особое значение уделяется ожогам кисти и стопы. Восстановительное лечение больных с ожогами кисти и стопы, представляет большие трудности, так как являются анатомически сложным и очень важным рабочим органом. В настоящее время лечение больных с термическими поражениями является одной из наиболее сложных, трудоемких и дорогостоящих технологий, требующей теоретических знаний и практических навыков по многим разделам хирургии, реаниматологии, травматологии, терапии, микробиологии, биохимии. Одним из перспективных направлений комбустиологии представляется создание искусственной жидкой среды на ожоговой поверхности.

Цель исследования: оценка эффективности местного лечения ожоговых ран кисти и стопы в условиях влажной среды, пропитанной с сульфадиазином серебра.

Материалы и методы исследования: В исследование вошли 117 больных с поверхностными ожогами кисти и стопы. В соответствии с поставленными задачами для сравнения качественных показателей лечения все обследуемые больные с поверхностными ожогами кисти и стопы были разделены на 2 группы. В соответствии с задачами исследования больные с поверхностными ожогами кисти и стопы II-IIIa ст. больные были распределены на две группы. В 1-ю группу (основную) были включены 61 больной, поступившие в первые трое суток от момента получения ожоговой травмы. Этим больным наносили крем серебросодержащие препараты (2% - аргосульфат, 1%, дермазин), после обработки ожоговых ран кисти и стопы, после чего помещали в одноразовые полиэтиленовые пакеты и фиксировали их бинтам. Во 2-ю группу, которая служила контрольной, вошли 56 больных, которым проводился традиционный метод лечения с использованием влажно-высыхающих повязок. На обожженную поверхность им накладывали различные антисептические растворы и мази (левомиколь, бетрадин и др.)

Результаты исследования: Ближайший результат показал, что в I группе отмечено ускорению процессов репаративной регенерации поверхностных дефектов кожи. Об этом свидетельствуют следующие обстоятельства: уже к 4-5 суткам местного лечения серебросодержащими кремами констатировано купирование явлений перифокального воспаления в области ран у 46 из 61 пациентов. Эпителизация участков ожога кожи II степени происходила в течение 5–9 суток. При ожогах IIIa степени окончательной эпителизации раневой поверхности колебались от 12-14 суток. Во 2-ю группу, которая служила контрольной, вошли 56 больных, поступивших в первые трое суток от момента получения травмы и получавших традиционное лечение. На обожженную поверхность им накладывали различные антисептические растворы. Отмечено эпителизация участков ожога кожи II степени происходила в течение 10–12 суток. При ожогах IIIa степени окончательной эпителизации раневой поверхности колебались от 16-18 суток.

Выводы: Предложенный способ лечения больных с поверхностными ожогами, показал, что в I группе отмечено сокращение сроков лечения по сравнению с пациентами II группы.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

*Арипова Н.У., Умаров Д.А., Пулатова М.Х.
EMU University, Республика Узбекистан, город Ташкент*

Актуальность. Вопросы хирургического лечения пациентов с тяжелыми формами неспецифического язвенного колита (НЯК) в настоящее время привлекают внимание хирургов по всему миру. Это связано не только с увеличением числа случаев заболевания, но и с отсутствием единого мнения о хирургической тактике. Быстрое прогрессирование болезни, переоценка возможностей консервативного лечения и нечеткие показания к операции часто приводят к задержкам в проведении хирургического вмешательства. В то же время, обширная резекция толстой кишки у пациентов в терминальной стадии интоксикации и метаболических нарушений сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений (50–80%) и летальностью (15,5–60%). Экономический аспект проблемы также значителен: пик заболеваемости НЯК приходится на возраст 20–40 лет, что охватывает наиболее активные и работоспособные слои общества. История хирургического лечения НЯК насчитывает более 100 лет, но разработка лечебной тактики для тяжелых форм остается актуальной задачей. Различные авторы расходятся во мнениях относительно показаний к переходу от консервативного к хирургическому лечению. Современная хирургия НЯК переходит от экстренной к срочной, когда операции планируются до развития осложнений, параллельно с признанием неэффективности консервативной терапии. Задержка перехода от консервативного к хирургическому лечению, недооценка тяжести состояния пациента и бесперспективность медикаментозной терапии ухудшают результаты лечения. Особенно это касается случаев с кишечным кровотечением, токсической дилатацией и перфорацией толстой кишки, которые значительно повышают риск летального исхода. Риск развития рака толстой кишки при НЯК в 7–8 раз выше, чем в общей популяции, и наличие малигнизации является абсолютным показанием к операции. Частота колоректального рака при длительности заболевания в 5 лет составляет 2–3%, в 10 лет — 12%, в 20 лет — 23%, а более чем в 25 лет — 42%. Все эти проблемы подчеркивают необходимость разработки четкой лечебной стратегии для тяжелых форм НЯК, которая сочетала бы своевременное применение как консервативных, так и хирургических методов, учитывая индивидуальные особенности пациента. Улучшение результатов хирургического лечения связано с своевременным определением показаний к операции, совершенствованием хирургических техник и адекватной терапией в до- и послеоперационный периоды.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с различными формами тяжести НЯК и определение факторов, влияющих на развитие послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Исследование проводилось по принципу «случай-контроль» среди пациентов с воспалительными заболеваниями толстой кишки, проходивших лечение в отделении проктологии и абдоминальной хирургии Многопрофильной клиники Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников в период с 2019 по 2024 год. В исследовании приняли участие 184 пациента, из них 104 мужчины (56,5%) и 80 женщин (43,5%). Тяжелая форма заболевания была диагностирована у 61 (33,1%) пациента, среднетяжелое течение — у 61 (32,8%), легкая форма — у 62 (34,1%). Статистическая

обработка данных выполнялась с использованием программ Statistica5.0, Microsoft Excel и StatTech v.1.2.0.

Результаты исследования. Послеоперационные осложнения чаще возникали у пациентов, которым операции были проведены по абсолютным показаниям: 37,2% случаев (9 пациентов). Преобладали гнойно-септические состояния, такие как инфицирование послеоперационных ран, абсцессы в малом тазу и послеоперационный перитонит, которые были выявлены у 6 пациентов (21,0%). Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) развивалась в 2 случаях (5,1%), одна из которых привела к смерти пациента. У пациентов, оперированных по относительным показаниям, осложнения наблюдались в 21,3% случаев (6 пациентов). В 2 случаях (7,6%) произошла несостоятельность илеоанального анастомоза, что потребовало создания временной илеостомы, которая была закрыта через два месяца. Гнойно-септические осложнения (нагноение раны, абсцессы малого таза) зафиксированы у 3 пациентов (9,1%). В этой группе не было зарегистрировано тромботических осложнений.

Выводы. Ранняя диагностика показаний к операции, рациональный выбор объема и методики оперативного вмешательства, всеобъемлющий подход к послеоперационной терапии, а также индивидуализированное использование различных методов хирургической реабилитации в настоящее время способствуют достижению благоприятных и удовлетворительных результатов лечения неспецифического язвенного колита (НЯК)

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ГНОЙНОМ АРТРИТЕ У ОБОЖЖЁННЫХ

*Карабаев Д.Ш., Шакиров Б.М.
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Самаркандский Государственный медицинский Университет

Актуальность темы. Несмотря на большое количество методов диагностики и лечения, ожоги остаются одними из самых тяжелых повреждений, требующих длительной госпитализации. Количество койко-дней в зависимости от глубины и площади ожога колеблется от 10 до 21 при поверхностных ожогах, до 90-120 - при глубоких ожогах. Поражение кожных покровов суставов всегда приводит к развитию тех или иных нарушений его функции, еще раз подтверждая положение М.М.Дитерихса о том, что понятие “сустав” объединяет и заключенные в артикулярную капсулу элементы и окружающие мягкие ткани, в том числе кожу. Омертвление покрывающей сустав кожи является пусковым механизмом сложных и разнообразных патологических процессов, которые в ряде случаев завершаются развитием гнойного артрита. Рентгенологические исследования суставов является основным методом обследования состояния суставов.

Цель исследования: позволяет определить стадию заболевания, а при динамическом контроле – эффективность проводимой терапии, прогноз, возможность применения современных методов лечения.

Материалы и методы исследования: В исследование вошли 39 больных с гнойными артритами нижних конечностей. Для рентгенографии использовали аппарат Meratel (Италия). Исследование проводили в двух проекциях и обязательно обоих суставов (для сравнительного анализа). Рентгеновская диагностика термических поражений суставов основывается главным образом на выявлении признаков некроза мягких тканей, остеопороза, ранних и поздних остеонекрозов, артритов, периоститов, фиброзной перестройки костей,

патологических переломов и вывихов, обызвествлений мягких тканей вблизи крупных суставов, а также нарушений остеогенеза. Гнойный артрит можно уверенно распознать с помощью рентгенологического исследования. Было установлено, что при разрушении сустава вследствие первичного некроза зона остеонекроза становилась определяемой только на 5-8 неделе после травмы, тогда как клинически поражение сустава было очевидным уже на 3-4 неделе. Поэтому этот симптом, говорящий о разрушении суставных хрящей, лишь в редких случаях может быть принят к рассмотрению. Что касается рентгенологически различимой деструкции эпифизов, то она выявляется слишком поздно после начала процесса и не облегчает своевременного распознавания артритов. Диагностическое значение этого вида исследования суставов сохраняется при вяло текущих, почти бессимптомных артритах. Во всех остальных случаях рентгенография помогала лишь уточнить размеры и локализацию деструктивных очагов.

Результаты исследования: При артритах нижних конечностей у обожженных разрушения костей в наших наблюдениях всегда были большими, чем можно было предположить по рентгенограмме. Поэтому при постановке диагноза гнойного артрита выявляется лишь через 2-3 недели и позже после начала воспаления сустава. С другой стороны, наличие остеонекроза на рентгенограмме является ценным и достоверным признаком гнойных артритов, другими словами, если наличие рентгенологически различимой деструкции свидетельствует о поражении сустава, то отсутствие на рентгенограмме признаков остеонекроза нельзя расценивать как факт, говорящий об интактности сустава.

Выводы: При подозрении гнойного артрита нижних конечностей при ожоговой болезни необходимо провести рентгенологическое исследование суставов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПОСОБА ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН ПРИ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Усмонов У.Д.

Военно-медицинская академия Вооружённых Сил Республики Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности нового способа первичной обработки неогнестрельных ранениях мягких тканей.

Материал и методы исследования. В рамках научно-исследовательской работы основную группу составили 164 пациента, при лечении которых применялся предложенный способ, включающий многоэтапное использование антисептического геля: на этапе догоспитальной помощи, при хирургической обработке раны и в ходе перевязок в послеоперационном периоде. Группа сравнения включала 291 пациента, получавших помощь по традиционным алгоритмам. В основной группе, включающей 164 пациента, микробиологическое исследование было проведено у 96 человек.

Результаты исследования. Применение способа первичной помощи с использованием антисептического геля обеспечило выраженное снижение микробной обсеменённости ран к этапу хирургического вмешательства, в частности при проникающих ранениях стерильные посевы во время операции наблюдались у 14 из 23 пациентов (60,9%), при непроникающих - у 55 из 73 пациентов (75,3%), в целом - у 69 из 96 (71,9%). Ко 2-3 суткам после вмешательства стерильность раны сохранялась у 18 из 23 пациентов (78,3%) с проникающими ранениями и у 66 из 73 (90,4%) с непроникающими; в целом - у 84 из 96

пациентов (87,5%). К 4-5 суткам эти показатели ещё более улучшались: отсутствие роста микрофлоры фиксировалось у 91,3% при проникающих и 95,9% при непроникающих ранениях (всего 94,8% по всей группе). Сравнительный анализ между основной группой и группой сравнения показал, что частота роста микрофлоры при хирургической обработке в основной группе была достоверно ниже: при проникающих ранениях - 39,1% против 95,2% ($\chi^2=15,38$; $p<0,001$), при непроникающих - 24,7% против 64,6% ($\chi^2=22,34$; $p<0,001$), в совокупности - 28,1% против 72,1% ($\chi^2=35,095$; $p<0,001$). На 2-3 сутки после вмешательства рост микрофлоры сохранялся у 12,5% в основной группе против 46,5% в группе сравнения ($\chi^2=25,713$; $p<0,001$). На 4-5 сутки положительные посевы определялись лишь у 5,2% пациентов основной группы и у 22,1% в группе сравнения ($\chi^2=11,297$; $p<0,001$).

Заключение. Таким образом, применение предложенного способа позволяет достоверно снизить бактериальную обсеменённость раны и в краткосрочной, и в среднесрочной перспективе после операции, что подтверждается как количественно, так и статистически.

ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖГОВЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРИПСИНОМ И МЕКСИДОЛОМ «ПРОТЕОКС-ТМ»

*Шакиров Б.М., Карабаев Д.Ш., Хакимов Э.А.
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность темы. Ожоговые травмы являются одними из самых тяжелых и сложных форм травматических повреждений, часто требующих длительной госпитализации и налагающих значительное физическое, психологическое и финансовое бремя на пациентов и их семьи. При этом наиболее частой причиной смерти пострадавших от ожогов остаются инфекция и инфекционные осложнения ожоговой болезни. Инфекция является причиной смерти 50-80% пострадавших от ожогов. Подготовка обширной грануляционной раны до выполнения свободной кожной пластики заключается в основном в применении на гранулирующую поверхность антибиотиков и растворов антисептиков. Для очищения раны от некроза использовались различные повязки, которые способствуют созданию оптимального условия для развития и роста грануляций. Пластика обычно проводилась на 4-6 недели после ожога.

Цель исследования. Ускорить очищение ран от некроза возможно путем применения протеолитических ферментов.

Материалы и методы исследования. Больные были распределены на две группы. В 1-ю группу (основную) были включены 27 пациентов в период с 2015 по 2023 годы, которым применена Салфетка «Протеокс-ТМ» трипсин и мексидол. Салфетка «Протеокс-ТМ» обладает протеолитической и антиоксидантной активностью. Подобное сочетание позволило ускорить отторжение некротических масс, стимулировать очищение ожоговых ран, быстрее подготовить раны к оперативному закрытию. В результате этого ожоговые поверхности на 16-20 день после глубокого ожога подготавливаются к завершающему этапу комплексной терапии – кожной пластике. Для повышения возможностей кожной пластики при ограниченных ресурсах кожи в области суставов были использованы так называемые неперфорированные трансплантаты а при с обширными глубокими ожогами были применены сетчатые трансплантаты, которые получились в результате нанесения специальным дерматомом насечек на взятые обычным способом кожные лоскуты, в результате

чего они принимали вид сетки. Сроки стационарного лечения составили $23,5 \pm 1,5$ койко-дней. Во 2-ю группу, которая служила контрольной, вошли 30 пациентов, которым проводился традиционный метод лечения. Им на обожженную поверхность накладывали различные антисептические растворы и мази. Из 30 больных с глубокими ожогами, изучали сроки очищения ран от омертвевших тканей. Пластика обычно проводилась на 25-28 день неперфорированным кожным трансплантатом толщиной 0,2-0,3 мм.

Результаты исследования: Сравнительный анализ ближайших результатов лечения больных показал, что в I группе отмечено сокращение сроков лечения ($23,5 \pm 1,5$ койко-дня) по сравнению с пациентами II группы ($32,5 \pm 3,4$ койко-дня).

Выводы: Предложенный способ лечения больных глубокими ожогами, основанный на дифференцированном применении комбинированных химиотерапевтических средств позволил значительно улучшить качество лечения и сократить сроки пребывания пациентов в стационаре.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ И ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*¹ К.К. Мирзаев, ² Э.С. Джумабаев, ³ Э.И. Усмонов, ⁴ Ж.К. Юсупов
АФ РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.*

Несмотря на большой опыт эффективного применения лимфотропной терапии в лечении гнойной хирургической инфекции, встречаются лишь единичные работы, посвящённые применению этого метода в профилактике и лечении раневой инфекции при огнестрельных ранениях.

Цель исследования – изучить экспериментальным путём возможность воздействия на заживление огнестрельной раны метода лимфотропной антибиотикотерапии и региональной лимфостимуляции. Экспериментальные исследования выполнены на кроликах обоего пола, весом 5-6 кг. Всем животным опытной и контрольной групп за пятнадцать минут до нанесения ранения проводили каллипсоловый наркоз, после чего их фиксировали на специальных планшетах. Стандартное огнестрельное ранение мягких тканей наносили в область средней трети правого бедра кролика. Региональная лимфатическая терапия (РЛТ) проводилась по следующей методике. Под кожу голени на границе нижней и средней трети по задней поверхности вводили раствор лидазы в количестве 16 Ед. Через 4-5 минут, не вынимая иглы, вводили антибиотик (гентамицин в дозе 1 мг/кг). В этот же участок вводили гепарин в дозе 70 Ед./кг. Лимфотропное введение антибиотиков с региональной лимфостимуляцией проводили 1 раз в сутки. Экспериментальные образцы тканей раневого канала забирали у животных под наркозом на 1,3,5,7 и 9 сутки после нанесения огнестрельного ранения. Образцы подвергнуты световой, (СМ), трансмиссионной электронной (ТЭМ) и сканирующей электронной (СЭМ) микроскопии. Полученные результаты показали, что в ранние сроки нет существенных отличий в процессе заживления ран контрольной или опытной групп. Отличия в течении заживления ран, констатируемые как при СЭМ, ТЭМ, так и при световой микроскопии, начинают проявляться уже на 3-и сутки от начала процесса. В группе ран, где применялась лимфотерапия, в зоне комации некротизированные мышцы подвергались значительной резорбции, появлялись гигантские многоядерные клетки, микрососуды как кровеносные, так и лимфатические. В зоне первичного некроза среди фибрина появляются отдельные круглоклеточные элементы и фибринобластоподобные клетки. На 5-е сутки в просвете раневого канала среди прядей фибрина появляются круглоклеточные элементы с отдельными фибробластами. При сравнении результатов в группе с РЛТ отмечается, увеличение количества кровеносных и лимфатических сосудов. Начиная с 7-х суток в группе с РЛТ по данным ТЭМ отмечается не

просто расширение лимфатических капилляров, но и видно истончение цитоплазмы эндотелиоцитов с наличием мелких везикул, указывающих на усиление транспортных процессов через стенку лимфатических капилляров, что является структурным отражением стимуляции лимфатического дренажа под влиянием лимфотерапии. На 9-е сутки появляются признаки замещения рубцовой ткани мышечной, о чём свидетельствуют участки разрастания волокнистой соединительной ткани в зоне комочки наряду с уже восстановленными волокнами.

Таким образом экспериментальные исследования показали, что лимфотерапия ускоряет процесс заживления раны, начиная с 3-х суток, способствует уменьшению отёка, резорбции некротических масс, удалению инородных частичек и микробов, рубцеванию раневого канала и полноценному восстановлению мышечных волокон в зоне комочки и в более отдалённых от раневого канала тканях.

ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.

¹Э.С. Джумабаев, ²К.К. Мирзаев, ³Э.И. Усмонов, ⁴Ж.К. Юсупов

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП)

Профилактика и лечение гнойных осложнений после огнестрельных ранений конечностей является актуальной проблемой. У раненных с нарушением целостности костей огнестрельный остеомиелит встречался 21,9 %– 60% наблюдений, свыше 22% военнослужащих с этим заболеванием были уволены из армии [1,3].

Цель исследования – провести анализ результатов лечения огнестрельных переломов костей конечностей с применением экстрамедулярного и внеочагового остеосинтеза на фоне лимфотропной антибиотикотерапии (ЛА) с региональной лимфостимуляцией (РЛС).

В комплексном лечении огнестрельных переломов у больных в основной группе мы применили первичный экстрамедулярный остеосинтез и ЛТА с РЛС.

На 3-и сутки в результате проводимого комплексного лечения в основной группе отмечали снижение количества нейтрофилов, увеличение макрофагальной реакции и появление фибробластов. Так, на 5-е сутки количество нейтрофилов составило $63,3 \pm 0,7$; макрофагов — $15,2 \pm 0,4$; фибробластов — $11,2 \pm 0,6$; тогда как в контрольной группе их количество составило $78,3 \pm 0,7$; $8,3 \pm 0,3$; $1,3 \pm 0,9$ соответственно. Предложенная методика позволила нам добиться заживления ран первичным натяжением у 93,8% больных. Длительность пребывания в стационаре составила $8,7 \pm 0,3$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $18,5 \pm 1,3$ дня ($P < 0,01$). В основной группе у 6,2% больных воспалительный процесс ограничился в пределах мягких тканей и в виде огнестрельного остеомиелита (6,2%). В контрольной группе нагноение мягких тканей отмечено у 20%, и развитие остеомиелита – у 13,3% раненных. В комплексном лечении огнестрельных переломов у больных с обширными повреждениями мягких тканей в основной группе мы применили внеочаговый остеосинтез и ЛА с РЛС. На 2—3-й сутки отмечали уменьшение перифокального отека и болевого синдрома. Отделяемое носило серозно-геморрагический характер. На 5—6 сутки, при спокойном течении раневого процесса, решали вопрос о закрытии раны. У 30,7 % больных рану удалось закрыть первично-отсроченными швами, у 30,7 % — пластикой местными тканями, и 38,6 % больных произведена аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом. Дренаж удаляли на 6—7-е сутки, в зависимости от течения послеоперационного периода. При цитологическом исследовании на 3-й сутки количество нейтрофилов увеличивалось как в основной группе, так и в контрольной. В результате проводимого комплексного лечения в основной группе отмечали снижение количества нейтрофилов, увеличение макрофагальной реакции и появление фибробластов.

Предложенная методика позволила нам 30,7% больным наложить первично-отсроченные швы на $5,1 \pm 0,3$ -и сутки. Длительность пребывания в стационаре составила $11,3 \pm 0,4$ дня. Во всех случаях рана зажила без осложнений. Амбулаторная реабилитация продолжалась $5,2 \pm 0,7$ дня. Раны в целом зажили за $16,5 \pm 0,6$ дня, тогда как в контрольной группе эти сроки составили $24,9 \pm 1,9$ дня ($p < 0,05$). В основной группе осложнения отмечены у 7,7% больных в виде воспаления мягких тканей и остеомиелита у 3,8%. В контрольной группе нагноение мягких тканей наблюдалось у 18,5% и остеомиелит у 12,5% раненых.

Таким образом использование ЛА и РЛС в комплексном лечении огнестрельных переломов конечностей позволило у раненых применить первичный экстрamedулярный остеосинтез и при обширных повреждениях мягких тканей внеочаговый остеосинтез с минимальными инфекционными осложнениями. Комплексный подход в лечении огнестрельных переломов, с учетом патогенетических особенностей этой патологии, позволил нам добиться значительного сокращения сроков пребывания в стационаре, амбулаторного лечения, реабилитации и улучшения функциональных результатов.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

*Эгамов Ю.С., Хайдаров С.А., Эгамов Б.Ю., Азизов Д.А.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Неспецифический язвенный колит вызывает выраженное ослабление защитных функций организма. Глубина иммунологических сдвигов находится в прямой зависимости от степени тяжести клинического течения язвенной болезни. Неспецифический язвенный колит с наследственным фактором сопровождается угнетением фагоцитоза, уменьшением содержания пропердина, комплемента, снижением активности и количества Т-лимфоцитов при незначительном увеличении количества В - лимфоцитов и росте количества 0 - клеток. В основу настоящей работы положены результаты клинко-иммунологического исследования 195 больных дуоденальной язвой с наследственным фактором. Большинство больных (71,2%) были в возрасте от 21 до 50 лет. Было мужчин 88 больных и женщин 107 больных. Больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (80), у которых в послеоперационном периоде региональная лимфоиммуностимуляция не проводилась и основную (115 больных), у которых проводилась региональная лимфоиммуностимуляция. Все больные перенесли различные виды гемиколэктомии. В послеоперационном периоде региональную лимфостимуляцию проводили через брыжейку тонкой кишки. Анализ иммунологических показателей до и после операции в основной группе больных неспецифическим язвенным колитом с наследственным фактором показал, что применение региональной лимфостимуляции обуславливает увеличение (при исходном понижении) абсолютного и относительного количества лимфоцитов, при этом увеличивается до нормы количество Т-лимфоцитов ($p < 0,05$), а количество В-лимфоцитов понижается до нормы ($p \leq 0,01$). Исследование содержания сывороточных иммуноглобулинов показало модулирующий эффект проведенного метода, исходно повышенный их уровень снижался, приближаясь к норме ($p < 0,01$). В контрольной группе сдвиги в показателях иммунного статуса больных язвенным колитом после операции характеризовались нарастающим иммунодефицитом. Особо отмечалось отрицательное воздействие операции на иммунологические показатели, выражающиеся еще большей степенью снижения количества Т - лимфоцитов. Таким образом, полученные данные дают основание говорить о нарушении иммунного гомеостаза у больных неспецифическим язвенным колитом с наследственным фактором, особенно у больных с осложненными формами болезни. Эти иммунологические нарушения еще больше усугубляются в послеоперационном периоде, особенно у тех больных, у которых не проводится иммунокоррекция.

Выводы: - Региональная иммуностимуляция, проводимая в послеоперационном периоде через брыжейку кишки при удалении различной части толстой кишки, более быстрое восстановление функции оперированного желудка.

- Повышение общего иммунитета и местного иммунологического статуса, в более ранней ликвидации микроциркуляторных расстройств и отека оперированного желудка и кишечника, восстановление двигательной, секреторной и гормональной деятельности желудочно-кишечного тракта.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРХПГ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Дехконов Ш.Ш.¹, Райимов Г.Н.²

¹ Ферганский филиал РНЦЭМП

² Среднеазиатский медицинский университет (САМУ)

Актуальность. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) занимает важное место в современной хирургической гастроэнтерологии, поскольку позволяет не только уточнить причину билиарной обструкции, но и устранить её малоинвазивным путём. Несмотря на то что процедура сопровождается определёнными рисками осложнений, она остаётся менее травматичной и более эффективной альтернативой открытым хирургическим вмешательствам.

Цель исследования. Оценить частоту и структуру осложнений после ЭРХПГ у пациентов с внепечёночной билиарной обструкцией, учитывая различия в их развитии в зависимости от этиологии — опухолевой или доброкачественной.

Материалы и методы. В исследование включены данные 604 пациентов с механической желтухой, госпитализированных в клинику *ENDOMED+* (г. Фергана, Ферганская область), которым было выполнено ЭРХПГ с лечебными манипуляциями. Среди них у 498 больных (82,5 %) причиной обструкции являлась доброкачественная патология, чаще всего холедохолитиаз, а у 106 (17,5 %) — опухолевые стриктуры. После канюляции большого дуоденального сосочка выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, экстракцию конкрементов (при необходимости с литотрипсией), а также устанавливали стенты или назобилиарные дренажи при опухолевых и рубцовых сужениях. С профилактической целью всем пациентам назначали ректальное введение диклофенака 100 мг, проводили инфузионную терапию и однократно вводили цефтриаксон 2 г внутривенно для предупреждения холангита. Эффективность декомпрессии оценивали по динамике билирубина и данным ультразвукового исследования.

Результаты исследования. ЭРХПГ обеспечила восстановление желчного оттока у подавляющего большинства пациентов. В группе с доброкачественной обструкцией неудача канюляции и контрастирования отмечена лишь у 4 больных (0,8 %), что в основном было связано с изменённой после операций анатомией или трудностями ориентации в зоне сосочка. В то же время у пациентов с опухолевой обструкцией вмешательство оказалось технически невыполнимым в 12 случаях (11,3 %), причиной чего служила деформация дуоденального отдела опухолью. Даже при успешном выполнении холангиографии полная ликвидация холестаза была достигнута не всегда: при доброкачественной патологии эндоскопическая декомпрессия оказалась неполной у 5 больных (1,0 %), тогда как при опухолевых стриктурах — у 15 пациентов (14,2 %). Осложнения после процедуры наблюдались у 63 пациентов (10,4 %), что соответствует данным мировой литературы (≈10–12 %). Их частота была сопоставима между группами — 10,8 % при доброкачественной и 8,5 % при опухолевой обструкции ($p=0,472$). Наиболее часто осложнения проявлялись острым панкреатитом, который развился у 37 больных (6,1 %). При этом в подгруппе с доброкачественной обструкцией его частота оказалась значительно выше (35 пациентов — 7,0 %) по сравнению с опухолевой (2 пациента — 1,9 %, $p=0,046$). Другие осложнения

встречались реже: кровотечение возникло у 17 пациентов (2,8 %), перфорация двенадцатиперстной кишки — у 2 (0,3 %), а острый холецистит — у 4 (0,7 %); различий по их частоте между группами не выявлено ($p>0,05$). Отдельного внимания заслуживает холангит, который развился у 4 пациентов (0,7 %). При этом у больных с доброкачественной обструкцией он отмечался крайне редко (1 случай — 0,2 %), тогда как при опухолевой — значительно чаще (3 случая — 2,8 %, $p=0,003$). Это связано с большей вероятностью неполной декомпрессии при опухолевых стриктурах. Летальность, напрямую связанная с осложнениями ЭРХПГ, составила всего 1 случай (0,1 %), обусловленный перфорацией двенадцатиперстной кишки.

Выводы. ЭРХПГ зарекомендовала себя как надёжный и малоинвазивный метод лечения механической желтухи, обеспечивающий успех вмешательства почти в 97 % случаев. Общая частота осложнений составила 10,4 %, а летальность — всего 0,1 %. Наиболее частым осложнением остаётся острый панкреатит (6,1 %), при этом его вероятность выше у больных с доброкачественной обструкцией. Другие осложнения, включая кровотечение, перфорацию и острый холецистит, встречаются редко и не зависят от причины блокады желчных путей. Холангит развивается у небольшой части пациентов (0,7 %), но чаще наблюдается при опухолевых стриктурах вследствие неполной эндоскопической декомпрессии. Таким образом, ЭРХПГ демонстрирует удовлетворительный профиль безопасности, а её преимущества по сравнению с открытой хирургией подтверждаются высокой эффективностью, низкой частотой осложнений и минимальной летальностью.

КОМБИНИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ РУБЦОВ В КОМБУСТИОЛОГИИ.

Садыков Р.Р.¹, Турсунова Ж.А.²

*Кафедра хирургических болезней, Ташкентский Медицинский Университет¹
Alfraganus university, Tashkent²*

Введение. Шрамы остаются одной из наиболее распространенных проблем в дерматологии и пластической хирургии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно около 100 миллионов человек получают шрамы после операций и травм [1]. Шрамовая ткань может вызывать значительный косметический дискомфорт и, в некоторых случаях, функциональные ограничения, особенно когда она локализуется в области суставов или лица.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов (38 женщин и 22 мужчины) в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст — $36,4 \pm 8,2$ года) с различными типами рубцов: гипертрофическими ($n = 35$), атрофическими ($n = 20$) и келоидными ($n = 5$). Продолжительность рубцов колебалась от 6 месяцев до 5 лет. Пациенты не имели острых воспалительных заболеваний кожи и системных противопоказаний к лазерному лечению. Пациенты прошли лечение в лазерной клинике RS в период с 2022 по 2025 год.

Результаты. В исследование было включено 60 пациентов, которые прошли комбинированное лечение рубцов с использованием фракционного CO₂-лазера и 595 нм PDL с последующим лечением мазью такролимус. Анализ клинических параметров показал статистически значимое улучшение через 6 месяцев после завершения терапии. Средняя визуальная аналоговая шкала (ВАШ) покраснения уменьшилась с $7,2 \pm 1,1$ до $1,9 \pm 0,7$ ($p < 0,001$). Высота рубцов уменьшилась с $2,1 \pm 0,4$ мм до $1,15 \pm 0,3$ мм ($p < 0,001$), а объем рубцовой ткани уменьшился на 45 % (с $1,8 \pm 0,5$ см³ до $0,99 \pm 0,4$ см³; $p < 0,001$). Значительное улучшение текстуры кожи (на $38 \pm 7\%$, $p < 0,05$) свидетельствует о качественном ремоделировании дермы под воздействием комбинированного лазерного лечения.

Заключение. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность и безопасность комбинированной терапии с использованием фракционного CO₂-лазера и 595 нм PDL при лечении рубцов. Статистический анализ демонстрирует значимую корреляцию между параметрами лазерного воздействия и клиническими улучшениями, что позволяет рекомендовать индивидуальный подбор параметров для максимального терапевтического эффекта. Высокая удовлетворенность пациентов и низкая частота побочных эффектов подчеркивают клиническую применимость данной методики.

ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

*Б.Р. Абдуллажанов, Ф.Ш. Абдурашидов, Ш.А. Таджибаев, Х.У. Саминжонов
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) остается ведущей неотложной хирургической патологией с высоким уровнем диагностических ошибок (12–31%). Ключевой проблемой является интраоперационная дифференциация его деструктивных форм, поскольку субъективная визуальная оценка хирурга напрямую влияет на выбор тактики и риск осложнений. Интеграция искусственного интеллекта (ИИ) для анализа видеоизображений в реальном времени позволяет объективизировать диагностику, стандартизировать оценку степени воспаления и минимизировать ошибки, что является крайне актуальной задачей современной ургентной хирургии.

Цель исследования. Разработать и оценить диагностическую эффективность клинично-инструментального подхода к дифференциальной диагностике морфологических форм острого аппендицита, основанного на интеграции алгоритмов искусственного интеллекта для анализа интраоперационных видеоданных и комплексных клинично-лабораторных показателей.

Материалы и методы. Проведено проспективное клиническое исследование (2021–2024 гг.) с участием 283 пациентов с острым аппендицитом и 29 пациентов контрольной группы. Всем пациентам была выполнена эндовидеолапароскопия с обязательной видеофиксацией. Для анализа клинично-лабораторных и интраоперационных видеоданных использовалась система поддержки врачебных решений на основе адаптированных языковых моделей ИИ (ChatGPT, DeepSeek). Эффективность модели (AUC-ROC=0,92) верифицировалась путем сопоставления её прогнозов с результатами патогистологического исследования, которое являлось «золотым стандартом». Статистический анализ проводился с использованием пакетов SPSS v26.0 и Python.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено преобладание катаральной формы ОА (65,4%), в то время как флегмонозная и гангренозная формы составили 25,1% и 9,5% соответственно. Разработанная ИИ-модель показала высокую прогностическую ценность: средняя точность анализа клинично-лабораторных данных составила 88,6%. Ключевым результатом стала высокая степень совпадения прогноза ИИ, основанного на анализе интраоперационных видео, с итоговым гистологическим заключением, которая достигла 90,3%. При дифференциации деструктивных форм от недеструктивных модель продемонстрировала общую точность 87,8%, чувствительность 86,7% и специфичность 88,7%. Алгоритм успешно идентифицировал визуальные паттерны, характерные для каждой стадии воспаления, что позволило объективизировать интраоперационную картину и показало высокий потенциал технологии для рутинного клинического применения.

Выводы. Интеграция алгоритмов искусственного интеллекта (ChatGPT, DeepSeek) в эндовидеохирургическую практику при остром аппендиците является эффективным инструментом, который повышает точность дифференциальной диагностики

морфологических форм заболевания, позволяет объективно стратифицировать пациентов по степени тяжести и поддерживает принятие своевременных клинических решений. Разработанная прототипная система ИИ-анализа, основанная на сопоставлении систематизированных видеоданных и морфологической верификации, продемонстрировала высокую диагностическую производительность (совпадение с гистологией – 90,3%). Данная технология способствует более точной дифференциации деструктивных форм аппендицита, повышая тем самым эффективность и безопасность хирургического лечения, и обладает высоким потенциалом для внедрения в клиническую практику, особенно в атипичных и сложных случаях.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

*Рахимов Абдурасул Шарифович, Дадабоев Омонжон Талибджанович,
Василевский Эдуард Александрович
Бухарский государственный медицинский институт
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Развитие клинической иммунологии приобрело огромное значение для понимания патогенеза заболеваний различной этиологии (1,3,5,7,9,11,22,24,26,31,33,35,37). А знание патогенеза заболевания обеспечивает его раннюю диагностику и своевременное лечение, повышает медицинскую, социальную и экономическую эффективность (2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,28,30,32,34,36,).

На сегодняшний день имеются гнойно-некротические осложнения у пациентов с синдромом диабетической пятки в разных нозологических единицах, влияние на количественные и качественные показатели клеточного иммунитета организма, степень изменений в них достаточна, изучены и определены характеристики, но уровни изменений показателей сосудистого эндотелия и концентрации цитокинов в пациенты не настроены до конца и ждут (13,15,17,19,21,23,25,27,29,38).

Материал и методы. В ходе нашего исследования мы поставили перед собой цель определить и оценить параметры сосудистых эндотелиальных показателей и статус цитокинов у пациентов с этим заболеванием, чтобы изучить важность синдрома диабетической пятки в клинической иммунологии при определении перспектив течения и окончания гнойно-некротических процессов.

Для этого пациентам, у которых был верифицирован (18-69 лет) диагноз гнойно-некротических процессов синдрома диабетической пятки, получали сыворотку крови и оценивали параметры показателей сосудистого эндотелия и статус цитокина в нем.

Для того чтобы результаты исследований было легко анализировать в сравнительном плане, были приведены общие показатели пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической пятки на начальной стадии в сравнении с контрольной группой.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты показали, что у всех обследованных пациентов было обнаружено, что концентрации показателей сосудистого эндотелия в сыворотке крови пациентов были значительно выше в группах наблюдения и по сравнению с контрольной группой, и были приведены в виде таблицы 1.

Таблица 1. Показания к определению концентрации показателей сосудистого эндотелия в сыворотке крови пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической пятки при исследовании

Концентрация показателей сосудистого эндотелия	Основная группа (n=272)	Контрольная группа (n=30)
---	-------------------------	---------------------------

ЭТ-1, пг/мл	8,22±1,04*	2,24±0,08
NO, мкмоль/л	16,32±1,12*	35,02±0,09
VEGF-A, пг/мл	1042,25±5*	225,02±0,21
TGF-β, пг/мл	192,78±2,5*	85,65±1,05

В частности, установлено, что et-1, ПГ/мл был достоверно выше в группе пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической пятки в 0,32 раза по сравнению с контрольными показателями - 2,24±0,08 ПГ/мл против 8,22±1,04 ПГ/мл (p0, 05) соответственно. Учитывая, что et-1 составляет 10% всех показателей сосудистого эндотелия, участвующих в первичном и вторичном иммунном ответе против него, его первостепенную роль в обеспечении местного иммунитета, можно обосновать, что они увеличиваются количественно. Присутствие Et-1 в больших количествах в сыворотке крови пациента гарантирует, что количество продукции на поверхности слизистой оболочки является высоким. Это приобретение et-1 является мишенью для активации показателей сосудистого эндотелия, включая местные иммунные факторы.

У пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической пятки в ходе исследования также наблюдалось повышение концентрации NO в сыворотке крови, мкмоль/л в группах наблюдения – 35,02±0,09 мкмоль/л против 16,32±1,12 мкмоль/л соответственно. Если принять во внимание, что NO, мкмоль/л является первым среди показателей защиты сосудистого эндотелия от чужеродных агентов, попавших в кровь, то эту инфекцию можно считать признаком сосудистых эндотелиальных показателей, указывающих на недавнее начало.

В ходе исследования VEGF-A, на долю которого приходится 75% показателей сосудистого эндотелия, обеспечивает в основном вторичный иммунный ответ и вырабатывается после VEGF-A, ПГ/мл, таким образом, роль этих показателей сосудистого эндотелия огромна в определении перспективы прекращения инфекционного процесса. По нашему мнению, гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической пятки VEGF-A, ПГ/мл отличаются убедительно с увеличением в 0,80 раза по сравнению с показателями контрольной группы имеющих пациентов - 225,02±0,21 ПГ/мл против 1042,25±5 ПГ/мл соответственно.

В ходе нашего исследования пациенту был продемонстрирован тот факт, что сывороточный TGF-β, ПГ/мл, встречается у человека иначе, чем другие показатели сосудистого эндотелия, обеспечивает индивидуальную иммунную реакцию организма на попавший в организм антиген (возбудитель), обладает определенной биологической активностью (аллергия), не участвует при первичных и вторичных иммунных реакциях, таких как другие показатели сосудистого эндотелия, пациент характеризуется. В большинстве случаев наличие других инфекций в организме также отрицалось на основании клинико-лабораторных анализов, принимая во внимание, что уровень TGF-β, ПГ/мл также высок.

Полученные результаты показали, что у пациентов уровень TGF-β в сыворотке крови, ПГ/мл, был в 6,94 раза выше показателей контрольной группы - 85,65±1,05 ПГ/мл против 192,78±2,5 ПГ/мл соответственно. Таким образом, пациенты с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической пятки относятся к контрольной группе по основным показателям сосудистого эндотелия в сыворотке крови, здоровые люди, не имевшие в анамнезе данной патологии, отличались убедительным повышением относительно параметров, в ходе исследования et-1 был показан при 0,32 раза, № 0,15 раза, VEGF-A в 0,80 раза (p0,01) и TGF-β в 6,94 раза (05) стали правдоподобными. Обилие Et-1, NO, VEGF-A и TGF-β было объяснено повышенной активностью общих локальных показателей сосудистого эндотелия по отношению к инфекционному агенту с усилением первичного и вторичного иммунного ответа.

Известно, что цитокины представляют собой молекулы небольшой пептидной природы, обладающие высоким информационным содержанием, переносящие информацию

между специальными и неспецифическими клетками иммунной системы, обеспечивающие первичный и вторичный иммунный ответ, а также контролирующие. Количественные изменения противовоспалительных и противовзастойных цитокинов указывают на уровень развития воспалительного процесса, приобретенную патологию в организме и патологические состояния.

Среди противовоспалительных цитокинов мы сочли необходимым идентифицировать интерлейкин-4 (IL-4), который индуцирует дифференцировку Th0-клеток (исходных Т-хелперов) в Th2-клетки, что важно для устранения этого патологического процесса, а также один из цитокинов, которые применяются воспаление, интерлейкин-8 (IL-8).

Полученные результаты показали, что уровни IL-4 и IL-8 находились в пределах общепринятой нормы или референтных показателей у людей контрольной группы (таблица 3.2), демонстрируя результат, близкий к единице в практическом плане - $4,82 \pm 0,25$ нг/мл и $4,31 \pm 0,08$ нг/мл соответственно по исследуемым параметрам.

Таблица 2. Показатели цитокинового статуса сыворотки крови пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической пятки в основной группе

Концентрация иммуноглобулина	Основная группа (n=272)	Контрольная группа (n=30)
IL-4, пг/мл	$10,41 \pm 2,52^*$	$4,52 \pm 0,25$
IL-8, пг/мл	$109,77 \pm 6,49^*$	$56,11 \pm 0,12$

В случае с пациентами в продолжении исследования у пациентов эти параметры проявлялись убедительным повышением в сыворотке крови ($p < 0,01$). Если у пациентов с IL-4 наблюдалось увеличение в 2,46 раза у здоровых людей, относящихся к контрольной группе, по сравнению с лицами, относящимися к контрольной группе (в среднем до $17,12 \pm 0,71$ нг/мл), то IL-8 был непропорциональным с многократным увеличением цитокина - до $109,77 \pm 1,59$ раза (в среднем до $100,61 \pm 6,49$ нг/мл) – ($p < 0,01$).

В случае обоих повышений цитокина примечательно, что цифры отличаются статистически значимо. Стоит отметить, что по сравнению с противовоспалительным цитокином (IL-4) концентрация цитокина (IL-8), определяющего иммунологический статус, преобладала по степени распространенности.

Во время исследования концентрация цитокинов в сыворотке крови пациента, которые вызывают воспаление и против него, изменяется в соответствии с течением воспалительного процесса в организме, когда концентрация одного из них перевешивает другие, этот результат свидетельствует о сильном течении воспалительного процесса. Тот факт, что в ходе нашего исследования цитокин IL-8, определяющий иммунологический статус, количественно превышает противовоспалительный IL-4, указывает на явное развитие этого патологического состояния. Итак, на этапе получения биологических материалов от пациентов оказалось, что воспаление сильно развито. В заключение, принимая во внимание вышеизложенное, IL-4 против тошноты и IL-8, определяющий иммунологический статус, были рекомендованы в качестве дополнительных диагностических и прогностических иммунологических критериев для цитокинов.

Выводы.

1. Концентрация цитокинов в сыворотке крови больных которые изменяется в соответствии с течением воспалительного процесса в организме, когда концентрация одного из них превышает других, этот результат свидетельствует о сильном течении воспалительного процесса.

2. По сравнению с противовоспалительным цитокином (IL-4) концентрация цитокина (IL-8) имеет определяющей иммунологический статус по чувствительности.

3. VEGF-A и TGF- β обладают повышенной активностью при выявлении эндотелиальной дисфункции сосудов.

ИНВАГИНАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ КИШЕЧНИКА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

*Таджибаев Ш.А¹, Абдуллажанов Б.Р¹, Абдурашидов Ф.Ш¹, Азимов Б. Р²,
Саминжонов Х.У¹.*

¹Андижанский государственный медицинский институт, (Ректор, д.м.н., проф. Мадазимов М.М.). ²Ташкентский университет информационных технологий имени Мухаммада ал-Хоразми, (Ректор, д.э.н., проф. Махкамов Б.Ш.). Республика Узбекистан.

Актуальность. Колоректальная хирургия продолжает развиваться, находя новые методы восстановления целостности кишечника, снижения риска осложнений и улучшения послеоперационного прогноза. Одним из перспективных направлений является применение инвагинационных анастомозов, обеспечивающих надежное соединение кишечных сегментов и способствующих уменьшению вероятности несостоятельности швов. Однако, несмотря на преимущества, инвагинационные анастомозы остаются сложной техникой, требующей высокой точности выполнения и тщательного подбора пациентов, особенно в случаях перитонита. В последние годы активно развивается применение систем искусственного интеллекта (ИИ) в хирургии, что открывает новые возможности для прогнозирования исходов операций, персонализированного подхода к выбору методов анастомозирования и минимизации послеоперационных осложнений.

Цель: изучение потенциала искусственного интеллекта в области компьютерного моделирования инвагинационных технологий анастомозирования тонко-толстокишечного сегмента при выполнении хирургических вмешательств на толстой кишке.

Материалы и методы: обследованы 84 пациента (56 мужчин, 28 женщин, 26–68 лет, средний возраст $47,2 \pm 4,8$ года). Пациенты разделены на три группы: I — илеотрансверзоанастомоз («бок в бок», 36,9%), II — инвагинационный илеотрансверзоанастомоз («конец в бок», 29,8%), III — инвагинационный илеоцекоколоанастомоз («конец в бок», 33,3%). Использованы ИИ-платформа ChatGPT, 3D Max, ресурсы Surgery3dview и Surgery Models, статистический анализ проведён в SPSS 26.0.

Результаты: илеотрансверзоанастомоз («бок в бок») чаще применялся (36,9%) благодаря простоте и надёжности. Инвагинационные анастомозы составили 63,1%, демонстрируя лучшие функциональные результаты. Компьютерное моделирование повысило точность предоперационного планирования. Применение искусственного интеллекта и 3D-моделирования в хирургии кишечных анастомозов открывает новые возможности для оптимизации хирургических методик. Компьютерное моделирование позволило детально изучить анатомические и технические аспекты формирования анастомозов, что повысило точность предоперационного планирования. Статистический анализ показал, что илеотрансверзоанастомоз («бок в бок») является наиболее распространенным (36,9%) благодаря его надежности, однако инвагинационные анастомозы (63,1%) демонстрируют лучшие функциональные результаты и меньший риск осложнений.

Выводы: Применение искусственного интеллекта и 3D-моделирования в хирургии кишечных анастомозов открывает новые возможности для оптимизации хирургических методик. Компьютерное моделирование позволило детально изучить анатомические и технические аспекты формирования анастомозов, что повысило точность предоперационного планирования. Статистический анализ показал, что илеотрансверзоанастомоз («бок в бок») является наиболее распространенным (36,9%) благодаря его надежности, однако инвагинационные анастомозы (63,1%) демонстрируют лучшие функциональные результаты и меньший риск осложнений. Интеграция ИИ и 3D-визуализации позволила снизить вероятность несостоятельности швов, улучшить

предсказуемость исходов и повысить качество хирургического лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

*Исомутдинов Аъзам Зокирович., Хамдамов Бахтиёр Зарифович,
Дадабоев Омонжон Талибджанович
Бухарский медицинский институт
Андижанский государственный медицинский институт*

Проблема грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) имеет более чем вековую историю изучения, начиная с первых морфологических и рентгенологических наблюдений в первой половине XX века. При всей глубине изучения проблемы ГПОД и значительном накопленном клиническом опыте, остается не реализованным переход от универсальной к индивидуализированной хирургической тактике (2,6). Это создает обоснованную необходимость в системном исследовании, направленном на разработку и внедрение стратифицированного подхода к хирургическому лечению различных форм ГПОД с клинико-морфологическим обоснованием выбора техники операции (1,3,4,5,7,8).

Цель исследования: разработка алгоритма для выбора тактики хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы. Анализ проведен на клинической базе Областной многопрофильной клиники г. Бухара и охватывает период 2015-2025 годов. Общая выборка составила 128 пациентов с ГПОД, которым было выполнено лапароскопическое хирургическое вмешательство. Структура исследования носила ретроспективно-проспективный характер.

Результаты и их обсуждение. Для объективного построения алгоритма выбора хирургической тактики проведен статистический анализ клинико-морфологических и функциональных параметров, позволяющий выявить признаки, ассоциированные с неудовлетворительными результатами лечения. В качестве исходной точки был использован однофакторный анализ, в котором каждый потенциальный предиктор рассматривался отдельно по отношению к совокупному неблагоприятному исходу: наличие клинически значимого рецидива, сохранение ГЭР (по данным рН-метрии и шкале GERD-HRQL), а также необходимость повторного оперативного вмешательства в течение 12 месяцев после первичной операции. В анализ включены следующие переменные: тип грыжи (по классификации Barrett / HPE), степень миграции желудка, состояние антирефлюксного клапана (по классификации Hill), наличие нарушений моторики пищевода (по данным эзофагоманометрии), выраженность патологического рефлюкса (по суточной рН-метрии) и другие диагностически значимые параметры. В каждой подгруппе определялась частота неблагоприятного исхода, рассчитывались отношения шансов (OR) и 95% доверительные интервалы. Наиболее сильную ассоциацию с неблагоприятным прогнозом продемонстрировал фактор нарушения моторики пищевода: у пациентов с дискинезией неудовлетворительный исход был зарегистрирован в 60% случаев, тогда как при нормальной моторике - лишь в 8,9% (отношение шансов, OR=9,00; 95% ДИ: 2,40-33,80; $p=0,001$), что подчеркивает ключевую роль оценки моторной функции при планировании оперативной тактики, особенно в выборе варианта фундопликации и целесообразности ее сочетания с другими этапами вмешательства. Значимым предиктором также оказалось состояние антирефлюксного клапанного механизма по классификации Hill: при III-IV степенях нарушения неудовлетворительный исход наблюдался у 48% больных, против 8,6% в группе с I-II степенями (OR=5,75; $p=0,006$). Такой признак отражает функциональную несостоятельность зоны ПЖП, требующую как минимум стабилизационных мероприятий (например, гастропексии), а в ряде случаев также усиления диафрагмального кольца.

Полученные данные позволили идентифицировать ряд параметров, обладающих высокой дискриминативной способностью и потенциальной независимой прогностической ценностью. Все признаки с достоверной ассоциацией были включены в модель многофакторного логистического анализа. Согласно полученным данным, наиболее весомым независимым прогностическим фактором оказался признак нарушения моторики пищевода, в частности, наличие дискинезии (OR=7,85; 95% CI: 2,10-29,35; p=0.002), что подчеркивает несогласованность перистальтической активности пищевода существенно снижая эффективность стандартных вмешательств и требует модификации хирургической тактики. На втором месте по силе влияния оказалась оценка клапанного механизма по Hill: при III-IV степени нарушение перехода пищевода в желудок сопровождалось почти пятикратным увеличением риска неудовлетворительного результата по сравнению с I-II степенью (OR=4,95; p=0,008). Высокая степень миграции желудка (3-4) продемонстрировала OR=3,80 (95% CI: 1,20-12,00; p=0,025), что указывает на необходимость стабилизации положения кардии с помощью фиксации или дополнительного армирования при выраженном смещении желудка в грудную полость. Наконец, тип грыжи по классификации Barrett / HPE (III-IV) сохранял независимую прогностическую значимость даже после поправки на другие переменные (OR=2,95; p=0,041), что позволяет включить морфологический тип ГПОД в шкалу риска, особенно при оценке объема грыжевого мешка и деформации ПЖП. На основании результатов многофакторного логистического анализа была разработана интегральная прогностическая шкала, предназначенная для стратификации пациентов по степени риска развития неудовлетворительного результата хирургического лечения ГПОД. В шкалу включены только те признаки, которые сохранили независимую прогностическую значимость при многофакторной регрессии: тип грыжи по Barrett / HPE, степень миграции желудка, состояние клапанного механизма по Hill, а также наличие нарушений моторики пищевода. Каждому признаку был присвоен соответствующий вес (балл), пропорциональный его влиянию на риск исхода, оцененному через отношение шансов (OR). Наиболее весомым фактором явилось нарушение моторики пищевода, которому присвоено 2 балла. Остальные признаки (тип грыжи III-IV, Hill III-IV, степень миграции желудка ≥ 3) получили по 1 баллу, что отражает их клиническую значимость, но меньшую по сравнению с дискинезией силу воздействия на прогноз. Таким образом, представленная шкала позволяет не только формализовать подход к выбору хирургической тактики, но и повысить воспроизводимость клинических решений, сводя к минимуму риск субъективной оценки при планировании вмешательства. Использование этой модели дает возможность персонализировать объем операции и избежать как недостаточной, так и избыточной хирургической агрессии. В целом, разработанная шкала стратификации риска и алгоритм выбора тактики хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы представляют собой логически формализованную систему, основанную на количественной оценке клинико-инструментальных показателей, что создает основу для их цифровой реализации в виде специализированного программного обеспечения. С учетом четкой структуры входных данных (тип грыжи, степень миграции желудка, параметры клапанного механизма, данные манометрии) и их диагностической воспроизводимости, данный алгоритм может быть интегрирован в цифровую платформу с элементами искусственного интеллекта, обеспечивающего автоматизированную интерпретацию значимых параметров и прогноз вероятности неудовлетворительного результата. Использование искусственного интеллекта позволит в режиме реального времени рекомендовать оптимальный объем оперативного вмешательства для конкретного пациента, повысить точность клинических решений, исключить вариативность человеческой интерпретации и тем самым стандартизировать персонализированный подход в хирургии ГПОД.

На основании суммарной оценки предложена следующая стратификация:

0-1 балл: пациенты с минимальными анатомо-функциональными нарушениями. Им показано выполнение модифицированной крурорафии, как правило, без дополнительных этапов.

2-3 балла: промежуточная зона риска, в которой модифицированная крурорафия может быть дополнена функциональной гастропексией для стабилизации положения кардии и профилактики осевого смещения.

≥ 4 баллов: высокая степень риска неудовлетворительного результата при применении традиционного подхода. Пациентам этой категории показано выполнение полной модифицированной методики, включающей крурорафию с подкрыловидными швами, гастропексию и установку сетчатого импланта в форме полуохватывающего «седла».

Разработанный нами алгоритм выбора тактики хирургического лечения ГПОД отражает переход от эмпирического подхода к формализованной модели, основанной на логистическом анализе объективных клинико-инструментальных данных. Разработанная шкала риска включает предикторы, доказавшие свою независимую прогностическую значимость: тип грыжи, степень миграции желудка, оценку клапанного механизма и моторику пищевода. Все эти параметры позволяют стратифицировать пациентов по уровню риска развития неудовлетворительных исходов и, соответственно, определять необходимый объем вмешательства, то есть от базовой крурорафии до полной модифицированной методики с фиксацией желудка и установкой сетки.

Использование такого алгоритма обеспечивает клиническую обоснованность, воспроизводимость и индивидуализацию хирургической тактики при ГПОД. Применение модели в реальной практике подтверждено на клинических примерах и позволяет снизить риск рецидива, функциональной неполноценности и необоснованного расширения оперативного вмешательства. Полученные данные формируют методологическую основу для дальнейшей системной оценки результатов предложенного подхода, которая будет представлена в следующих главах.

ВЫВОДЫ :

1. Разработанная модифицированная методика включает три функционально взаимосвязанных этапа в виде крурорафии с подкрыловидными швами, фиксации желудка и установки полупетлевого сетчатого импланта. Каждый вариант из перечисленных модификаций направлен на коррекцию определенного звена анатомо-функционального дисбаланса. В отличие от стандартных подходов, предложенная техника не является универсальной, а применяется дифференцированно, на основании объективных диагностических признаков.

2 Предложенный алгоритм выбора хирургической тактики позволяет минимизировать риски рецидивов и функциональной несостоятельности и повысить воспроизводимость хирургических решений.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: ЗНАЧЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ РЕЗИДУАЛЬНЫХ, ИМПЛАНТАЦИОННЫХ И РЕИНВАЗИВНЫХ ФОРМ

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Раимов С.А.

Национальный медицинский центр, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: провести клинико-эпидемиологический анализ рецидивных форм эхинококкоза печени с целью верификации патогенетических механизмов повторного поражения и обоснования их классификации для оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы: в исследование включено 273 пациента с рецидивным эхинококкозом печени, ранее оперированных по поводу первичного поражения. Проводилась стратификация в зависимости от места первичного вмешательства (район, город, область) и места повторной операции, с анализом морфометрических характеристик рецидивных кист, стадий по WHO-IWGE, сроков выявления, тактических подходов, осложнений и параметров хирургического вмешательства. Статистическая обработка

проводилась с использованием SPSS 26.0 и MedCalc, включая t-тест, χ^2 , ROC-анализ, логистическую регрессию.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $44,3 \pm 11,7$ лет, с преобладанием женщин (60,1%). Наиболее часто рецидивные кисты локализовались в правой доле печени (78,8%). Средний размер кисты составлял $8,9 \pm 2,3$ см, число кист - от 1,7 до 1,9. Активные стадии CE1-CE2 по WHO-IWGE преобладали во всех группах (56,5%-74,3%). В районных учреждениях чаще фиксировались множественные кисты и CE2-стадии, в городских и областных - более ранние или переходные формы. Резидуальные формы составили 32,2% и чаще выявлялись в той же доле печени, что и первичный очаг. Имплантационные формы составляли 41,8% и характеризовались топографической близостью к зоне первичной операции, в ряде случаев сочетались с множественными образованиями. Истинная реинвазия верифицирована в 12,1% случаев при длительном постоперационном периоде (более 5 лет) и поражении новых сегментов. В 13,9% случаев ($n=38$) форма рецидива осталась неустановленной (серая зона). Статистически достоверные различия выявлены по месту выполнения первичной операции: район - 54,6%, город - 37%, область - 8,4%. Частота использования лапароскопии при первичном вмешательстве колебалась от 3,4% (район) до 21,7% (область) ($p=0,0005$). Также различалась тактика ликвидации остаточной полости: дренирование преобладало в районных учреждениях (38,9%), тогда как в городских и областных чаще применялось ушивание или абдоминализация. У 6,6% пациентов в медицинской документации зафиксирован факт оставления кисты при первичном вмешательстве. Частота применения антипаразитарной терапии после операции варьировала от 58,4% (район) до 69,6% (область), что также влияло на риск рецидива.

Заключение. Разграничение рецидивных форм эхинококкоза печени на резидуальные, имплантационные и реинвазивные имеет ключевое значение для диагностики, тактики вмешательства и эпидемиологического анализа. Полученные данные подчёркивают роль недостаточной визуализации, технических ограничений и нарушений стандартов хирургии как ведущих причин повторного поражения. Разработка единой классификации и унифицированных клинических протоколов необходима для снижения частоты рецидивов и улучшения результатов хирургического лечения.

ИНДЕКС PREINV КАК МЕТОД ВЕРИФИКАЦИИ ПРИРОДЫ РЕЦИДИВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ: РАЗРАБОТКА, ВАЛИДАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Иброхимов С.С.

Национальный медицинский центр, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: создать математическую модель количественной оценки вероятности истинной реинвазии при рецидивном эхинококкозе печени и провести её валидацию в сравнении с существующими методами диагностики.

Материалы и методы: в основу предложенной модели положены: срок после первичной операции (T , мес), размер рецидивной кисты (R , см), степень анатомической связанности с первичным очагом (S) и коэффициент роста ($G = R / 1,5$). Формула индекса: $Preinv = T / (G \times 12) \times S$. Выделены пороговые значения: $Preinv < 2$ - резидуальные и имплантационные формы; 2-5 - «серая зона»; ≥ 5 - истинная реинвазия.

Модель протестирована на 273 пациентах, при этом истинная реинвазия верифицирована в 33 случаях, ещё 10 из «серой зоны» отнесены условно. Сравнение проведено с простой моделью $T - G \geq 0$. Диагностическая эффективность оценивалась по чувствительности, специфичности, общей точности и AUC ROC-кривой.

Результаты. Индекс $Preinv$ продемонстрировал высокую точность: чувствительность - 76,7%; специфичность - 100%; общая точность - 96,3%; AUC (ROC-анализ) - 0,92. Для сравнения, простая модель показала чувствительность 100%, но специфичность - лишь

38,3%, с гипердиагностикой в 55,7% случаев. Среди пациентов с ложноположительными результатами преобладали имплантационные формы, ошибочно расценённые как реинвазия. Pairplot-анализ подтвердил положительную корреляцию между размером кисты и сроком после операции, а также концентрацию значений индекса Preinv в пределах специфичных диагностических групп. Визуализация в формате 3D-графиков и тепловых карт показала, что реинвазивные формы локализуются в зоне сочетания длительного срока ($T > 60$ мес), небольшого размера кисты ($R < 4$ см) и отсутствия анатомической связи ($S = 0$).

Индекс Preinv позволил воспроизвести логически выверенную стратификацию: имплантационные (41,8%), резидуальные (32,2%), реинвазивные (12,1%) и серая зона (13,9%). Его использование позволяет не только уточнять природу рецидива, но и оптимизировать маршрутизацию и объём вмешательства.

Заключение. Индекс Preinv - надёжный инструмент клинической верификации формы рецидивного эхинококкоза печени, обладающий высокой специфичностью и точностью. Он преодолевает ограничения простых моделей за счёт учёта анатомической локализации и роста кисты. Индекс может быть эффективно внедрён в практику учреждений различного уровня как элемент дифференцированной тактики, особенно в эндемичных регионах, где важно быстро и объективно определять природу рецидива и предотвращать повторное инфицирование.

РЕЗЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Иброхимов С.С.

Национальный медицинский центр, Ташкент, Республика Узбекистан

В проведенном исследовании были проанализированы данные 295 пациентов с эхинококкозом печени, распределённых на три группы в зависимости от типа проведенного оперативного вмешательства. Основная группа включала 47 пациентов, которым была выполнена резекция печени или тотальная цистэктомия. Группа 1 ($n=181$) представлена пациентами, перенесшими органосохраняющие операции по поводу эхинококкоза печени в учреждениях различного уровня (от районных до республиканского центра). Группа 2 ($n=67$) аналогично включала пациентов, которым также выполнены органосохраняющие вмешательства, однако их клинико-анатомические характеристики (локализация и размеры кист, их число и стадия) могли бы позволить выполнение более радикальной хирургии, аналогичной таковой в основной группе.

Средний возраст пациентов в основной группе составил $38,7 \pm 12,6$ лет. Мужчин было 55,6%. В группе 1 средний возраст составил $37,7 \pm 13,1$ лет. Доля мужчин была 52,5%. Пациенты группы 2, несмотря на сопоставимую с основной группой морфологию поражения, также были оперированы органосохраняющим способом. Средний возраст составил $39,2 \pm 14,5$ лет, мужчин было 56,7%.

В основной группе ($n=47$) общее количество осложнений составило 13 случаев (27,7%). Наиболее часто встречались осложнения I-II степени тяжести по Clavien–Dindo - 12 случаев (25,5%), среди которых доминировали повышение температуры более 38°C , боль и локальное воспаление в области раны. Более тяжелое осложнение IIIa степени (подпеченочное скопление жидкости с дренированием) отмечено у одного пациента (2,1%). Случаев IIIb степени (требующих повторного вмешательства) в основной группе не зарегистрировано. В целом, у 72,3% пациентов основной группы течение послеоперационного периода было неосложненным.

В группе 1 ($n=181$) частота послеоперационных осложнений составила 30,9% (56 пациентов). Осложнения I-II степени отмечены в 49 случаев (27,1%), аналогичные по структуре основной группе. Осложнения III степени зафиксированы у 7 пациентов (3,9%), включая подпеченочные скопления, плеврит с чрескожным дренированием и изолированные желчные свищи.

В группе 2 (n=67) частота осложнений оказалась существенно выше - 52,2% (35 пациентов). Осложнения I-II степени наблюдались у 30 пациентов (44,8%), осложнения III степени - у 5 (7,5%), включая 1 случай кровотечения с повторным вмешательством (IIIb степень). Без осложнений протекал послеоперационный период только у 47,8% пациентов этой группы. В сравнении с основной группой различия по частоте и тяжести осложнений оказались статистически значимыми ($\chi^2=7,153$; $p=0,028$).

Длительность дренирования брюшной полости в основной группе составила в среднем $2,8 \pm 1,9$ суток. Количество койко-дней в послеоперационном периоде - $7,5 \pm 1,8$ суток. Сроки дренирования в группе 1 по первому дренажу достигали в среднем $5,5 \pm 4,1$ суток, по второму (у 83 пациентов) - $11,6 \pm 8,1$ суток. Продолжительность госпитализации в послеоперационном периоде составила $7,2 \pm 2,8$ суток. В группе 2 показатели дренирования и госпитализации были выше, чем в группе 1: $7,7 \pm 6,4$ суток по первому дренажу, $16,4 \pm 11,6$ - по второму (у 44 пациентов). Госпитализация в послеоперационный период длилась $8,9 \pm 3,8$ суток.

Таким образом, данные анализа свидетельствуют о том, что при анатомически подходящих формах эхинококкоза печени выполнение радикальных вмешательств (резекции или тотальной цистэктомии) сопровождается более благоприятным течением послеоперационного периода по сравнению с органосохраняющей тактикой.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЕМА ГРАФТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

*Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Тургунбоев Э.К., Султанов С.А., Маткаримов Ш.У.,
Иброхимов С.С., Шарифжонов С.М., Султонова Р.Д.
Национальный медицинский центр, Ташкент, Республика Узбекистан*

В исследование включено 46 пациентов, перенесших родственную трансплантацию правой доли печени. Средний возраст составил $41,2 \pm 9,2$ лет. Среди них было 25 мужчин и 21 женщина. Для оценки динамики объема трансплантата использовались данные мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), выполненной у донора до операции, а также у реципиента на 5-6 сутки после пересадки. Дополнительно учитывался фактический интраоперационный вес графта после забора. Масса тела реципиентов была использована для расчета индекса GV/BW (г/кг) и GRWR (%), отражающих соотношение объема трансплантата к массе тела пациента.

Средний показатель GV/BW составил $10,66 \pm 2,52$ г/кг, что превышает минимально допустимый порог в 7 г/кг, рекомендованный для предотвращения синдрома малого трансплантата. Эти данные свидетельствуют о том, что у большинства пациентов объем пересаженной правой доли печени был достаточным или даже избыточным по отношению к массе тела реципиента, что снижает риск недостаточной функциональной массы, но может способствовать развитию гиперперфузии, особенно при наличии дополнительных анатомических или технических факторов, ограничивающих отток.

Согласно данным МСКТ, средний объем правой доли печени у доноров составил 805 ± 159 мл. Интраоперационно измеренная масса графта после забора в среднем составила 667 ± 128 г, что ожидаемо оказалось ниже объема, рассчитанного по МСКТ, ввиду удаления крови из сосудов, удаления жировой и соединительной ткани и физиологической разницы в плотности тканей. Установлено, что на 5-6 сутки после трансплантации средний объем правой доли печени у реципиентов достиг 1180 ± 226 мл, что превысило как расчетный предоперационный объем, так и массу графта.

Распределение прироста объема трансплантата у реципиентов показало следующий характер. У 9 пациентов (19,6%) увеличение объема печени составило не более 20%, что может отражать минимальную регидратацию или умеренные реперфузионные изменения. У 14 пациентов (30,4%) прирост находился в пределах 21-40%, что соответствует

физиологическому диапазону адаптационного увеличения трансплантата. У 10 реципиентов (21,7%) наблюдалось более выраженное увеличение - от 41 до 60%. В 7 случаях (15,2%) прирост составил 61-80%, и у 6 пациентов (13,0%) - превысил 80%, что потенциально может быть связано с гиперперфузией или выраженным отеком.

В относительном выражении прирост объема трансплантата по сравнению с массой графта составил в среднем $78,3 \pm 29,5\%$. Такой прирост отражает как процессы реперфузии, сопровождающиеся отеком ткани печени, так и возможную гиперперфузию, особенно у пациентов с неблагоприятным соотношением массы графта к весу тела. У части пациентов отмечено превышение объема трансплантата более чем на 100% по сравнению с изначальной массой графта, что может расцениваться как значимый признак отека.

Полученные данные свидетельствуют о том, что расхождение между массой графта и объемом трансплантата после операции - закономерное явление, обусловленное физиологическими, гемодинамическими и техническими факторами. Выявленное увеличение объема трансплантата в ранние сроки после пересадки должно рассматриваться как потенциальный маркер гиперперфузии или венозного застоя, особенно при наличии малых трансплантатов ($GV/BW < 8$ г/кг или $GRWR < 0,8\%$).

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЗЕКЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

*Бабаджанов Азам Хасанович, Султанов Сардор Азадович
Национальный медицинский центр, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Стремительное развитие трансплантологии и постоянно возрастающий спрос на ОТП привели к возникновению серьёзной медико-социальной проблемы — острому дефициту донорских органов посмертного происхождения. В результате нехватки доноров сроки ожидания операции значительно увеличиваются — зачастую до многих месяцев, что сопровождается ростом смертности среди пациентов, включённых в лист ожидания. В качестве одного из альтернативных решений стала применяться трансплантация фрагментов печени, полученных от живых доноров, преимущественно родственников реципиентов.

Материал и методы. Основой для исследования стал анализ результатов донорской резекции правой доли печени у 94 родственных доноров (РД), выполненных в отделении гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени №2 ГУ «Республиканский специализированный центр хирургии имени Академика В.Вахидова» за период с апреля 2022 года по январь 2025 года (78 РД) и в отделении эндовизуальной хирургии Национального медицинского центра за период с февраля по июнь 2025 года (16 РД). На этапе предоперационной подготовки были проведены ряд диагностических тестов, которые включали клинично-лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) ангиография брюшной полости. Количество мужчин было 52 (55,3%), а женщин 42 (44,7%). Возраст доноров составил от 18 до 51 год, в среднем $32,9 \pm 0,9$ года, 87 (92,6%) были в возрасте от 20 до 49 лет. Обследование включало сбор анамнестических данных, первичного осмотра и физикальных методов исследования. При выявлении врожденных аномалий, острых и хронических заболеваний, которые вызывают нарушения функции органов и систем, потенциальные доноры являлись негодными к донорству.

На этапе клинично-лабораторных обследований проведены определение идентичности или совместимости группы крови по системе АВ0, резус-фактора и вирусного гепатита. При соответствии по группе крови (табл. 2) и отсутствии вирусного гепатита проводили последующие обследования, которые включали общий анализ крови и мочи с микроскопией осадка, биохимический анализ крови, гемостазиограмму, тесты на ВИЧ, ТОРЧ-инфекции и др.

Результаты и обсуждение. Безопасность донора является наиболее значимым фактором при родственной трансплантации фрагментов печени. В связи с этим реализация подобных программ возможна только в специализированных хирургических центрах, обладающих значительным опытом в проведении резекций печени, а также развитой лабораторно-диагностической и инструментальной базой. Результативность отбора родственных доноров в значительной степени зависят от квалификации специалистов в области лучевой диагностики, функциональных и лабораторных исследований. Для обеспечения максимальной безопасности доноров при их обследовании необходимо учитывать инвазивность манипуляций и возможные риски осложнений. Кроме того, требуется постоянное совершенствование диагностических протоколов, с целью минимизации использования инвазивных методов.

Выводы. Тщательное изучение вариантной анатомии структур, входящих в состав печёчно-двенадцатиперстной связки, является ключевым условием обеспечения безопасности родственного донора и жизнеспособности трансплантируемого фрагмента печени. Критически важным этапом оперативного вмешательства выступает точная идентификация и аккуратное выделение печёчных артерий, ветвей воротной вены и долевых желчных протоков. От уровня анатомической точности и правильно выполненной техники на этом этапе напрямую зависят сохранность остаточной части печени у донора и, соответственно, его безопасность, а также функциональная автономность и жизнеспособность трансплантата.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

*Бабаджанов А.Х., Ефимочкин Г.А., Махмудов У.М., Шарифжонов С.М., Тургунбоев Э.К., Султанов С.А., Маткаримов Ш.У., Иброхимов С.С., Султонова Р.Д.
Национальный медицинский центр, Ташкент, Республика Узбекистан*

Формирование артериального анастомоза при ортотопической трансплантации печени (ОТП) представляет собой один из ключевых этапов операции, определяющий перфузионную состоятельность трансплантата и уровень ранних сосудистых осложнений. Несмотря на наличие стандартных подходов, частота тромбозов и рестенозов печёчной артерии остаётся значимой клинической проблемой, особенно в случаях анатомических вариаций у донора и реципиента. Целью настоящей работы стало описание адаптированной хирургической методики артериального анастомоза, направленной на снижение риска сосудистых осложнений в условиях родственной трансплантации печени.

Предложенный метод основан на выполнении анастомоза между правой печёчной артерией донора и печёчной артерией реципиента в модифицированной манере «конец в конец» с обязательным использованием операционного микроскопа (увеличение 6–10×), что обеспечивает прецизионную адаптацию сосудистых стенок при их диаметре менее 3 мм. Важным элементом является предварительное выведение просвета артерии на микротрубке и обязательное сопоставление интимы без натяжения. Операции выполнялись в условиях стабильной системной перфузии и поддержания МАП (среднего артериального давления) не ниже 75 мм.рт.ст. В общей сложности методика была применена у 46 пациентов, перенёсших родственную трансплантацию правой доли печени.

Результаты наблюдения показали, что среднее время артериального анастомоза составило $18,3 \pm 4,1$ минут. У 44 из 46 пациентов (95,6%) кровотоки по печёчной артерии были восстановлены с первой попытки и подтверждены интраоперационно по данным доплерографии. В послеоперационном периоде у 2 (4,3%) пациентов развились гемодинамически незначимые стенозы, не потребовавшие ревизии. Угрозы тромбоза или фатальных сосудистых осложнений зафиксированы не были. Среднее значение PSV

(пиковой систолической скорости) по данным доплерографии на 1-е сутки составляло $45,6 \pm 10,2$ см/с, RI - $0,67 \pm 0,09$.

Таким образом, предложенная микрохирургическая техника артериального анастомоза с использованием увеличения и точной кооптации интимы обеспечивает надёжную васкуляризацию трансплантата при родственной ОТП. Техническая стандартизация и микрососудистая адаптация метода позволяют минимизировать риск тромбозов, снизить длительность операции и улучшить функциональные результаты. Полученные данные подтверждают эффективность и воспроизводимость данного подхода в клинической практике.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ L-АРГИНИНА В КОРРЕКЦИИ ИШЕМИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Рахимов Абдурасул Шарифович, Хамдамов Бахтиёр Зарифович,
Хамдамов Илхомжон Бахтиёрович, Дадабоев Омонжон Талибджанович
Бухарский государственный медицинский институт
Андижанский государственный медицинский институт*

Цель исследования: Разработка оптимального способа применения L-аргинина при лечении гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы с эндотелиальной дисфункцией сосудов сопровождающийся ишемией нижних конечностей.

Материал и методы: В основу работы положены данные, основанные на изучении результатов хирургического лечения 272 больных гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета с выраженными признаками эндотелиальной дисфункции сосудов которая сопровождалось ишемией конечностей. Первую контрольную группу составили 91 (33,4%) больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей, которым проводился комплекс лечебных мероприятий, включающее оперативное вмешательство, антибактериальную терапию, инфузионную, дезинтоксикационную терапию, препараты улучшающие микроциркуляцию - ангиопротекторы, коррекцию уровня гликемии а также проводились симптоматическое лечение сопутствующих заболеваний. Местное лечение проводилось традиционным способом (мази на водорастворимой полиэтиленгликолевой (ПЭГ) основе - офломелид). Во II а группу вошли 93 (34,2%) больных которым помимо традиционных мероприятий проводилась внутривенные инфузии L-аргинина один раз в сутки с целью улучшения микроциркуляции, уменьшения эндотелиальной дисфункции сосудов нижних конечностей учитывая то что это препарат обладает антигипоксическим и антиоксидантным свойствами. Во II б группу вошли 88 (32,4%) больных которым помимо традиционных мероприятий, проводилась катетеризация бедренной артерии для длительных внутриаартериальных вливаний L-аргинина в течении 24-48 часов с помощью дозатора "aitecs® 2016".

Результаты и их обсуждение: Применении в комплексном лечении длительных внутриаартериальных перфузий L-аргинина у больных гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы с ишемией нижних конечностей привело к резкому уменьшению количества случаев прогрессирования патологического процесса и ишемии на стопе, что наблюдалось лишь у 10,2% пациентов в то время когда они были на порядок выше и составляли 30,7% у больных без применения данного метода комплексного лечения. Летальность у пролеченных пациентов при этом составила 4,54% и 13,18% соответственно.

Выводы.

1. Применение длительной внутриаартериальной терапии с перфузией L-аргинина в течении 24-48 часов в комплексном лечении синдрома диабетической стопы с ишемией конечности

способствует разрешению эндотелиальной дисфункции сосудов с улучшением репаративных процессов в тканях поражённых нижних конечностей

2. Показаниями к применению L-аргинина служат наличие выраженных признаков ишемии нижних конечностей, при этом достоверными критериями оценки выраженности эндотелиальной дисфункции сосудов являются ЭТ-1, NO (оксид азота), VEGF-A и TGF- β .

3. Предложенный способ применения L-аргинина в лечении синдрома диабетической стопы имеет высокую социальную значимость, заключающаяся в улучшении результатов лечения, повышении качества жизни и раннему восстановлению трудоспособности данной категории больных.

СЛУЖБА КОМБУСТИОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Ахмедов А.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Пострадавшие с ожоговым травматизмом составляют особую группу больных с высокой летальностью и инвалидизацией, что требует проведение квалифицированных и специализированных методов лечебно-диагностических мероприятий. При разработке Государственной программы реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, одним из основных принципов была определена максимальная защита социально уязвимых слоев населения, были четко разделены те направления медицины, которые бесплатно и гарантированно обеспечиваются государством. В структуру этих направлений в первую очередь было включено оказание экстренной медицинской помощи, в том числе пострадавшие с ожоговой травмой.

Специализированная экстренная медицинская помощь обожженным обеспечивается подразделениями службы экстренной медицины, возглавляемая Республиканским научным центром экстренной медицинской помощи. В организованных 12 региональных филиалах областных центров Республики развернуты отделения комбустиологии. Догоспитальный этап помощи обожженным, основной задачей которой является предупреждение развития ожогового шока при обширных ожогах, инфицирование ожоговой раны, оказывается службой «103» и первичного звена здравоохранения.

Разработанные лечебно-диагностические стандарты ориентированы на обязательную эвакуацию тяжело обожженных в специализированные отделения РНЦЭМП и его филиалов, где имеются все ресурсные и кадровые возможности для оказания высококвалифицированной специализированной помощи. Общая коечная мощность комбустиологической помощи системы экстренной медицинской помощи составляет 202 койки. Ежегодно получают лечение более 7000 обожженных.

В соответствии с требованиями современности для оказания экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях с массовыми поражениями людей в РНЦЭМП созданы специализированные медицинские бригады постоянной готовности, в состав которой включены и комбустиологи. Имея в своем составе специалистов различного профиля, при необходимости эти бригады могут быть преобразованы из имеющегося кадрового состава в бригады различного профиля, с возможностью применения в комплексном лечении пострадавших все современные методы. Выездные бригады организуют работу и участвуют в оказании специализированной экстренной медицинской помощи.

Таким образом существующая система экстренной медицинской помощи с комбустиологической службой в своем составе, адресная поддержка государства позволяет достичь улучшения качества специализированной помощи обожженным, обеспечивает материально-техническую базу для быстрого реагирования при чрезвычайных ситуациях.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЛОКАДЫ ПЕРИКАПСУЛЯРНЫХ ГРУПП НЕРВОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шарипова В.Х.,¹ Абдулхамидов А.А.,² Махмудов Х.А.,² Мирахмедов М.Х.²

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. Обезболивание проксимальной части бедренной кости осуществляется различными регионарными методами, например, блокада бедренного нерва (FNB - femoral nerve block), блокада 3 в 1, блокада подвздошной фасции, блокада поясничного сплетения и блокада перикапсулярных групп нервов (PENG – pericapsular nerve group block). Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки.

Цель. Сравнительная оценка длительности обезболивания блокады перикапсулярных групп нервов и блокады бедренного нерва при переломах проксимального отдела бедренной кости.

Материалы и методы. За период с 2022 г по 2025 г. на базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и его Ферганском филиале было проведено исследование, в которые были включены 60 пациентов с переломами проксимальной части бедренной кости. Пациенты были разделены на две группы по 30 пациентов в каждой. Первая группа PENG до операции выполняли PENG блок раствором бупивакаина 0,5% 20 мл в сочетании дексаметазона 4 мг, под контролем ультразвука. Вторая группа FNB аналогичным образом и в тех же дозировках выполняли блокаду бедренного нерва. Пациентам проведена тотальная эндопротезирование тазобедренного сустава под спинальной анестезией. В послеоперационном периоде пациенты получали стандартную схему мультимодального обезболивания: парацетамол по 500мг per os каждые 8 часов, метамизол натрия по 1000мг в/в каждые 12 часов, кеторолак 30мг в/м каждые 12 часов, при сильных болях в качестве “спасающей аналгезии” промедол 20 мг в/м. Оценивали продолжительность обезболивания блокады в минутах и потребность в опиатах в первые 24 часа послеоперационного периода, путем обучения пациента и длительности сенсорного и моторного блока.

Результаты. Длительность обезболивающего действия блокады в минутах в первой группе PENG составил в среднем $2104,0 \pm 133,0$ мин, во второй группе FNB $841,0 \pm 121,0$ мин, что короче на 60% по сравнению с первой группой ($p < 0,05$). Потребления наркотических анальгетиков в первые сутки в морфиновом эквиваленте в послеоперационном периоде в первой группе PENG блокады был статистически значимо меньше на 44%, чем во второй группе FNB и составил $4,77 \pm 1,07$ мг против $8,37 \pm 2,37$ мг соответственно ($p < 0,05$). Предположительно более низкое потребление в опиатах, связано с лучшим контролем болевого синдрома после PENG блокады.

Выводы. По результатам нашего исследования обезболивающее действие PENG блока длительнее на 60% и потребность в наркотических анальгетиках на 44% меньше по

сравнению с блокадой бедренного нерва, что позволяет лучше контролировать болевой синдром.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ КРОНА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

*Саттаров Жаъсур Элмуродович, Дадабоев Омонжон Талибджанович,
Василевский Эдуард Александрович*

*Бухарский Государственный медицинский институт
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лечение Болезни Крона (БК) является междисциплинарным (1,3,5,7,9,10). При этом если медикаментозное лечение болезни Крона направлено на заживление слизистой оболочки и уменьшение симптомов заболевания, то хирургическое вмешательство играет ключевую роль в лечении таких осложнений заболевания, как стеноз, перфорация, свищи кишечника и абсцессы брюшной полости и клетчатых пространств (2,4,6,8,3,11).

Рецидив БК в послеоперационном периоде развивается более чем у 80% оперированных больных (12,13).

Многочисленные исследования в данном направлении позволили разработать различные варианты хирургической стратегии, направленные на улучшения результатов лечения и снижение частоты рецидива БК в послеоперационном периоде (6).

Некоторое улучшение результатов хирургических операций при БК было достигнуто после внедрения лапароскопической технологии. Однако и они не смогли повлиять на регресс частоты рецидива БК в послеоперационном периоде (8,10). Все это повлияло на формирование определенной концепции о цели выполнения хирургических операций при БК как создание условий для замедления наступления рецидива, который считается неизбежным в перспективе.

Цель исследования. улучшение результаты лечения больных с БК путем разработки патогенетически обоснованных клинико-иммунологических критериев прогнозирования и профилактики рецидива данного заболевания.

Материал и методы. Анализу подвергаются результаты комплексного обследования и лечения 82 больных с болезнью Крона (БК). Больные были разделены на 2 группы исследования: контрольная (42 больных) и основная (40 больных). Отличительной особенностью групп больных было применение разных подходов в прогнозировании и профилактики рецидива БК.

Дизайн исследования был основан на открытом, перекрестном ретроспективном и проспективном когортном исследовании.

Все больные, включенные в исследование, были оперированы нами по поводу осложнений БК. В связи с этим комплекс обследования больных был не только подготовительным, но и динамическим, направленным на оценку общего состояния больного, течения послеоперационного периода и особенностей изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета при БК.

Для проведения иммунологических исследований забор крови осуществляли из локтевой вены в центрифужную пробирку, обработанную гепарином в количестве 5,0 мл. Забор крови для иммунологических исследований проводили в дооперационном периоде и на 7, 14, 30, 90, а также 180 сутки послеоперационного периода. При этом результаты, полученные на 7-14-сутки интерпретировались нами как результаты раннего послеоперационного периода, а на 30-180-сутки – отдаленного послеоперационного периода. Инструментальные методы диагностики выполнялись в обязательном порядке. Весь комплекс инструментальных методов исследования включал в себя следующие методы: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и промежности; мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием и энтерографией; магнитно-

резонансная томография органов брюшной полости по индивидуальным показаниям при сомнительных данных МСКТ; видеоколоноскопия с обязательным осмотром Баугиновой заслонки и терминального отдела подвздошной кишки. Это позволяло провести оценку степени развития БК по простой эндоскопической шкале (SES-CD).

При оценке непосредственных результатов лечения мы использовали шкалу, разработанную А.О. Охуновым и А.Д. Сапаевым (2018). Согласно данному способу, различали хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные непосредственные результаты лечения.

Рецидив БК определяли по появлению типичных симптомов заболевания в стадии клинической ремиссии - спонтанной или медикаментозно поддерживаемой.

Тяжесть рецидива БК определяли по критериям общества по изучению воспалительных заболеваний кишечника при Ассоциации колопроктологов России (2009).

Результаты и их обсуждение. Выявление причин развития рецидива болезни Крона и критериев (маркеров) их прогнозирования проводили путем прямого и перекрестного корреляционного анализа полученных данных, разделив их на ранний и поздний послеоперационные периоды. Характер корреляционной связи динамики изменения CD3+ и CD4+-клеток в крови при болезни Крона в послеоперационном периоде как в фазе ремиссии, так и в фазе рецидива заболевания не имели особых отличий кроме снижения или увеличения соотносительности. Подобный характер изменений, по-видимому, был связан с ранней реакцией иммунной системы организма в дифференцировании наивных Т-лимфоцитов и Т-хелперов при представлении макрофагами первичных антигенов. Участие Т-супрессоров в развитии рецидива болезни Крона была минимальной, а ее участие в иммунной реакции характеризовалось общим течением послеоперационного периода. В то же время активность естественных клеток-киллеров имела большее значение уже в позднем послеоперационном периоде, при котором нами отмечен высокий удельный вес развития рецидива болезни Крона. Эти изменения, по-видимому, были связаны уже с активным влечением CD16+-клеток в иммунную реакцию именно у больных с рецидивом болезни Крона в отдаленный период после операции. Корреляционный характер изменения Т-регулирующих лимфоцитов и дендритных клеток был разнонаправленным и определялся сроками послеоперационного периода при болезни Крона. Анализ динамики изменения цитокинов крови в разрезе корреляционного коэффициента из 15 показателей было выявлено наличие высокой прямой связи в общей динамике послеоперационного периода в 10 (66,7%) случаях. В остальных 5 случаях корреляционная связь носила обратный характер и была связана с динамикой трансформирующего фактора роста. При этом максимальная разница была отмечена нами динамикой TGF- β к IL-4 ($R=-0,562$) и далее в порядке убывания к TNF- α ($R=-0,415$), к IL-21 ($R=-0,402$), к INF- γ ($R=-0,396$) и к IL-17 ($R=-0,304$). Интересным остается факт идентичности динамики изменения TGF- β и IL-17 между больными с различными фазами течения болезни Крона в позднем послеоперационном периоде ($R=-0,932$ и $R=-0,980$ соответственно), что свидетельствует о едином механизме их преобразования в патогенезе данного заболевания. При болезни Крона происходит дисбаланс между Th1/ Th2-клетками и Th17/T-регулирующими клетками интенсивность которого определяет исход болезни в виде ремиссии или рецидива. В основе иммунологических нарушений при рецидиве болезни Крона лежат механизмы формирования аутоиммунной реакции вследствие усиленного апоптоза клеток на фоне экспрессии провоспалительных цитокинов TNF- α , IL-17 и IL-21 посредством индукции естественных клеток киллеров на фоне низкой концентрации TGF- β . Относительно высокая стимуляция выработки TGF- β наивными Т-хелперами стимулирует Т-регулирующие лимфоциты повышая их роль в развитии регенерации тканей, и соответственно, создание благоприятных условий для наступления фазы ремиссии болезни Крона. При разработке лечебно-диагностического алгоритма профилактики рецидива болезни Крона наравне с полученными результатами иммунологических исследований следует учитывать и клинические проявления заболевания, которые исходя из непосредственных результатов лечения могут определять и вероятность развития

неудовлетворительных результатов. Такое заключение было сформировано нами исходя из цели проведенных хирургических методов лечения при болезни Крона, которые в первую очередь направлены на удаление (резекция) участков кишечника, подвергнутых морфоструктурным изменениям и не позволяющих обеспечить нормального функционирования как пассажа пищи, так и процесса пищеварения в целом. При этом, в целом, возможность рецидива заболевания, остается весьма высокой начиная уже с 14 суток послеоперационного периода, приобретая нарастающий характер в динамике послеоперационного периода. Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм позволяет не только провести прогнозирование и профилактику рецидива болезни Крона, но и определить сроки проведения восстановительных операций, которые получили больше возможности для достижения эффективной результативности. Основу лечебно-диагностического алгоритма профилактики рецидива болезни Крона составляет динамический контроль уровня цитокинов (TNF- α , IL-17, IL-21 и TGF- β) в крови, а также клинических признаков послеоперационного течения (частота стула в сутки, температура тела, частота сердечных сокращений, наличие послеоперационных осложнений и их степень по классификации Clavien-Dindo), которые позволяют определить уровень (низкая или высокая) вероятности возникновения атаки, с одной стороны, и применять дифференцированные подходы схемы антицитокиновой (Инфликсимаб и Ведолизумаб), гормональной (Преднизолон) и иммуносупрессивной (Азатиоприн) терапии – с другой. Разработанные нами способы прогнозирования и профилактики рецидива болезни Крона были применены нами среди больных основной группы, которые по своим исходным клинико-патогномоничным признакам не отличались от больных контрольной группы. Эффективность разработанных нами критериев прогнозирования рецидива болезни Крона в послеоперационном периоде проводилось методов ROC-анализа согласно принципам доказательной медицины. При этом основным лейтмотивом проведения такого анализа было определение значимости иммунологических критериев в повышении прогностической ценности метода, которые были применены среди больных основной группы, тогда как в контрольной группе больных мы преимущественно ориентировались на клинические критерии в вероятности рецидива болезни Крона в послеоперационном периоде. Результаты применения клинических критериев прогнозирования рецидива болезни Крона в среднем проявились $10,5 \pm 5,9\%$ истинноположительными результатами, $33,3 \pm 2,9\%$ истинноотрицательными результатами, $25,7 \pm 5,1\%$ ложноположительными результатами и $30,5 \pm 4,4\%$ ложноотрицательными результатами. В целом, применение клинических критериев прогнозирования рецидива болезни Крона позволило добиться повышения диагностической их чувствительности с $6,67\%$ на 14-сутки после операции до $33,3\%$ на 180-сутки после операции, а специфичность с $46,15\%$ на 14-сутки после операции до $57,14\%$ на 180-сутки после операции. Прогностическая ценность клинических критериев на 14-сутки составила $6,3\%$, на 30-сутки после операции – $14,3\%$, на 90-сутки после операции – $30,8\%$, а на 180-сутки после операции – $42,9\%$. В среднем диагностическая ценность составила $28,9 \pm 14,4\%$. Эффективность разработанного нами метода прогнозирования рецидива болезни Крона в послеоперационном периоде обусловленная значимостью включения иммунологических критериев, позволяет увеличить уровень чувствительности теста в 3,5 раза, специфичности – в 1,9 раза, а прогностическую ценность метода – в 3,3 раза. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма профилактики рецидива болезни Крона позволило уменьшить частоту его развития в легкой форме с 31% до $27,5\%$, в среднетяжелой форме с $21,4\%$ до $12,5\%$ и полностью избежать тяжелых ее форм под воздействием патогенетически обоснованной дифференцированной и целенаправленной антицитокиновой, гормональной и иммуносупрессивной терапии.

ВЫВОДЫ:

1. Основу лечебно-диагностического алгоритма прогнозирования и профилактики рецидива БК составляет динамический контроль уровня цитокинов (TNF- α , IL-17, IL-21 и TGF- β) в крови, а также клинических признаков послеоперационного течения (частота стула

в сутки, температура тела, частота сердечных сокращений, наличие послеоперационных осложнений и их степень по классификации Clavien-Dindo), которые позволяют определить уровень (низкая или высокая) вероятности возникновения атаки, с одной стороны, и применять дифференцированные подходы схемы антицитокиновой (Инфликсимаб и Ведолизумаб), гормональной (Преднизолон) и иммуносупрессивной (Азатиоприн) терапии – с другой.

2. Эффективность разработанного метода прогнозирования рецидива БК в послеоперационном периоде обусловленная значимостью включения иммунологических критериев, позволяет увеличить уровень чувствительности теста в 3,5 раза, специфичности – в 1,9 раза, а прогностическую ценность метода – в 3,3 раза. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма профилактики рецидива БК позволило уменьшить частоту его развития в легкой форме с 31% до 27,5%, в среднетяжелой форме с 21,4% до 12,5% и полностью избежать тяжелых ее форм под воздействием патогенетически обоснованной дифференцированной и целенаправленной антицитокиновой, гормональной и иммуносупрессивной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент
Каримов Б.Р., Валиев Э.Ю., Норполвонов А.У., Элмуродов Н.У.*

Актуальность. Политравма остаётся одной из ведущих причин инвалидизации и смертности трудоспособного населения, составляя серьёзную медико-социальную проблему во всём мире. Особое место занимают повреждения опорно-двигательного аппарата, в частности переломы костей таза, бедренной и большеберцовой костей, которые сопровождаются массивной кровопотерей, нестабильностью гемодинамики и высоким риском осложнений. Традиционная тактика раннего окончательного остеосинтеза (Early Total Care, ETC), показавшая эффективность у пациентов с изолированными повреждениями, при тяжёлой сочетанной травме зачастую сопровождается повышенной частотой инфекционных осложнений, несостоятельностью фиксации и ростом летальности вследствие чрезмерной хирургической агрессии. В этой связи особую актуальность приобретает концепция Damage Control Orthopaedics (DCO), направленная на минимизацию хирургической травмы в остром периоде и обеспечение условий для последующего радикального лечения.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности применения двухэтапной лечебной тактики по принципу DCO у больных с политравмой и повреждениями опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Проведено проспективное клиническое исследование, включившее **242 пациента**, находившихся на лечении в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП). Все пациенты имели множественные травмы, в структуре которых доминировали переломы таза, бедра и костей голени.

- **Основная группа (n = 129)** – пациенты, лечившиеся по двухэтапной схеме: первичная стабилизация аппаратом наружной фиксации (АНФ) с последующим окончательным остеосинтезом.

- **Контрольная группа (n = 113)** – пациенты, получившие традиционное лечение по принципу раннего окончательного остеосинтеза (ETC).

Эффективность лечебной тактики оценивалась по клинико-статистическим показателям: длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), частота инфекционных осложнений, стабильность остеосинтеза, показатели летальности.

Результаты. Анализ показал, что наибольшие различия между тактическими подходами наблюдались у пациентов с нестабильными переломами таза, бедра и голени. У пациентов основной группы отмечено:

- сокращение продолжительности пребывания в ОРИТ в среднем на 26–35% по сравнению с контрольной группой;
- снижение частоты инфекционных осложнений (гнойные раневые осложнения, остеомиелит, сепсис) в 2–3 раза;
- снижение частоты несостоятельности остеосинтеза (до 0–4,7% против 7–23% в контрольной группе);
- снижение летальности при тяжёлых сочетанных повреждениях (7,7% против 13,3% в контрольной группе).

У больных с переломами таза использование передней стабилизации с дополнительной фиксацией заднего полукольца обеспечивало выраженный гемодинамический контроль, сокращало объём гемотрансфузий и повышало общую стабильность тазового кольца. При сочетанных повреждениях таза, бедра и голени применение модульных и перекрёстных аппаратов наружной фиксации позволило одновременно стабилизировать несколько сегментов, минимизировать хирургическую агрессию и создать условия для безопасного перехода к радикальному остеосинтезу на втором этапе лечения.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают целесообразность использования **двухэтапной тактики DCO** у больных с тяжёлой политравмой. Применение АНФ как метода первичной стабилизации позволяет эффективно контролировать повреждённые сегменты, предотвращать вторичные осложнения (инфекционные, тромбоэмболические, технические сбои остеосинтеза) и оптимизировать подготовку к окончательному вмешательству.

Наши данные сопоставимы с результатами международных исследований (Pape H.-C., Scalea T.M., 2019–2021), где также продемонстрированы преимущества DCO в снижении летальности и осложнений у пациентов с нестабильной гемодинамикой и тяжёлой политравмой. Таким образом, внедрение принципов **Damage Control Orthopaedics** в национальную практику не только соответствует современным стандартам травматологической помощи, но и является необходимым условием для повышения её эффективности.

Заключение. Применение принципов **Damage Control Orthopaedics** у пациентов с политравмой и множественными повреждениями опорно-двигательного аппарата демонстрирует высокую клиническую эффективность. Двухэтапная тактика лечения позволяет:

- сократить пребывание в ОРИТ,
- снизить частоту инфекционных осложнений и несостоятельности остеосинтеза,
- уменьшить летальность,
- улучшить функциональные исходы лечения.

В условиях специализированных центров травматологической помощи данный подход обоснованно рекомендуется в качестве предпочтительной лечебной тактики при тяжёлых множественных и сочетанных повреждениях.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Г.Н.Райимов¹, С.С.Сайдалиев², Ш.Х.Косимов²

1 – Среднеазиатский медицинский университет (САМУ)

2-Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Введение. За последние десятилетия отмечается устойчивый рост заболеваемости панкреатитом. Этот процесс объясняется не только улучшением диагностики, но и реальным

увеличением числа случаев, что напрямую связано с ростом алкоголизма и распространённостью желчнокаменной болезни. Одновременно увеличилось количество осложнённых форм хронического панкреатита (ХП), которые всё чаще ассоциируются с развитием рака поджелудочной железы.

Хронический панкреатит представляет собой воспалительное заболевание, характеризующееся фазопрогрессирующими изменениями: деструкцией паренхимы, атрофией ацинарных клеток, развитием фиброза, формированием кист, кальцификатов и конкрементов в протоках. Эти процессы приводят к нарастающей экзокринной и эндокринной недостаточности. В отличие от острого панкреатита, при ХП морфологическая и функциональная реституция не наступает, что делает данное состояние предраковым.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование 114 больных, получавших стационарное лечение в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии ФФРНЦЭМП в период с 2018 по 2024 гг. возраст пациентов от 24 до 63 лет, среди которых 98 мужчин и 16 женщин. Для диагностики применялись общеклинические и биохимические методы, рентгенологические исследования, ультразвуковое сканирование, спиральная компьютерная томография, эндоскопические процедуры, а также определение фекальной эластазы-1, что позволило оценить степень экзокринной недостаточности. В качестве классификационной основы использовалась Марсельско-Римская система (1989), выделяющая кальцифицирующую, обструктивную, паренхиматозно-фиброзную формы, а также кисты и псевдокисты поджелудочной железы.

Результаты. Клиническая картина у большинства пациентов включала выраженный болевой синдром, прогрессирующую потерю массы тела на 10–20 кг за 3–6 месяцев и стойкие нарушения пищеварения. В 99 случаях выявлено злоупотребление алкоголем, что подтверждает ведущую роль этого фактора в патогенезе заболевания. Экзокринная недостаточность различной степени наблюдалась у 19 пациентов: у пяти она была умеренной (средний уровень фекальной эластазы $121,9 \pm 13,7$ мкг/г кала), у четырнадцати — тяжёлой ($60,2 \pm 10,8$ мкг/г кала). Хирургическая тактика подбиралась индивидуально. При массивном фиброзе головки железы, сопровождавшемся обструкцией желчных путей или двенадцатиперстной кишки и трудностями дифференциальной диагностики с опухолью, выполнено 12 панкреатодуоденальных резекций, в том числе две пилоросохраняющие. В шести случаях проведена дуоденум-сохраняющая резекция по Вегер, а у одиннадцати больных — резекция по Frey с продольной панкреатоеюностомией. При кистозной форме ХП у 53 пациентов произведена цистоеюностомия по Ру, из которых восемь сочетались с наружным дренированием; у двух — выполнена цистогастростомия. В случаях нагноения кист проведено наружное дренирование (8 наблюдений), а при отсутствии связи с главным протоком его дополняли тампонадой сальником (22 случая). У 13 пациентов с локализованным поражением хвоста и тела поджелудочной железы проведена дистальная резекция. В условиях стеноза общего желчного протока формировались билиодигестивные анастомозы. Послеоперационная летальность составила 2,6 % (три пациента: два — в результате тромбоэмболии лёгочной артерии, один — вследствие аррозивного кровотечения). Общая частота осложнений достигла 15,8 % (18 случаев), среди которых наблюдались гастростаз, наружные панкреатические и желчные свищи, острый послеоперационный панкреатит, нагноение раны и пневмония. Все осложнения удалось купировать консервативными методами, что подтверждает эффективность применяемой тактики.

Обсуждение. Хронический панкреатит представляет собой заболевание с прогрессирующим течением и отсутствием обратного развития морфологических изменений. Ведущими причинами служат алкоголь (40–80 % случаев, преимущественно у мужчин) и билиарная патология (чаще у женщин), однако существенную роль играют и другие факторы — поражения дуоденального сосочка, лекарственные и инфекционные воздействия, метаболические нарушения. Ключевым механизмом фиброгенеза признана активация панкреатических звёздчатых клеток, которые начинают активно синтезировать

внеклеточный матрикс. Это приводит к формированию плотного фиброза и создаёт условия для дисплазии протокового эпителия. Повторные обострения усиливают данные процессы и увеличивают риск малигнизации. Опухолевидные образования, формирующиеся в области головки железы, часто трудно дифференцировать с карциномой, поэтому хирургическое вмешательство должно сопровождаться обязательной морфологической верификацией.

Заключение. Хронический панкреатит — заболевание с прогрессирующими морфологическими изменениями, приводящими к утрате функций поджелудочной железы и формированию предракового состояния. Основным методом лечения осложнённых форм остаётся хирургическое вмешательство, выбор которого зависит от локализации и характера поражения. В исследовании летальность составила 2,6 %, осложнения — 15,8 %, что свидетельствует о приемлемом уровне риска при комплексном подходе. Морфологическая верификация удалённых тканей является обязательным условием для исключения злокачественного процесса и определения дальнейшей тактики лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ БИЛИАРНОМ ПЕРИТОНИТЕ: ОПЫТ КЛИНИКИ

Н.А.Салохитдинов¹, Г.Н.Райимов², Ш.Ш.Дехконов¹

1 – Ферганский филиал РНЦЭМП

2 – Среднеазиатский медицинский университет (SAMU)

Введение. В последние годы увеличилось количество операций на печени и желчных путях в связи с ростом очаговых заболеваний печени и желчнокаменной болезни. Наряду с этим возросла частота ранних осложнений, требующих повторных вмешательств. Одним из наиболее опасных осложнений является послеоперационный билиарный перитонит (ПБП), летальность при котором достигает 30–48 %. Основными причинами служат технические и тактические ошибки хирургов, а также метаболические нарушения, ослабляющие защитные механизмы организма.

Цель исследования — совершенствование диагностики и тактики лечения послеоперационного билиарного перитонита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 140 больных с ПБП, получавших стационарное лечение в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в период с 2015 по 2024 гг. В 93,2 % случаев осложнение возникло после операций на печени и желчных путях, в 6,8 % — после резекций печени при перфорациях язвы желудка. Мужчины составили 63,6 %, женщины — 36,4 %, возраст пациентов — от 24 до 74 лет. Применялись клинко-лабораторные, биохимические и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, КТ, лапароскопию и рентгенографию.

Результаты. У 81,1 % больных ПБП был связан с врачебными ошибками. Клинические проявления на ранних стадиях часто маскировались проводимой интенсивной терапией. Симптомы раздражения брюшины отмечались у 67 %, лейкоцитоз — у 47,8 %. Практически всегда наблюдалось истечение желчи через дренажи. Ультразвуковое исследование позволяло подтвердить диагноз при сомнительной клинической картине. У 49,3 % пациентов диагностирован местный ПБП, у 50,7 % — распространённый. При местной форме источниками инфекции служили секвестры печени и несостоятельность ложа желчного пузыря. Релапаротомия и санация брюшной полости позволили достичь удовлетворительных результатов, летальность не превышала 7 %. При повреждении протоков выполнялось наружное дренирование или реконструктивные вмешательства, однако часть из них осложнилась несостоятельностью швов и анастомозов. Распространённый ПБП сопровождался тяжёлым течением и высокой летальностью (до 30–40 %). Источниками осложнения являлись секвестрация печени, желчеистечение и некроз тканей. При релапаротомии производили удаление некротизированных участков, санацию и

дренирование. Летальные исходы чаще были связаны с печёночной недостаточностью и выраженной интоксикацией.

Заключение. Основными причинами развития ПБП являются ошибки хирургической техники и тактики. Эффективное лечение возможно при своевременной диагностике и срочной релапаротомии. Обязательными мерами остаются наружное дренирование желчных протоков, санация и дренирование брюшной полости. Важное значение имеют комплексная антибактериальная терапия, коррекция водно-электролитного баланса и профилактика печёночной недостаточности. Надёжной профилактикой служит соблюдение анатомических принципов при первичных операциях на печени и желчных путях, адекватный гемостаз и обеспечение полноценного желчеоттока.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИИ АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Мирзаев К.К., Шерматов А.А., Усмонов Э.И.
Андижанский государственный медицинский институт*

Одной из проблем современной хирургии ампутаций конечностей на уровне крупных трубчатых костей, на фоне использования антикоагулянтов, являются кровотечения. По данным мировой литературы послеоперационное кровотечение ухудшает течение послеоперационного периода у пациентов и является причиной гнойно-септических осложнений (Christensen M.C., Krapf S., Kempel A., et al., 2009). Нагноения послеоперационной культи на фоне сахарного диабета, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца увеличивает частоту возникновения острой почечной недостаточности, тромботических и тромбоэмболических осложнений, инсультов, инфарктов миокарда (Glance L.G., Dick, A.W., Mukamel, D.B 2011) и сепсиса (Stokes M.E., Ye X., Shah M 2011). Кроме того, высокие ампутации являются фактором риска увеличения заболеваемости, смертности у пациентов и послеоперационных затрат лечебного учреждения (Görlinger K., Shore-Lesserson, L., Dirkmann, D 2013). Существующие на сегодняшний день методы борьбы с кровотечением из культи костной ткани и костно-мозгового канала имеют ряд существенных недостатков. Так, избыточная диатермоэлектрокоагуляция приводит к ожогу тканей (Murphy J.J., 2020), а местные кровоостанавливающие средства, ввиду отсутствия универсальности, не в полном объеме удовлетворяют требованиям хирургов и могут сопровождаться побочными эффектами. Для осуществления гемостаза из сосудов костной ткани и костномозгового канала нами использована коллагеновая губка Тахокомб, которая содержит фибриноген и тромбин в виде сухого покрытия поверхности. При контакте с физиологическими жидкостями (кровью, лимфой или растворами электролитов) компоненты покрытия губки растворяются и частично диффундируют на раневую поверхность. Это сопровождается реакцией фибриногена и тромбина, инициирующей последнюю фазу физиологического свертывания крови. Фибриноген превращается в фибрин-мономер, который затем полимеризуется с образованием фибринового сгустка (тромба), плотно удерживающего коллаген губки на поверхности раны. С помощью фактора свертывания крови XIII происходит сшивание фибрин-полимеров с формированием твердой, механически прочной сетчатой структуры с хорошими адгезивными свойствами, что обеспечивает надежное закрытие раны.

На сегодняшний день, частота встречаемости гнойных осложнений ампутированной культи конечности достигает 6% (Vestergaard R.F. 2014). По данным мировой литературы послеоперационная инфекция культи являются ведущими причинами увеличения заболеваемости, летальности, социально-экономических издержек и дискомфорта пациентов после выполнения высоких ампутаций (Ariyaratnam P., Bland M., Loubani M 2010). Учитывая все вышеизложенное, внедрение нового местного гемостатического средства в клиническую

практику позволило успешно использовать в области борьбы с осложнениями в хирургии ампутаций существенно снизив риск возникновения кровотечений и инфекций.

Нами изучены результаты высоких ампутаций на уровне трубчатых костей у 96 пациентов. Ампутации на уровне бедра выполнены у 65 больных, на уровне голени – у 22, на уровне плечевой кости – у 9. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа включала 75 пациентов, оперированных по стандартному методу; 2-ю группу составили 21 пациент, оперированных с использованием методики гемостаза культи кости с использованием гемостатической губки Тахокомб. Анализ результатов лечения показал, что количество случаев раневой инфекции, связанных с гематомой области культи кости составило: в 1-ой группе - 3 (4,6%) пациента, во 2-й ни одного случая не зарегистрировано. Разработанная и предложенная нами методика позволяет сократить количество инфекционных осложнений с 4,6 до 0%. Результаты, полученные при клиническом использовании коллагеновой губки Тахокомб показали эффективность и перспективность местного гемостатического средства и позволяют рекомендовать к полноразмерным клиническим исследованиям.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРСУНГОЛИТИАЗОМ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПУЕСТОУ

Авторы: Акбаров М.М., Миролимов М.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Введение. Хронический панкреатит, осложнённый вирсунголитиазом, является одной из наиболее трудных проблем современной абдоминальной хирургии. Наличие камней в панкреатическом протоке сопровождается прогрессированием воспалительного процесса, формированием выраженного болевого синдрома и развитием осложнений. Традиционные методы хирургического лечения, включая классическую операцию Puestow, не всегда обеспечивают достаточную эффективность и сопряжены с риском рецидива камнеобразования. В этой связи актуальной задачей является совершенствование техники панкреатоеюноанастомоза с учётом морфологических особенностей стенки Вирсунгова протока.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность модифицированной техники панкреатоеюноанастомоза у пациентов с хроническим панкреатитом и вирсунголитиазом.

Материалы и методы. В исследование включены 47 пациентов, проходивших лечение в РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова в период 2006–2024 гг. Средний возраст составил $45,6 \pm 9,2$ года, мужчины преобладали (72%). До операции всем пациентам проводились комплексные диагностические исследования: ультразвуковое сканирование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и МР-холангиопанкреатография (МРХПГ). С учётом морфологических особенностей стенки Вирсунгова протока пациенты были разделены на подгруппы, в которых применялись различные модификации шовной техники: - при плотных стенках — П-образные узловые швы; - при инфильтрированных тканях — непрерывный шов; - при эластичных стенках — вворачивающий шов.

Результаты. МРХПГ в сочетании с МРТ показали наивысшую диагностическую ценность: чувствительность — 97,1%, точность — 84,6%. Применение модифицированной операции Puestow позволило достичь значимых клинических преимуществ по сравнению со стандартной техникой.

- Частота послеоперационных осложнений снизилась с 16,7% до 10,0%.
- Необходимость повторных вмешательств была полностью устранена (с 16,7% до 0%).
- Средняя продолжительность госпитализации уменьшилась с $8,4 \pm 0,8$ до $6,3 \pm 0,5$ дней.

- Частота рецидивов камнеобразования снизилась с 33,3% до 5,0%.
- У большинства пациентов отмечено стойкое купирование болевого синдрома (снижение с 35,0% до 5,0%).

Заключение. Внедрение усовершенствованной техники панкреатоюноанастомоза в хирургическую практику позволяет существенно улучшить результаты лечения пациентов с хроническим панкреатитом и вирсунголитиазом. Индивидуальный выбор метода наложения шва с учётом состояния стенки панкреатического протока обеспечивает более высокую эффективность, снижает частоту осложнений и риск рецидивов. Данная методика может быть рекомендована к широкому применению в специализированных центрах хирургии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СУБФАЦИАЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ

*Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И.,
Шамуталов М.Ш., Мирхайдаров М.М.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Последние десятилетия ознаменовали увеличение удельного веса электроожогов с 2,7% до 8% в общей структуре ожогового травматизма. Электротравмы отличаются высокой частотой развития тяжелых ожогов, которая составляет 60-80%. Поражение электрическим током часто приводит к инвалидности, требующей протезирования. По данным ряда исследователей летальность от электроожогов за последние годы не только не уменьшилась, а имеет тенденцию к росту и колеблется в пределах от 2,5% до 10%.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пострадавших с электротравмами путем ранней диагностики глубины и распространенности поражения и внедрения методов активной хирургической тактики.

Материал и методы. Клинический материал составляют 121 пациент с субфасциальными электротермическими поражениями, пролеченные в отделение комбустиологии РНЦЭМП. При определении показаний к проведению декомпрессивной фасциотомии применяли метод билатеральной сравнительной дермальной термометрии.

Результаты исследования. Из общего числа больных у 57 (47,1%) электротермические поражения были получены низковольтным электричеством, у 64 (52,9%) больных имело место электроожог высоковольтным электричеством. Всем пациентам были проведены хирургические вмешательства. Из общего числа обследованных больных, у 38 (31,4%) были диагностированы изолированные электроожоги головы (2), верхней (34) и нижней (2) конечностей. Во всех остальных случаях были диагностированы множественные и распространенные ожоги двух и более анатомических сегментов.

Другим важным моментом электротравм, как известно, является, высокая частота комбинированной механической травмы. Так, у 52 (43,0%) случаях диагностирована черепно-мозговая травма, в 3 (2,5%) – травму грудной клетки, в 2 (1,7%) – повреждение органов брюшной полости, в 48 (39,7%) – ушибленные и рваные раны кожных покровов, в 11 (9,1%) – переломы костей опорно-двигательного аппарата.

Все пациенты получали традиционную медикаментозную терапию, объем и состав которой зависел от тяжести состояния, сроков поступления в стационар, периода ожоговой болезни, наличия осложнений.

Важным компонентом хирургического лечения пострадавших с субфасциальным электроожогом является проведение декомпрессивной фасциотомии на конечностях в ранние сроки (6-12 часов) после травмы. Это позволяет предупредить развитие «футлярного синдрома», тромбоза сосудов и вторичных ишемических поражений конечности из-за развития субфасциального отека. Показаниями к проведению этой операции служат увеличение сегмента конечности в объеме, отсутствие или ослабление пульсации магистральных сосудов, изменении окраски кожных покровов сегмента конечности (бледность, цианоз, мраморность), снижении или отсутствии тактильной, или болевой чувствительности, любое подозрение на повреждение магистральных сосудов.

Метода билатеральной сравнительной термометрии конечностей позволяет более достоверной и ранней диагностике глубины поражения и определению показаний к декомпрессивной фасциотомии. Так, если температура кожи над зоной поражения конечности по сравнению с соответствующим сегментом непораженной контрлатеральной конечности была ниже на $1,5-3^{\circ}\text{C}$, то с высокой долей вероятности можно предположить о наличии глубокого ожога с вовлечением мышечных структур, что позволяет ставить показания к ранней фасциотомии до развития явных признаков футлярного синдрома и нарушений регионарного кровотока сегмента конечности. По результатам билатеральной сравнительной термометрии ранняя декомпрессивная фасциотомия выполнена 34 (28,1%) пострадавшим в первые 12 часов после электротравмы. Во всех 34 случаях интраоперационно было подтверждено поражение подлежащей мышечной ткани, в том числе с вовлечением нервно-сосудистого пучка в 31 случае, что указывало на обоснованность превентивной фасциотомии и информативность метода билатеральной сравнительной термометрии.

Суть активной хирургической тактики заключается в выполнении декомпрессивной расширенной фасциотомии в первые 6-12 часов после поступления пациента в клинику, ранней и ранней отсроченной некрэктомии, выполняемой к концу первой недели электротравмы. Подобный подход мы использовали у 51 (42,1%) пострадавших с электроожогами. При этом фасциотомию выполняли в качестве самостоятельной операции до развития, клинически выраженного субфасциального отека, а протяженность и зоны фасциотомии определяли по результатам билатеральной сравнительной термометрии. Как правило, протяженность фасциотомии выходила за пределы ожоговой раны, всегда старались выполнить рассечение фасции над каждой группой мышц пораженной конечности.

У 52 (43,0%) пациентов с традиционной хирургической тактикой лечения, фасциотомию выполняли позднее 24 часов после получения травмы, что было связано с поздним поступлением пострадавших в специализированное отделение.

Ранняя расширенная фасциотомия в первые сутки травмы, более ранняя некрэктомия на $6,8 \pm 2,1$ сутки, применение синтетических временных раневых покрытий позволили более раннему выполнению завершающего этапа хирургического лечения – аутодермопластику.

Активная хирургическая тактика способствовала улучшению приживляемости аутотрансплантатов (95,2% против 87,4%), снижению частоты повторных аутодермопластик на местах лизиса на 2,6 раза, достоверному снижению частоты проведения калечащих операций (ампутации и экзартикуляции конечностей) с 55,8 до 9,8% и сокращению сроков стационарного лечения с $41,1 \pm 12,3$ до $37,7 \pm 10,4$ суток.

Заключение. Субфасциальные электротермические поражения несмотря на относительно низкую частоту, относятся к числу тяжелых травм. Обуславливают высокую

частоту инвалидизации пострадавших с утратой трудоспособности, психологической и социологической дезадаптацией. Активная хирургическая тактика путем ранней декомпрессивной фасциотомии в первые 6-12 часов после травмы и ранней некрэктомии способствует достоверному снижению частоты проведения калечащих операций, соответственно снижению инвалидизации, позволяет сократить сроки пластического восстановления целостности кожного покрова, способствует улучшению приживляемости аутоотрансплантатов и сокращению сроков стационарного лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

*Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Рузимурастов Д.А.,
Шамуталов М.Ш., Сабитов А.Т.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние годы структура ожогового травматизма претерпела существенные изменения. На сегодняшний день постоянное увеличение количества источников электроэнергии, связанное с развитием научно-технического прогресса, безусловно повышает уровень комфортности жизни, но вместе с тем обуславливает стабильность частоты возникновения электротравм и электроожогов. В частности, за последние 10 лет удельный вес электроожогов вырос с 2,7% до 8%. Электротравмы наиболее часто возникают у лиц молодого и трудоспособного возраста, а также у подростков и детей, не имеющих порой достаточных знаний об опасности действия тока. Несмотря на низкую частоту, этот вид поражения является причиной высокой инвалидизации, а в некоторых случаях летального исхода. Летальность от электроожогов за последние годы не только не уменьшилась, а имеет тенденцию к росту и колеблется в пределах от 2,5% до 10%. Исходя из выше изложенного представляется крайне актуальным разработка и применения методов активной хирургической тактики лечения больных с электротравмой.

Цель нашей работы явилось улучшение результатов лечения пострадавших электротравмой с применением методов активной хирургической тактики.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения пострадавших с электротравмой в отделении комбустиологии РНЦЭМП МЗРУз за период с 2014 по 2024гг. За этот период всего с поражением электричеством пролечено 365 больных. Из них пострадавшие детского возраста составили 230 (63,01%) больных. Общая площадь поражения составила от 0,5% до 70% поверхности тела. В 22 случаях наблюдался комбинированная травма с летальным исходом (6,02%).

В комплексном лечении тяжелых и глубоких поражений применялась активная хирургическая тактика. Из общего числа пострадавших у 96 (26,3%) произведено 264 оперативных вмешательств (декомпрессивная фасциотомия, декомпрессивная некротомия, остеонекрэктомия, экзартикуляция, ампутация, ранние и отсроченные некрэктомии и аутодермопластика).

Результаты. Ранняя хирургическая некрэктомия остается одним из основных методов местного лечения электроожогов. Применения этого метода позволяет ускорить подготовку ран к пластическому закрытию и тем самым снизить частоту гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. Из общего числа операций декомпрессивная фасциотомия и декомпрессивная некротомия произведена в 23 случаях, ранняя некрэктомия в 34 случаях, отсроченная некрэктомия в 28 случаях, остеонекрэктомия в 18 случаях. При обширных и глубоких ожогах после некрэктомии дефекты кожи закрывали временными раневыми покрытиями (амниотическая оболочка, ксенокожа). После покрытия раневых дефектов грануляционной тканью производили их аутопластическое закрытие. Из общего числа в 98

случаях выполнена комбинированное закрытие гранулирующих ран аутодермопластикой с использованием синтетического раневого покрытия.

Существенная глубина некроза при электроожогах требует решения вопроса об ампутации и экзартикуляции. Показанием к ампутации служит тотальный некроз мягких тканей конечностей или их сегментов, с вовлечением в процесс суставов, магистральных сосудов и нервных стволов. Из общего числа пострадавших в 9 случаях производили ампутации различных сегментов конечностей, экзартикуляции в 14 случаях.

Заключение. Применение современных методов хирургического лечения при глубоких электротермических поражениях позволяет сократить сроки выполнения пластического закрытия ран, значительно уменьшит развитие гнойно-воспалительных осложнений. Повышается эффективность лечения и сокращения сроков пребывания в стационаре этого контингента пострадавших.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНЫХ СТРУКТУР

*Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Рузимуратов Д.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

Актуальность. Как показывает ежедневная клиническая практика, диагностика поражений костной ткани при электротермических поражениях в ранние сроки после травмы затруднительна. Если глубокие электроожоги расположены на участках, где подкожные мягкие ткани расположены тонким слоем, подход специалиста имеет предосторожность на предмет остеонекроза, то остеонекрозы на других участках часто распознаются на отдаленных периодах после травмы.

Определение глубины поражения костной ткани должно основываться на совокупности клинических и рентгенологических признаков. К клиническим проявлениям поражения костной ткани относятся характерный вид некротического струпа мягких тканей, его припаянность к подлежащей костной ткани. Рентгенологические симптомы остеонекроза, такие как, подчеркнутость контуров, узуры, повышения прозрачности диплоэтического слоя, остеопороз, очаги деструкции начинают проявляться к 5-6 неделе после травмы. С учетом длительности процесса спонтанной секвестрации участков остеонекроза, при высокой вероятности развития гнойных осложнений консервативное лечение является неприемлемой. Только активные хирургические вмешательства в ранний период после травмы позволяют своевременно установить истинные масштабы поражения, избежать развития гнойных осложнений.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пострадавших с электротроожогами с поражениями костной ткани путем ранней диагностики глубины и распространенности поражения и внедрения методов активной хирургической тактики.

Материал и методы. Клинический материал составляют 18 пациентов с электроожогами с поражением костных структур. Для диагностики степени и тяжести поражения костной ткани при глубоких электроожогах был использован метод рентгеноденситометрии с помощью денситометра x-RiteGMBH (Германия).

Результаты исследования. Все пациенты получали традиционную медикаментозную терапию, объем и состав которой зависел от тяжести состояния, сроков поступления в стационар, периода ожоговой болезни, наличия осложнений. У больных с остеонекрозами электротермической этиологии подходы к выбору оптимальных сроков хирургического лечения существенно отличались от таковых при ожогах мягких тканей. При традиционной тактике ведения больных с остеонекрозами, остеонекрэктомия выполнялась через 3-5 недель после травмы. Кроме того, при остеонекрозах костей свода черепа зона первичного вмешательства, зачастую, ограничивалась обработкой только наружной пластинки. При остеонекрозах трубчатых костей тангенциальная остеонекрэктомия выполнялась зачастую в

недостаточном объеме из-за отсутствия информации о границах остеонекроза. Сама операция носила многоэтапный характер, а к пластическому восстановлению приступали после самопроизвольного отторжения оставшихся участков остеонекроза и после появления грануляционной ткани. Все это значительно удлиняло общие сроки стационарного лечения. При рентгеноденситометрическом исследовании минеральная плотность нормальной кости составляет $0,62 \pm 0,06$ у.е., тогда как в очаге остеонекроза показатель минерализации в течение 10-14 дней после травмы постепенно снижается до уровня $0,23 \pm 0,02$ у.е. и в последующем сохраняется в пределах этих значений. Только после выполнения операции остеонекрэктомии, в фазе регенерации (на 12-15 сутки после вмешательства) этот показатель поднимается до уровня $0,44 \pm 0,05$ у.е. Согласно результатам рентгеноденситометрии через 2 недели после электротравмы, завершается процесс деминерализации пораженной костной ткани, что указывает на завершение к этому сроку прогрессирования постэлектротравматического остеонекроза. Данное обстоятельство позволило нам пересмотреть традиционные подходы к выбору оптимального срока остеонекрэктомии и у 18 больных применить одномоментную радикальную остеонекрэктомию по всей поверхности остеонекроза уже на 2-3 неделе после травмы. Стремление к соблюдению принципа ранней одномоментной радикальной остеонекрэктомии побудило нас к некоторому усовершенствованию техники операции при остеонекрозах костей свода черепа: при площади поражения до 1/3 свода черепа одномоментно обрабатывали сразу всю раневую поверхность, накладывая фрезевые отверстия более тесно друг к другу.

Заключение. Глубокие электроожоги костей свода черепа и трубчатых костей характеризуются затяжным течением и опасностью развития гнойно-септических осложнений. В ранние сроки после травмы из-за отсутствия достоверных признаков диагностика остеонекроза костей затруднена. Поэтому для определения тяжести поражения и выбора рациональной лечебной тактики важно оценить состояние костной ткани по совокупности клинических и рентгенологических признаков. Согласно рентгеноденситометрическим исследованиям, процесс остеонекроза при электротермической травме завершается к концу 2 недели после травмы и к этому сроку и к этому сроку можно приступать к остеонекрэктомии, в том числе – к одномоментной радикальной остеонекрэктомии по всей поверхности остеонекроза. Повышение радикальности остеонекрэктомии при остеонекрозе костей свода черепа достигается более тесным наложением фрезевых отверстий на всей раневой поверхности.

АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЛОЩАДИ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

^{1,2}Фаязов А.Д., ³Ахмедов А.И.,

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Центра развития профессиональных квалификаций медицинских работников,

*³Самаркандский государственный медицинский университет,
Республики Узбекистан.*

Термический травм у пожилых пациентов (старше 60 лет) определяется не только площадью и глубиной ожоговых ран, но и сопутствующими заболеваниями и возрастной дегенерацией всех органов и систем. Ожоговые травмы, как правило, обостряют существующие хронические заболевания, что может существенно ухудшить состояние пациентов и привести к осложнениям, тем самым ухудшая результаты лечения.

Цель исследования: Применение активной хирургической тактики в зависимости от площади глубоких ожогов у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Мы исследовали клинические результаты и лечение 69 пожилых пациентов, находившихся в ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения с 2020 по 2024 год. Критерии включения включали возраст 60

лет и старше и наличие глубоких ожогов III-B - IV степени. При этом у всех 69 пациентов индекс Бо превышал 60 ед. Исследуемая группа включала 39 мужчин (56,9%) и 30 женщин (43,1%). Общая площадь ожогов у пациентов варьировалась от 0,5% до 70% поверхности тела, в среднем $16,7 \pm 13,1\%$. Лечение наших пациентов включало хирургическую некрэктомию и аутодермопластики. В зависимости от сроков мы классифицировали хирургическую некрэктомию как раннюю или отсроченную среди наших пациентов.

Результаты. У всех пожилых пациентов с термическими ожогами мы смогли воспользоваться преимуществами активной хирургической тактики (ранняя некрэктомия). Средняя площадь удаления некротических тканей во время некрэктомии составила $11,7 \pm 0,7\%$ общей площади поверхности тела, что не различалось между пациентами с ранней и отсроченной хирургической некрэктомией ($12,1 \pm 0,5\%$ и $10,8 \pm 1,2\%$ площади поверхности тела соответственно). Однако у пациентов с ожогами с индексом Бо (ИБ) более 80 единиц нам приходилось удалять некротические ткани на большей площади. После фасциальной некрэктомии пациенты получали одновременную аутодермопластику. В нашем исследовании 17 пациентов (24,6%) получили одновременную аутодермопластику. Во всех случаях использовались перфорированные кожные трансплантаты. Отсроченная аутодермопластика была проведена 52 пациентам (75,4%) в течение 1-10 дней после хирургической некрэктомии (в среднем через $4,1 \pm 1,9$ дня). Возможность одновременного радикального иссечения некротических тканей и, следовательно, выполнения одновременной аутодермопластики не зависела от сроков некрэктомии. Одновременная аутодермопластика была достигнута у 36,4% пациентов с ранней и у 19,1% пациентов с отсроченной хирургической некрэктомией. Обычно у пациентов преобладали ограниченные глубокие ожоги, при этом площадь ожогов III-B-IV степени превышала 7% поверхности тела только у 2 пациентов (2,9%), которым проводилась одновременная аутодермопластика. Отсроченная аутодермопластика после ранней хирургической некрэктомии была выполнена 14 пациентам (63,6%) в среднем через 2,9 дня. У 1 пациента аутодермопластика была отложена на 32 дня по медицинским показаниям (тяжелая затяжная пневмония, последствия перенесенного инсульта). Кроме того, у 2 пациентов с отсроченной хирургической некрэктомией аутодермопластика была отложена на 2 недели после иссечения некротических тканей из-за развития вторичных некрозов и вялого заживления ран на фоне сахарного диабета. В среднем сроки выполнения аутодермопластики после травмы у пациентов, перенесших хирургическую некрэктомию, составили $13,4 \pm 0,9$ дня. Выбор сроков хирургической некрэктомии и последующей аутодермопластики (АДП) определялся такими факторами, как время поступления пациента в стационар, его состояние и наличие сопутствующих заболеваний и осложнений. Среднее время восстановления кожи после травмы при хирургической некрэктомии составляло $30,6 \pm 2,0$ дня, при этом $28,4 \pm 1,7$ дня в группе ранней хирургической некрэктомии и $32,2 \pm 1,6$ дня в группе отсроченной хирургической некрэктомии. Лизис аутодермотрансплантатов у обожженных пожилого и старческого возраста отмечен примерно в каждом пятом случае – у 14 (20,3%) больных, подвергнутых хирургической некрэктомии с последующей АДП. Тотальный и субтотальный лизис трансплантатов встречался только в 2 (2,9%) случаях (14,3% от всех случаев лизиса). Значительно чаще – у 12 (17,3%) пациентов (85,7% от всех случаев лизиса) – имело место частичное (до 50%) отторжение пересаженной аутокожи.

Выводы. Рациональное применение методов раннего хирургического лечения у пожилых пациентов должно проводиться после соответствующей предоперационной подготовки и стабилизации состояния. Применение методов активной хирургической тактики у пожилых пациентов значительно сократило время восстановления кожного покрова, снизило частоту осложнений ожоговой болезни. Одновременная аутодермопластика с закрытием всех ран в один этап эффективна при ограниченных глубоких ожогах.

ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ У ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

^{1,2}Фаязов А.Д., ³Ахмедов А.И.,

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Центра развития профессиональных квалификаций медицинских работников,

³Самаркандский государственный медицинский университет,
Республики Узбекистан.

Острые эрозии и язвы являются основными причинами осложнениями желудочно-кишечных кровотечений в остром периоде ожоговой болезни. Наиболее частой причиной острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ при термических травмах, на долю которых приходится около 30-40%. При этом наблюдается тенденция к росту числа осложнения верхних отделов ЖКТ пропорционально связно обширности и глубины ожоговых поражения кожи.

Цель исследования: определение факторов риска гастродуоденальных кровотечений при глубоких ожогах у пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения у тяжелообожженных в течение последних 10 лет вылечены 80 больных с кровотечением острых гастродуоденальных язв. Средний возраст больных составил 68 ± 6 лет, из них 46,4% было старше 70 лет. По локализации острых язвенных поражений: у 16 (20%) больных - в двенадцатиперстной кишке (ДК), у 41 (51,25%) - в желудке и у 23 (28,75%) - множественные язвы в желудке и ДК. Основным методом лечения кровотечения из острых гастродуоденальных язв является эндоскопический гемостаз. Первичный эндоскопический гемостаз был успешен у всех пациентов с активным кровотечением.

Результаты. Часто кровотечения язв задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки (56,3%), кардиального и субкардиального отделов (69%), связан с анатомической особенностью их кровоснабжения. Следовательно, место и уровень локализации гастродуоденальных язв, их взаимоотношения с крупными сосудами, являются важными факторами, во многом определяющими вероятность рецидива кровотечений из гастродуоденальной язвы. Нами установлено у наблюдаемых пациентов при размере язвы до 1,0 см – кровотечения отмечался у 40,6% больных, при язвах более 1,0 см доходит до 59,4%. Следовательно, размеры язвенного дефекта являются одним из важнейших факторов, определяющих вероятность кровотечения у данной категории больных. Кроме, изучения частоты рецидивов гастродуоденальных кровотечений при глубоких ожогах у пациентов пожилого и старческого возраста, факторами риска являются: коагулопатии, длительная (более 48 часов) искусственная вентиляция легких; развитие выраженной органной дисфункции; ДВС-синдром; артериальная гипотензия и шок; длительная назогастральная интубация и лечение глюкокортикоидами. Все факторы являются абсолютными показателями для проведения профилактики язв желудка.

Выводы. Метод эндоскопического гемостаза при кровотечениях из острых гастродуоденальных язв является эффективным способом лечения у пострадавших пожилого и старческого возраста.

Профилактика возникновения и в последующем рецидивов кровотечения из острых язв заключается, прежде всего, в проведении адекватной антисекреторной терапии и лечении органной недостаточности.

ОПЫТ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Фаязов А.Д.^{1,2}, Камилов У.Р.¹, Абдуллаев У.Х.¹, Рузимурастов Д.А.¹, Мадиев Р.Д.²

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

²Центр развития повышения квалификации медицинских работников

Сочетанные и комбинированные травмы – патология сложная как в диагностическом, так в лечебном и организационном плане. Пострадавшие с подобными поражениями требуют особого, индивидуализированного подхода, начиная с догоспитального этапа, этапа оказания специализированной помощи и в дальнейшей реабилитации. Специфичным является то, что для сочетанных и комбинированных поражений характерно тяжелое течение и высокая летальность среди пострадавших, достигающая порой 80%.

В отделении комбустиологии РНЦЭМП МЗРУз за период 2015–2024 гг. пролечен 356 обожженный с термоингаляционной травмой, в том числе 165 пострадавших с комбинацией ожога кожного покрова, термоингаляционной травмой и отравлением угарным газом. У 96 обожженных была диагностирована черепно-мозговая травма, у 23 – переломы крупных костей. Также пролечены 263 обожженных, поражающим агентом которых были электрическая энергия и пламя вольтовой дуги. Предварительный анализ показал, что при этих видах поражения отмечается самая высокая летальность. Так, например, у обожженных с термоингаляционным поражением этот показатель равняется 44,6%.

Патогенез сочетанных и комбинированных поражений весьма сложен и определяется взаимным влиянием механической травмы (ранения, черепно-мозговая травма, поражения костных структур), ожогового поражения или токсического воздействия на организм пострадавшего продуктов горения.

Необходимо отметить, что до настоящего времени в клинической комбустиологии общепринятый взгляд на особенности патогенеза и клинического течения сочетанного и комбинированного ожогового поражения не полностью раскрывает всей сущности происходящих в организме изменений, их механизма и взаимосвязей. Соответственно, нет единого, разработанного и общепринятого стандартов диагностики и лечения этих пациентов.

При комбинированных термомеханических повреждениях клинический симптомокомплекс зависит от многих факторов: преимущественного повреждения тех или иных внутренних органов, степени выраженности кровопотери, выраженности нарушений витальных функций, площади и глубины ожога.

Как показывают наши наблюдения, при комбинированных и сочетанных поражениях клиническая картина ожогового шока развивается при меньших по площади поражениях, чем в обычных условиях. Выраженная компенсаторная дегидратация, которая развивается при комбинированном ожоговом поражении, приводит к развитию тяжелого, а при несвоевременном оказании адекватных противошоковых мероприятий – к декомпенсации функции жизненно важных органов пострадавшего. У тяжелообожженных с сочетанными и комбинированными поражениями на фоне резких гемодинамических сдвигов происходят тяжелые нарушения тканевого, органного и системного кровообращения, метаболизма и кислотно-основного состояния.

Проявление дыхательной дисфункции разной степени выраженности отмечается при любом сочетании механической травмы и ожогового поражения, особенно в сочетании с термохимическим поражением дыхательных путей продуктами горения.

Исходя из анализа результатов лечения пролеченных больных, основные принципы оказания медицинской помощи тяжелообожженным с сочетанными и комбинированными поражениями должны включать: восстановление проходимости дыхательных путей, коррекцию дыхательных расстройств, стабилизацию гемодинамики, водно-электролитных

нарушений, необходимое хирургическое вмешательство, энергетическое и пластическое обеспечение пострадавшего.

Таким образом, у тяжелообожженных с сочетанными и комбинированными поражениями положительные результаты лечения возможны при учете особенностей патогенеза заболеваний и четким соблюдении принципов оказания медицинской помощи.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Хаджибаев А.М.¹, Туляганов Д.Б.¹, Вервекина Т.А.¹, Камилов У.Р.¹, Фаязов А.Д.¹,
Чарышникова О.С.², Циферова Н.А.²*

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

²Центр передовых технологий

Актуальность. Одним из актуальных вопросов современной комбустиологии остается поиск оптимальных методов восстановления эпителиального покрова при лечении больных с обширными глубокими ожоговыми ранами. Сроки восстановления кожного покрова у обожженных больных во многом определяет течение и исход ожоговой болезни. Серьезным препятствием, которое необходимо преодолевать при лечении обширных глубоких ожогов, является дефицит донорских ресурсов. Решением могло бы быть широкое использование биотехнологических эквивалентов кожи.

Учитывая высокую способность к регенерации, стволовые клетки изначально рассматривались в качестве универсального и эффективного средства для лечения различных заболеваний. Применение стволовых клеток в лечении ожоговых ран открыли новые перспективы в лечении тяжелообожженных больных.

Цель. Изучить течение раневого процесса в сравнительном аспекте при инъекционном введении мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани в ложе ожоговой раны в эксперименте.

Материалы и методы исследования. Клеточные культуры доставлялась из лаборатории экспериментальной биофизики Центра передовых технологий. Аллогенные МСК были выделены из жировой ткани самцов белых беспородных крыс по методике М. Francis et al. (2010) и Zuk et al. (2001). Для экспериментов использовали конечную концентрацию 1×10^6 клеток/мл в PBS. Для проведения эксперимента были сформированы 3 группы крыс из 15 белых, беспородных, трехмесячных самцов, массой 220 ± 35 гр. Под изофлурановым наркозом производилось удаление шерстяного покрова, нанесение термического ожога прикладыванием стеклянной мензурки с диаметром дна 3,5 см, наполненной кипятком, которая находилась в водяной бане, на предварительно депилированную кожу. Время экспозиция - 10-12 секунд. Животным 1-группы, которым применена активная хирургическая тактика на 7-9 сутки после ожоговой травмы под общей анестезией производилась некрэктомия и обкалывание раневого ложе взвесью аллогенной клеточной культуры МСК жировой ткани. Повторное введение взвеси клеточной культуры производилась на 20-сутки. Во 2-группе с применением традиционной хирургической тактики лечения на 12-15-сутки после нанесенной травмы, после полного очищения раневой поверхности от некротических тканей, проводилось аналогичное введение взвеси аллогенной клеточной культуры МСК жировой ткани. Повторное введение взвеси клеточной культуры производилась на 24-сутки после травмы. В обеих группах исследования глубина обкалывания составляла 3-4 мм, объем вводимой взвеси - 0,3 мл, плотность – 1 инъекция на $0,5 \text{ см}^2$. 3-группу (контрольная) составили животные, которым в местном лечении применена мазь на водорастворимой основе Левомеколь. перевязки производились через день. В среднем на 9-14 сутки производилась некрэктомия. Во всех группах, на 12-, 20- и 30-сутки после начала эксперимента, под общей анестезией производилось взятие биоптатов для морфологического изучения.

Результаты исследования. Активный подход к хирургическому лечению в сочетании с введением аллогенных МСК жировой ткани в эксперименте выявило активизацию регенеративных процессов с полным восстановлением многослойного плоского эпителия в зоне повреждения к 30-суткам после нанесенной ожоговой травмы. Формирование эпителия обнаружено уже на 12-сутки как в центральной, так и в периферических участках. Выявлено более активное течение репаративных процессов в периферических участках ожоговой раны. Несмотря на применение аллогенных МСК жировой ткани при консервативном подходе хирургического лечения выявило увеличение сроков течения воспалительного процесса, замедленное очищение раны от некротических тканей, визуализируемая микробная колонизация. В отличие от животных 1-группы (активная хирургическая тактика), к 30-суткам после травмы в зоне поражения только начинался формирование очагов многослойного плоского эпителия, преимущественно в периферических участках раны. В группе животных с применением мази Левомеколь в местном лечении ожоговых ран процессы регенерации значительно запаздывали в связи с вялотекущими воспалительными процессами.

Заключение. При применении аллогенных МСК жировой ткани на фоне активного хирургического ведения отмечено более ускоренное течение репаративных процессов. К 30-суткам отмечено полное восстановление структуры кожи и её придатков. При применении традиционной хирургической тактики лечения несмотря на введение аллогенных МСК жировой ткани получены худшие результаты. Отмечено увеличение сроков воспалительных и репаративных процессов. К 30-суткам было выявлено грануляционная ткань, фокусы формирования многослойного плоского эпителия. Более активное формирование эпителия выявлялось в периферических участках за счет подрастания эпителия из сохраненной кожи и эпителия волос. При традиционном методе лечения ожоговых ран с использованием мази на водорастворимой основе Левомеколь отмечается более затяжное течение раневого процесса, чем при применении МСК жировой ткани.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

*Расулов А.Ф., Ортиков А.Б., Туйчиев М.М., Джурсаев М.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

Травматические повреждения селезенки составят от 15 до 35% всех повреждений органов брюшной полости. Методы лечения селезенки до сих пор вызывают споры, так как в последнее время доказана важная роль этого органа в иммунологической защите организма. Имеются сообщения о тяжелых инфекционных заболеваниях, часто с молниеносным течением, больных, перенесших ранее спленэктомию. Под нашим наблюдением в течение последних двух лет в отделении экстренной хирургии №2 ФФРНЦЭМ находились 24 больных, из них 15 (62,5%) мужчин и 9 (37,5%) женщин в возрасте от 17 до 65 лет. 85% больных были в возрасте от 30 до 50 лет. У 8 (33,4%) больных повреждения были открытыми, 16 (66,6%) - закрытыми. Клиническая картина часто была нечеткой, особенно при сочетанной травме органов брюшной полости. Все больные поступали в стационар с клиническими признаками анемии разной степени выраженности. Болевой синдром в левом подреберье наблюдался у 80% больных, боль часто иррадировала в левое плечо. Всем больным с закрытыми повреждениями проводилось комплексное обследование (общий анализ крови и мочи, УЗИ брюшной полости, при необходимости - обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости), при котором определялся характер и размеры повреждения, количество излившейся в брюшную полость крови. Дальнейшая тактика ведения больных, как правило, зависела от величины гемоперитонеума. В неясных случаях для уточнения диагноза проводилась диагностическая лапароскопия, настоящее время мы придерживаемся принципов органосохраняющих операций при разрывах

селезенки. В то же время выполнить органосохраняющие операции удастся далеко не всегда, так как удельный вес тяжелых повреждений довольно высок.

Считаем, что абсолютными показаниями к спленэктомии являются повреждения сосудов ножки селезенки, разможнения селезенки, разрывы в области ворот и не останавливающееся кровотечение, а относительными - множественные повреждения органов и перитонит.

Спленэктомия выполнена у 7 больных. Во всех случаях удаленная ткань селезенки имплантировалась в большой сальник. При объемных кровопотерях произведена реинфузия крови.

При надрывах и малых размерах раны у 2 больных проведено ушивание раны селезенки. Во избежание прорезывания швов на края разрыва в качестве прокладок применялся участок большого сальника на питающей ножке, у 2 больных использовалась электрокоагуляция раневой поверхности и у 1 больного - гемостатическая губка.

Таким образом, при подозрении на закрытую травму селезенки УЗИ и диагностическая лапароскопия должны быть стандартом диагностики. По возможности предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО КОШЕЧНОГО ТРАКТА У ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ

*Халиков В.К. Косимов П.С., Кодиров Р.И.
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Термическая травма отрицательно влияет на работу всех систем и органов. Они проявляются в виде различных осложнений со стороны этих органов. На данном материале мы рассмотрим осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта у детей, госпитализированных в отделение комбустиологии Андижанского филиала РНЦЭМП. Клинически эти осложнения проявляются в виде болей в области эпигастрии, тошноты, рвоты, диспепсии, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Патоморфологической основой этих осложнений являются эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). По поводу их этиопатогенеза существуют несколько теорий, но не одна из них не является доминирующей.

В отделение всем больным с обширными термическими поражениями кожных покровов назначается, согласно лечебно-диагностическим протоколам, противоязвенная терапия с целью профилактики эрозивно-язвенных осложнений со стороны ЖКТ. К ним относятся Н₂ гистаминоблокаторы- ултран, рабелок, ингибиторы протонной помпы- омепразол, обволакивающие средства- алмагель А. По показаниям и по необходимости назначается ФЭГДС.

В отделении комбустиологии с 2019 по 2021 было госпитализировано 601 детей. Из них у 65 (10,8%) детей было выявлено жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, диспепсические явления. По данным различных авторов такие осложнения наблюдаются от 3% до 45% больных. У 23 (35,3%) больных наблюдалось рвота «кофейной гущей», черный стул. У 3 (4,6%) больных было произведено ФЭГДС. У 2 (66,6%) больных было выявлено эрозивное кровотечение, у 1 (33,3%) больных - кровотечение из язвы желудка. В результате проводимой противоязвенной и гемостатической терапии кровотечения были остановлены консервативными методами лечения. Необходимость оперативного лечения не у одного больного не возникло.

Анализ детей, лечившихся в районах и не получавшие противоязвенное лечение показывает, что эрозивно-язвенные повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, встречается 1,6 раза чаще. А кровотечения из верхних отделов ЖКТ наблюдается 1,8 раза чаще.

Поэтому мы считаем, что назначение противоязвенной терапии у больных с обширными термическими поражениями кожных покровов, является обязательным и клинически обоснованным

ОЗОНОТЕРАПИЯ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ.

*Халиков В.К., Кодиров.Р.И.
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Обширные термические поражения кожных покровов отрицательно влияют на функции всех органов и систем организма. Несмотря на успехи медицины на современном этапе развития, многие проблемы комбустиологии остаются нерешенными. К ним относятся такие проблемы, как коррекция иммунитета, восстановление гомеостаза, улучшение микроциркуляции, коррекция метаболизма, уменьшения эндотоксикоза, борьба с инфекцией, вопросы психической, физической и социальной реабилитации. Для решения вышеперечисленных проблем предлагаются разные варианты. Одним вариантом дать ответ на все или на многие проблемы удастся не всегда.

На наш взгляд применение озонотерапии у больных с обширными термическими поражениями кожных покровов дает положительный ответ на многие вышеперечисленные проблемы.

Озон в лечении ожоговых ран начали применять в начале XX века. В отделении комбустиологии озонотерапию применяли у 12 больных, в стадии острой токсемии и септикотоксемии ожоговой болезни. Озон применяли парентерально внутривенно (озонированный физиологический раствор 0,9%-200 мл в дозе 4 мг/л) и местно (озонированное оливковое масло в дозе 10 мг/л). Парентеральное применение озона приводит к следующим результатам:

- антиоксидантное действие, уменьшает перекисное окисление липидов, улучшается гликогенез, увеличивается количество синтезируемых АТФ, АДФ, АМФ, восстанавливается полный цикл Кребса, уменьшается количество промежуточных недоокисленных продуктов;
- уменьшает гипоксию тканей: положительно влияет на мембраны эритроцитов, увеличивает транспортную функцию кислорода, освобождаясь атомарный кислород также увеличивает уровень растворимого кислорода в плазме и тканях, уменьшая сопротивление периферических сосудов и действуя фибринолитически, уменьшает вязкость крови - улучшается микроциркуляция;
- действуя как антисептик озон уменьшает инфицированность ожоговых ран, благоприятно действует на регенеративные и репаративные процессы, увеличивает эффективность антибиотикотерапии, действуя как бактериоцид, убивает многие полирезистентные к антибиотикам микроорганизмы;
- положительно влияет на клеточный и гуморальный иммунитет, в несколько раз повышается количество Т и В- лимфоцитов, повышается эффективность фагоцитоза, увеличивается синтез иммуноглобулинов, интерлейкинов, простогландинов,
- местное применение озонированных жидкостей и масел уменьшает инфицированность ожоговых ран в десятки и сотни раз, улучшается качество грануляций, исход операций аутодермопластики, поверхностные раны быстрее эпителизируются, уменьшается риск возникновения сепсиса;
- местное применение озона при лечении ожоговых ран уменьшает число рубцовых осложнений, а это в свою очередь положительно отражается на физической, психической и социальной реабилитации больных.

Вышеуказанные показывают, что парентеральное и местное применение озона у больных с термическими поражениями кожных покровов, благотворно влияет на течение и исход ожоговой болезни.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Д.Э. Хошимов¹, Г.К. Сапарбаева²

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент.

²Республиканский многопрофильный медицинский центр имени У. Халмуратова, г. Нукус.

Актуальность. Спаечная болезнь брюшной полости (adhesive disease) давно и последовательно рассматривается как одна из ведущих и наиболее трудноразрешимых проблем абдоминальной хирургии. Послеоперационное образование спаек наблюдается у подавляющего большинства пациентов после абдоминальных вмешательств — по данным ряда публикаций, этот показатель колеблется от 67 до 95 %. При этом сама спаечная болезнь (т.е. спайки, приводящие к клиническим проявлениям) регистрируется в диапазоне от 12 до 64 %. Спаечный процесс часто остаётся бессимптомным, но даже единичное образование может вызвать острую кишечную непроходимость, тогда как массивные, казалось бы, спайки могут протекать скрытно. Острая форма этого состояния — острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) — ответственна примерно за 50–75 % всех случаев кишечной непроходимости и до 60–75 % всех случаев механической кишечной непроходимости. В связи с этим изучение механизмов формирования адгезивного процесса, совершенствование методов ранней диагностики и оптимизация хирургической тактики лечения остаются актуальными и приоритетными задачами современной хирургической науки и практики.

Цель исследования. Оценить особенности течения и диагностики острой спаечной болезни брюшной полости, а также выявить ключевые звенья её патогенеза для совершенствования лечебной тактики.

Задачи исследования. Изучить клиническое течение острой спаечной болезни на основе ретроспективного и проспективного анализа, определить диагностическую ценность лабораторных и инструментальных методов, а также сравнить результаты традиционных и малоинвазивных хирургических вмешательств для оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2018 по 2024 гг., а также с учётом сравнительных зарубежных данных. В исследование были включены 164 пациента с подтверждённым диагнозом «острая спаечная болезнь брюшной полости». Пациенты были разделены на три группы: основная группа (n=56) – применялись современные методы диагностики, эндоскопические и лапароскопические вмешательства; внутренний контроль (n=54) – использовались традиционные открытые хирургические методы лечения; внешний контроль (n=54) – данные зарубежных клиник, где применялись комбинированные протоколы диагностики и профилактики. Возраст пациентов варьировал от 22 до 78 лет, средний возраст составил 49 ± 7 лет. В исследование не включались пациенты с онкологическими заболеваниями органов брюшной полости, туберкулёзным перитонитом и тяжёлой сопутствующей патологией. Для диагностики применялись клиническое обследование, УЗИ, компьютерная томография, рентгенография с контрастированием, а также лабораторные методы (лейкоцитоз, уровень С-реактивного белка, биохимический анализ крови). Для оценки исходов использовались статистические методы: критерий χ^2 , t-тест Стьюдента, а также формулы относительных величин:

$P = (n/N) \times 100\%$ – вычисление процента от общего числа, $\Delta\% = (P_1 - P_2) / P_2 \times 100\%$ – сравнение относительных различий, $RR = a/(a+b) \div c/(c+d)$ – относительный риск и $t = (M_1 - M_2) / \sqrt{(\sigma_1^2/n_1 + \sigma_2^2/n_2)}$ – t-критерий для сравнения средних.

Результаты. Анализ показал, что, в основной группе положительный клинический эффект был достигнут у 49 пациентов (87,5%), во внутреннем контроле – у 39 пациентов (72,2%), во внешнем контроле – у 46 пациентов (85,2%). Летальность составила в основной

группе – 2 случая (3,6%), во внутреннем контроле – 5 случаев (9,3%), во внешнем контроле – 3 случая (5,6%). Средняя длительность госпитализации – основная группа – 9 ± 2 дня, внутренний контроль – 13 ± 3 дня, внешний контроль – 10 ± 2 дня. Рецидивы заболевания в течение первого года наблюдались: у 7 пациентов основной группы (12,5%), у 14 пациентов внутреннего контроля (25,9%), у 9 пациентов внешнего контроля (16,7%). Интраоперационные находки: плотные фиброзные тяжи – 65% случаев (107 пациентов), спайки с вовлечением большого сальника – 20% (33 пациента), множественные конгломераты тонкой кишки – 15% (24 пациента). Современные методы диагностики, включая мультиспиральную КТ (чувствительность 92,7%) и лапароскопическую ревизию (точность 96,3%), позволили значительно сократить время постановки диагноза и своевременно определить показания к оперативному вмешательству. Применение лапароскопического адгезиолизиса снизило частоту осложнений: во внутреннем контроле – 28,0%, в основной группе – 16,1%, во внешнем контроле – 18,5%. Патогенез заболевания связан с воспалением брюшины, нарушением фибринолиза и избыточным синтезом коллагена. У пациентов основной группы уровень CRP и интерлейкина-6 был статистически выше ($p < 0,05$), а показатели тканевого фибринолиза снижены на 17,8% по сравнению с контролем.

Обсуждение. Результаты исследования подтверждают, что малоинвазивные методы (лапароскопия, эндоскопический адгезиолизис) и зарубежные протоколы лечения снижают частоту осложнений и летальность. Основные факторы риска: повторные операции, перитонит в анамнезе, массивные кровопотери, использование инородных материалов.

Заключение и выводы. Острая спаечная болезнь брюшной полости остаётся ведущей причиной механической кишечной непроходимости (по нашим данным, у 111 пациентов из 164, или 67,7%). Профилактика спаечного процесса должна стать неотъемлемой частью хирургии. Применение барьерных средств (гиалуроновая кислота, окислированная регенерированная целлюлоза), атравматичных материалов и лапароскопических доступов снижает риск рецидива на 30–40%. В нашей когорте: повторные госпитализации во внутреннем контроле – 21,3%, в основной группе – 10,7%, во внешнем контроле – 12,9%.

Таким образом, результаты исследования подтверждают: ранняя диагностика, малоинвазивные вмешательства и зарубежный опыт являются ключевыми факторами улучшения исходов при острой спаечной болезни. Необходимы дальнейшие многоцентровые исследования, направленные на изучение молекулярных механизмов фибринолиза и разработку новых методов медикаментозной профилактики.

СРАВНЕНИЕ ВАРИЗИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ И ОСТЕОТОМИИ ПО САЛЬТЕРУ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ

Шорустамов Ш.М.¹, Асилова С.У.²

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Болезнь Пертеса — идиопатический остеонекроз головки бедра у детей, который может приводить к стойкой деформации и повышенному риску коксартроза в зрелом возрасте. Цель лечения — сохранить сферичность и центрирование головки; наиболее применяемые методы хирургического «контейнмента» — варизирующая бедренная остеотомия и остеотомия по Сальтеру. Выбор вмешательства зависит прежде всего от возраста и тяжести по латеральной колонне (Herring), однако сопоставительные данные между методиками неоднородны. Мета-анализы и недавние исследования показывают, что относительные преимущества FVO и остеотомии по Сальтеру различаются в зависимости от стратификации пациентов, что обосновывает прямое сравнение в однородных когортах. Оценка исходов по шкале Стулберга остаётся референсным стандартом прогноза на зрелость скелета.

Материалы и методы. Одноцентровое проспективное сравнительное исследование, сентябрь 2024 — август 2025. Включены 88 детей 5–11 лет с односторонней болезнью Пертеса (Herring B–C; стадии фрагментации/реоссификации). Сформированы две сравнимые группы: варизирующая бедренная остеотомия ($n=44$) и остеотомия по Сальтеру ($n=44$). Рентгенометрия и клиническая оценка выполнялись до операции и на 3-м, 6-м и 9-м месяцах. Первичный исход — сферичность головки по Mose на 9-м месяце. Вторичные — индекс экструзии Reimers, центр-краевой угол, объём движений, осложнения и ревизии. Снимки анализировали два независимых эксперта, ослеплённые к методу вмешательства. Для анализа использовали сравнение долей и средних с учётом возраста и типа Herring; $\alpha=0,05$. Этическое одобрение получено, оформлено информированное согласие.

Результаты. Исходные характеристики групп были сопоставимы по возрасту, типу Herring и рентгенометрии ($p>0,1$). На 9-м месяце благоприятная сферичность по Mose достигнута у 33 из 44 (75,0%) после варизирующей остеотомии и у 30 из 44 (68,2%) после остеотомии по Сальтеру, статистически значимых различий нет ($p=0,47$). Индекс экструзии Reimers снизился с $26,1\pm 6,3\%$ до $12,2\pm 5,4\%$ в группе варизации и с $27,0\pm 6,1\%$ до $13,4\pm 5,6\%$ в группе Сальтера; межгрупповая разница изменения 1,2 п.п., $p=0,36$. Центр-краевой угол увеличился с $18,4^\circ\pm 5,2$ до $31,6^\circ\pm 6,0$ и с $17,7^\circ\pm 5,5$ до $29,8^\circ\pm 6,2$ соответственно; разница изменений $1,8^\circ$, $p=0,28$. Объём движений тазобедренного сустава вырос сходно в обеих группах, клинически значимых различий не получено ($p=0,62$). Осложнения зарегистрированы у 4/44 (9,1%) после варизации и у 3/44 (6,8%) после остеотомии по Сальтеру, глубокой инфекции не было; повторные вмешательства выполнены у 2/44 и 3/44 соответственно. Межнаблюдательная согласованность высокая: ICC для Mose 0,88, для центр-краевого угла 0,91. В модели логистической регрессии с поправкой на возраст и тип Herring тип операции не был связан с шансом благоприятного исхода по Mose на 9-м месяце (ОШ 1,32; 95% ДИ 0,56–3,10; $p=0,53$).

Обсуждение. Сопоставимые результаты двух методик к 9-му месяцу объяснимы тем, что обе операции решают одну и ту же задачу — стабильный «контейнмент» и разгрузку латерального отдела эпифиза. В нашей когорте, где группы были выровнены по возрасту и типу Herring, рентгенометрические маркеры ремоделирования (Mose, центр-краевой угол, индекс экструзии) улучшались параллельно, а различия по частоте осложнений оставались минимальными. Это указывает, что при стандартизированных показаниях, технике и реабилитации ключевое значение имеет сам факт раннего и достаточного перекрытия головки, а не выбранный путь его достижения — через варизацию бедра или перенаправление вертлужной впадины. Отсутствие статистически значимого превосходства одной из тактик не тождественно их полной эквивалентности. Дизайн и срок наблюдения ограничивают выявление возможных отложенных расхождений, которые чаще становятся заметны ближе к закрытию зон роста и при оценке по Стулбергу. Мощности исследования достаточно для обнаружения разницы ~15% по благоприятной категории Mose; более тонкие эффекты могли остаться за пределами детекции. К сильным сторонам работы относятся проспективный набор, унифицированная рентгенометрия с ослеплённой оценкой и сопоставимость групп; к ограничениям — одноцентровый характер, 9-месячный горизонт и отсутствие стратификации по подтипам внутри Herring B–C. Обе методики могут применяться как равноценные инструменты органосохранения в краткосрочной перспективе, а выбор следует базировать на анатомических деталях конкретного случая и опыте команды. Дальнейшие шаги — продление наблюдения до скелетной зрелости с оценкой по Стулбергу, включение валидированных опросников качества жизни и мультицентровая валидация для подтверждения универсальности полученных тенденций.

Заключение. У детей с болезнью Пертеса (Herring B–C) варизирующая бедренная остеотомия и остеотомия по Сальтеру обеспечили сопоставимое краткосрочное улучшение рентгенометрических показателей к 9-му месяцу без статистически значимого превосходства одной методики. Частота осложнений и потребность в ревизиях не различались существенно. В клинической практике выбор вмешательства целесообразно индивидуализировать по

возрасту, степени латеральной экстрюзии и анатомическим особенностям, приоритет отдавать своевременному «контейнменту» и стандартной реабилитации. Требуется продлённое наблюдение до скелетной зрелости и мультицентровая валидация для оценки отдалённых исходов.

ЭРХПГ И ЭПСТ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

***Махмудов Н.И., Сирожитдинов У.К., Сохибоев И.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП.***

Актуальность: Желтуха является одним из главных симптомов различных заболеваний печени и желчевыводящих протоков. Своевременное определение генеза желтухи способствует правильному решению ряда вопросов, связанных прежде всего с лечебной тактикой, выбором метода оперативного вмешательства. Улучшение результатов хирургического лечения возможно при своевременной диагностике и выборе оптимального способа оперативного вмешательства в каждой конкретной ситуации. С 2021 г. по 2024 г. нами с целью установления генеза желтухи у 197 больных проводили комбинированную эндоскопию с рентгенконтрастным исследованием желчных путей (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография) ЭРХПГ. Возраст больных были от 21 – 70 лет. Из них мужчин - 61 (31 %), женщин – 136 (69%). В результате ЭРХПГ у больных выявлены следующие причины механической желтухи: Конкременты общего желчного протока – 87 (44, 2 %), стриктура терминального отдела общего желчного протока- 4 (2 %), рак вороты печени- 9 (4,6%), рак желчного пузыря – 3 (1,52 %), рак фатерова соска -4 (4,6%), состояние после холецистэктомии, холедохолитиаз- 19 (9,6 %), синдром Мирризи – 2 (1,1 %), папилит – 8 (4,06 %), облитерирующий холангит – 1 (0,5 %). Всего произведена ЭПСТ (эндоскопическая папиллоспиктротомия) у 164 больных. Наш небольшой опыт показывает, что ЭПСС является высокоэффективным методом лечения холедохолитиаза. Абсолютных противопоказаний к ЭПСТ мы не ставили, за исключением редких случаев, когда стриктура терминального отдела холедоха распространяется более 3-х см, и выше интермуальной части общего желчного протока. Хорошие результаты получены у 154 больных и определялись главным образом адекватным рассечением БДС, для создания условий отхождения всех конкрементов.

Однако одним из недостатков ЭПСТ является рефлюкс дуоденального содержимого в желчные и панкреатические протоки с последующим развитием холангита и панкреатита. Острый деструктивный панкреатит в нашем случае развился у 3 (1,8%) больных после ЭПСТ и завершился лапаротомией, санацией, дренированием сальниковой сумки и брюшной полости с холецистостомией. Исход – выздоровление. У 11 (6,7 %) больных наблюдались явления холангита и клиника острого отека поджелудочной железы, которые купированы назначением консервативных мероприятий: ингибиторов протез, спазмолитиков, антибиотиков и дезинтоксикационной терапией.

Выводы. Несомненные преимущества ЭПСТ позволяющие использовать ее у наиболее тяжелых больных, особенно пожилого возраста, и хорошие при этом ближайшие результаты указывают на целесообразность применения этой операции у каждого больного с холедохолитиазом, стриктурой БДС, осложненных механической желтухой ЭПСТ является наиболее легким и быстрым способом восстановления проходимости терминального отдела

холедоха в экстренной хирургии острого холецистита осложненного механической желтухой.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Расулов Ф. А., Орифжанов О. Э., Махмудов Н.И., Самсаков Ф.Т.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья*

Цель исследования: изучить диагностические и лечебные возможности эндоскопии и ее влияние на результаты лечения больных с кровотечениями из хронических язв двенадцатиперстной кишки в условиях применения активно-индивидуализированной лечебной тактики

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 350 пациентов с кровотечением из хронических язв двенадцатиперстной кишки в условиях 2-хирургического отделения Ферганского Филиала РНЦЭМП. Мужчин - 240, женщин - 110. Возраст больных от 24 до 82 лет.

Результаты и обсуждение: всем пациентам в приемном отделении после предварительного промывания желудка выполнялась ЭГДФС. При этом установить локализацию и характер источника кровотечения при первичном осмотре удалось у всех больных (100%). В основном пациенты поступали в стационар с остановившимся кровотечением оценивали по классификации J. Forrest (1974 г.): F-IIA (62), F-IIВ (162), F-IIС (80), F-III (20). Активное кровотечение диагностировано у 26 пациентов — FIA (12), F-IB (14). Наиболее часто причиной кровотечений были язвы размером до 1 см. — 196 (55,8%), язвы в диаметре до 0,5 см. диагностированы в 120 (34,2%) случаях, диаметр язв до 2 см. отмечен у 24 (7%) и язвы диаметром более 2 см выявлены всего у 10 (3%) пациентов. С кровопотерей легкой степени поступили 150 (42,8%) больных, средней - 142 (40,6%), тяжелой - 38 (10,9%), крайне тяжелой — 20 (5,7%). Геморрагический шок I степени при поступлении имел место у 77 (22%), II степени — у 28 (8%) и III степени — у 10 (2,8%) больных. Остальные 235 (67,2%) пациентов поступили в стационар без признаков геморрагического шока. При выполнении первичной эндоскопии выявить источник кровотечения удалось у 100% больных. У 12 больных, которые поступали в стационар с активным струйным кровотечением (F-IA) на первичном этапе применялся эндоскопический гемостаз с помощью монополярной диатермокоагуляции, обкалывание вокруг язвы раствором этанола, аргонплазменная коагуляция. При этом остановить активное кровотечение удалось у 6 (50%), остальные 6 больных экстренно оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза. У 14 больных, поступивших с кровотечением F-IB с помощью диатермокоагуляции остановить кровотечение удалось у 12 (85,7%). В 2 случаях применение диатермокоагуляции оказалось не эффективным и пациенты экстренно оперированы. Контрольный ЭФГДС произведено с целью укрепления гемостаза при F-IIA через 12 часов, F-IIВ через 24 часа. При наличии F-IIС и F — III эндоскопический гемостаз не применялся. Рецидив кровотечения в стационаре после первичной консервативной или эндоскопической остановки возник в 20 (5,7%) случаях. Всего оперативные вмешательства выполнены 8 (2,3%) больному. Из них в экстренном порядке - 5 (62,5%), срочном - 3 (37,5%). Резекция желудка произведена у 2 (25%); клиновидное иссечение язвы — у 4 (50%), прошивание язвы выполнено у 2 (25%) больных. Послеоперационные осложнения развились у 4 (50%) пациентов: недостаточность культи ДПК — у 1 (12,5%), пневмония — у 2 (25%), тромбоэмболия легочной артерии — у 1 (12,5%). Послеоперационная летальность составила 12,5% (1 больной). Причиной летальных исходов явились: ТЭЛА — у 1 больного.

Выводы: таким образом, эндоскопическое исследование обладает высокими лечебно — диагностическими возможностями при кровотечениях из хронических язв

двенадцатиперстной кишки. Применение эндоскопического гемостаза совместно с использованием высокоэффективных противоязвенных препаратов и гемостатических препаратов приводит к заметному снижению уровня оперативной активности.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПУНКЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.

***Юлдашев Г.Ю. Отаджанов Ж.Э. Бабаханова Д.Р.
Ургенчкий филиал Ташкентской медицинской академии.***

Актуальность проблемы. Идея чрескожной пункции и дренирования полостных образований впервые озвучена в докладе Wiechel в 1971г.

В 1989 г. Van Sonennberg доложил об опыте 101 вмешательства с хорошими результатами. В то же время до сих пор не полностью отработаны чёткие показания к данным манипуляциям, не определены сроки выполнения дренирования, мало изучены непосредственные и отдалённые результаты данного вида лечения.

Целью исследования является разработка малотравматичного метода чрескожно-чреспеченочного пункционного дренирования остаточной полости печени. Эту задачу следует считать актуальной, так как её разрешение позволит у больных с повышенным хирургическим риском ликвидировать остаточную полость без повторных операций.

Материал и методы. В хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП и клиники «Мед Комплекс» с 2010 по 2025 гг. чрескожно-чреспеченочное пункционное аспирационное, дренирование остаточной полости после эхинококкэктомии произведено 46 пациентов под контролем УЗИ (14 женщины 32 мужчины) в возрасте от 35 до 65 лет. Все больные ранее были оперированы по поводу эхинококкоза печени. У всех больных выявлены тяжёлые сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца у 12, ИБС и гипертоническая болезнь - у 13, сахарный диабет - у 11 больного. Инфицирование и нагноение остаточной полости сопровождалось повышением температуры тела, болями и дискомфортом в правом подреберье, интоксикацией. При отсутствии нагноения остаточной полости наблюдалось наличие тупых болей в области печени, иногда пациенты острых жалоб не предъявляли. Наличие остаточной полости диагностировано с помощью УЗИ (35) и КТ (11). Размеры полости варьировали от 5,1 до 10,2 см в диаметре.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов наших исследований показал, что остаточная полость в основном формировалась у больных с гигантскими нагноившимися эхинококковыми кистами. Во всех случаях остаточная полость локализовалась в правой доле (VI-VII-VIII сегмент) печени. После кратковременной подготовки 6 больным выполнено чрескожное чреспечёночное дренирование остаточной полости печени. Оперативные вмешательства выполняли под местной анестезией. Начинали с прицельной тонкоигольной пункции иглой Chibo с целью забора материала из полости для исследования. При подтверждении наличия гноя в пунктате через ту же иглу аспирировали 10-20 мл жидкости и затем вводили соответствующее количество антисептической жидкости (диоксидин, хлоргексидин). Затем извлекали иглу и сразу же проводили пункцию стилет - катетером с проведением через гильзу последнего силиконового дренажа, а затем дренаж фиксировали к коже и осуществляли максимальную аспирацию содержимого полости. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали, у 3 больных выявлена умеренная воспалительная реакция вокруг силиконовой дренажной трубки. У 1 пациента через 2 недели дренаж выпал, в связи с чем выполнено повторное дренирование полости под контролем УЗИ. Отдалённые результаты изучены у 25 больных в сроки от 6 месяцев до 14 лет. Жалоб больные не предъявляли, при УЗИ у 19 больных наступила полная ликвидация полости, у 6 сохранились небольшие остаточные полости.

Таким образом, чрескожно-чреспеченочные пунктирно-дренажные манипуляции являются эффективными лечебными мероприятиями у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И., Насритдинова Н.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМ

Проблема послеоперационных венозных тромбозов (ПВТ) глубоких вен нижних конечностей остается актуальной, несмотря на огромное количество работ, по данной теме. По ряду вопросов, связанных с оптимизацией мер профилактики и лечения ПВТ, у клиницистов нет единого мнения. Разработанные стандарты профилактики ПВТ не позволяют избежать летальности от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Цель исследования. Произвести анализ эпизодов ПВТ глубоких вен нижних конечностей и их последствий, конкретизировать меры эффективной профилактики данной патологии.

Материал и методы. За истекшие 10 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии ФФРНЦЭМП находилось на лечении 1040 больных с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК). Из них мужчин было 559 (53,8%), женщин – 481 (46,3%). У 525 (50,5%) пациентов отмечен илиофemorальный флеботромбоз, у 515 (49,5%) – тромбоз глубоких вен нижних конечностей. У 120 (11,5%) больных отмечены ПВТ глубоких вен нижних конечностей. Ранее им были выполнены оперативные вмешательства следующих локализаций: на матке и придатках – у 55 пациенток, остеосинтез костей нижних конечностей – у 31, на органах брюшной полости – у 26, вскрытие гнойных процессов нижних конечностей – у 8 больных. Средний возраст пациентов с тромбозом подвздошно-бедренного сегмента составил 46,5 лет, с тромбозом глубоких вен голени – 42 года. Причиной ПВТ, в большинстве случаев, явились: повышенное тромбообразование, вследствие отказа от гепаринов; дезактивация в послеоперационном периоде; сопутствующая варикозная болезнь и воспалительные процессы малого таза; отказ от эластичной компрессии нижних конечностей; беременность и др. Следует отметить, что сама операция, являясь хирургической агрессией, активизирует свертывающую систему крови, а наркоз с использованием миорелаксантов вызывает дилатацию внутримышечных вен, что приводит к замедлению оттока крови из нижних конечностей. Всем больным с ПВТ назначался строгий постельный режим в течение 7-8 дней, возвышенное положение и эластичная компрессия нижних конечностей, прямые антикоагулянты, а за 2 дня до отмены непрямые антикоагулянты. При выявлении эмболеных тромбов общей или наружной подвздошной вен выполняли тромбэктомию с последующей антикоагулянтной терапией или клипирование нижней полой вены по оригинальной методике РНЦЭМП. При наличии флотирующего тромба поверхностной бедренной или подколенной вен – выполняли перевязку первой. Эпизоды тромбоэмболии легочных артерий отмечены у 35 (3,4%) больных с ТГВНК и у 4 (3,3%) пациентов с ПВТ. Патогенетическая терапия при эмболии мелких ветвей легочной артерии заключалась в струйном внутривенном введении гепаринов для подавления роста и рассасывания тромбов, предупреждения тромбообразования и повторных эпизодов ТЭЛА, симптоматическая терапия. При массивной эмболии проводилась тромболитическая терапия стрептокиназой. Умерло 18 (1,7%) больных. Причиной смерти явилась массивная ТЭЛА с нарастающей правожелудочковой недостаточностью.

Нами выявлено, что подавляющее количество ПВТ глубоких вен нижних конечностей развилось в связи с отказом лечащего врача (хирурга или реаниматолога) от предоперационного применения гепаринов или же от неправильного подбора схемы и способа его введения, опасаясь геморрагических последствий. Пациентам не применялись

также физические методы профилактики, такие как подъем ножного конца операционного стола или кровати, использование эластичных бинтов или чулок, ранняя активизация в послеоперационном периоде, что способствовало бы ускорению кровотока в глубоких венах нижних конечностей.

Таким образом, риск развития послеоперационных венозных тромбозов глубоких вен нижних конечностей и их последствий может быть снижен путем применения гепаринов, ранней активизации пациента и физических методов профилактики. Хотя многие хирурги считают, что успешно выполненная операция является гарантом благополучного течения послеоперационного периода.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.

Садыков Р.Р.,¹ Садыков Р.А.,¹ Жамалов Ж.Б.²

¹ГУ РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова

²Андижанский государственный медицинский институт.

Эндоскопические технологии активно внедряются в диагностике и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта. Этому способствует усовершенствование эндоскопического оборудования, разработка нового инструментария, улучшение возможности прижизненной микроскопии слизистой, а также оптической диагностики. Особую значимость приобретают высоко- и низкоэнергетические лазеры, которые позволяют проводить диагностические и хирургические вмешательства с использованием гибких моноволоконных световодов и ацессуаров.

При кровотечениях из желудка различной этиологии, в настоящее время активно используются миниинвазивные технологии для временного и постоянного гемостаза. Особую сложность при проведении эндоскопического гемостаза представляют язвенные кровотечения (Форрест 2А и 2В), когда дно язвы покрыто тромбом и не ясно насколько крепко будет фиксирован тромб к язвенному дефекту и каков риск рецидива кровотечения. При этой патологии нами разработан способ превентивного ускоренного процесса ретракции кровяного сгустка на поверхности кровоточащей язвы путем дозированного лазерного воздействия на рыхлый тромб (Патент РУз № IAP 07311 от 09.01.2023). Метод апробирован в экспериментах на мелких и крупных (минисвиньи) экспериментальных животных и нашел применение в клинической практике. Рецидив кровотечения при диагностированном кровотечении из язвы (Форрест 2А) снизился на 60%.

Следующая разработка была направлена на решение проблемы гемостаза при кровотечении из множественных эрозий слизистой желудка, что имеет место у пациентов находящихся в тяжелом состоянии, а также при медикаментозных эрозивных гастритах. В этих случаях применение коагуляторов практически не возможно, а эффект от применения ингибиторов продукции кислоты и гастропротекторов проявляется не сразу. Нами разработан способ остановки кровотечения из множественных эрозий желудка с использованием ФДТ (Патент РУз № IAP 20230012 от 09.01.2023). Методика осуществляется путем локального использования фотосенсибилизатора путем орошения слизистой желудка. При этом проявляются как потенциально открытые эрозии, так и те места слизистой, где могут формироваться новые участки эрозирования слизистой. Дальнейшее облучение слизистой желудка с использованием отечественного лазерного аппарата Восток 2 с излучением в спектре 640нм позволило провести микрогемостаз слизистой желудка без развития очагов некроза, что имеет место при воздействии высокоэнергетическими лазерами. Этот метод также был апробирован в эксперименте на крупных экспериментальных животных (мини свиньях), а также эффективность метода нашла подтверждение при применении ее в клинической практике.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

Йулдашев Г.Ю.

Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Острые эрозии и язвы слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются актуальной проблемой комбустиологии. Особую актуальность приобретают возникновение кровотечения в ЖКТ, которое резко ухудшает прогноз жизни у обожжённых. Так, по данным А.С.Ермолова и соавт. (2004), если летальность от кровотечений из верхних отделов ЖКТ у пострадавших с тяжелыми травмами колеблется от 8 до 30 %, то у обожжённых она может достигать 80%.

Цель исследования: изучить частоту возникновения кровотечений из острых эрозий и язв желудка – кишечника в разных периодах ожоговой болезни. В отделении комбустиологии нашего филиала в 2019-2022 гг. на стационарном лечении находились 33 ожоговых больных с острыми эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов ЖКТ, из них 27 (81,8%) мужчин, 6 (18,2%) женщин, в возрасте от 2 до 70 лет. Ожоговая поверхность составляла 10-100% поверхности, прогностический признак индекс Франка (ИФ) был равен 6-290 ед. Причиной ожога у 4 (12,1%) был электрический ток, у 9 (27,3%) горячая жидкость, у 1 (3%) химические вещества и у 19 (57,6%) пламя. Наиболее информативным и достоверным методом диагностики острых эрозий и язв являлась эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), которая позволяла установить характер и локализацию процесса, а в дальнейшем проследить его динамику. У 29 из 33 больных отмечалось кровотечения острых эрозий и язв ЖКТ.

При ЭФГДС степень кровотечения оценивалось по классификации Forrest, согласно которой у 3 отмечалось F-IB, у 3 F-IIA, у 16 F-IIB, у 4 F-IIC, у 3 F-III. Клиника кровотечения характеризовалась кровавой рвотой цвета «кофейной гущи», чёрном стулом, сосудистым коллапсом различной степени выраженности. Кровотечения из острых эрозий и язв ЖКТ в периоде ожогового шока имело место у 11 (37,9%), в периоде токсемии у 7 (24,2%) и септико-токсемии у 11 (37,9%).

Таким образом, развитие кровотечения из острых эрозий и язв ЖКТ у обожжённых, прежде всего, обуславливается тяжестью течения ожоговой болезни и чаще встречается в период ожогового шока и септико-токсемии, чем в период токсемии.

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ КВАНТОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Дадаев Ш.А., Джуманов А.К., Аbruев Б.У., Манглиев Т.А.

Ташкентский государственный медицинский университет.

Актуальность темы. Проблема лечения острого перитонита остается одной из наиболее актуальных в абдоминальной хирургии, поскольку заболевание характеризуется высокой летальностью (до 20–40% в зависимости от формы и стадии), особенно среди пациентов пожилого возраста. Несмотря на достижения в антибиотикотерапии и хирургических методах, перитонит часто осложняется эндотоксикозом, полиорганной недостаточностью и сепсисом из-за нарушений лимфовенозного оттока и накопления токсинов в лимфатической системе. В последние годы эндолимфатическая терапия, включая медикаментозную и квантовую (лазерную), показала перспективность в снижении интоксикации и улучшении исходов, что подтверждается данными литературы (Савельев В.С., 2000; Ермолова А.С., 2013; Власов А.П., 2022; Нау Т., 1990). Внедрение квантовой терапии на основе низкоинтенсивного лазерного излучения позволяет усилить дренажную функцию лимфы, стимулировать иммунитет и повысить эффективность лечения.

Цель исследования: улучшить результаты комплексного лечения острого перитонита путем применения эндолимфатической квантовой терапии, оценив ее влияние на клинические, лабораторные показатели и исходы заболевания.

Задачи исследования:

1. Оценить роль нарушений лимфовенозного оттока в патогенезе перитонита.
2. Сравнить эффективность стандартной консервативной терапии, эндолимфатической медикаментозной терапии с добавлением лимфотропных методов и комбинированной терапии с квантовой компонентой.
3. Проанализировать влияние терапии на уровень интоксикации, иммунные показатели, частоту осложнений и летальность.
4. Разработать рекомендации по интеграции эндолимфатической квантовой терапии в клиническую практику.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на анализе результатов лечения 223 пациентов (122 мужчин, 101 женщина) с острым разлитым перитонитом (местный – 50, диффузный – 72, разлитой – 101) в период 2010–2025 гг. на базах кафедры Хирургических болезней Ташкентского государственного медицинского университета. Согласно классификации В.С. Савельева, реактивная стадия была у 77, токсическая – у 87, терминальная – у 59 больных. Этиология: острые заболевания органов брюшной полости (200 случаев), послеоперационный перитонит (23). Пациенты разделены на три группы:

Группа 1 (n=71): стандартная консервативная терапия (хирургическая санация, системные антибиотики, инфузионная детоксикация, коррекция функций органов).

Группа 2 (n=75): + комплексная лимфотропная и эндолимфатическая терапия (введение антибиотиков, иммуномодуляторов и антиоксидантов через лимфатические сосуды, катетеризация забрюшинного пространства).

Группа 3 (n=77): + квантовая терапия (эндолимфатическое лазерное облучение гелий-неоновым лазером мощностью 2–4 мВт, сеансы 45–60 мин, 5–10 процедур). Группы сопоставимы по полу, возрасту, тяжести и этиологии. Диагностика: клинико-лабораторные тесты (ЛИИ, СОЭ, КЩС, иммунограмма), УЗИ, КТ. Статистика: t-критерий Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты исследования. В группе 1 летальность составила 28,8% при диффузном, 23,3% при разлитом и 50% при послеоперационном перитоните; осложнения – 42,2%. В группе 2 применение лимфотропной и эндолимфатической терапии снизило летальность до 17,4%, 26,8% и 42,8% соответственно, осложнения – до 32%; улучшились показатели: снижение ЛИИ с $11,2 \pm 0,5$ до $2,1 \pm 0,3$ ($p < 0,01$), нормализация лимфоцитов (с $7,9 \pm 1,5\%$ до $25,6 \pm 3,2\%$). В группе 3 с квантовой терапией летальность уменьшилась до 13,1%, 21,2% и 33,3%; осложнения – до 22,7%. Наблюдалось быстрое снижение интоксикации (СОЭ с $67,4 \pm 3,7$ до $11,8 \pm 1,9$ мм/ч, $p < 0,001$), рост лимфоцитов до $30,6 \pm 4,2\%$ ($p < 0,001$), улучшение иммунитета (коэффициент Тх/Тс с 0,35 до 1,9 при норме 2,1–2,5). Время пребывания в стационаре сократилось в 1,5–2 раза; микробная обсемененность снизилась в 4 раза для анаэробов.

Выводы:

1. Нарушения лимфовенозного оттока играют ключевую роль в прогрессировании перитонита, усиливая эндотоксикоз.
2. Эндолимфатическая медикаментозная терапия с лимфотропными методами улучшает исходы по сравнению со стандартной.
3. Добавление квантовой терапии усиливает эффект, снижая летальность на 20–30%, осложнения и интоксикацию за счет стимуляции лимфодренажа и иммунитета.
4. Эндолимфатическая квантовая терапия рекомендуется как патогенетически обоснованный метод в комплексном лечении перитонита для снижения смертности и ускорения выздоровления.

ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ: ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

*Джумабаев Э.С., Хакимов И.С., Джумабаева С.Э. Собиров С.О.
Андижанский Государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Третичный перитонит представляет особую, сложную для диагностики и лечения проблему. Несмотря на постоянное усовершенствование лечебных мероприятий и хирургической тактики, летальность при этой патологии остается высокой и достигает 60-90%.

Цель исследования. Изучение зависимости развития третичного перитонита от иммунологического статуса брюшной полости, а также разработка метода региональной лимфатической терапии при этой патологии

Материал и методы исследования. 286 больных с разлитым гнойным перитонитом. Основная группа (102 больных) - традиционное лечение + лимфогенная терапия (иммунокорректоры и антибиотики) через большой сальник. Контрольная группа (184 больных) - традиционное лечение. 72 крысы линии Вистар с разлитым гнойным перитонитом. Основная группа (40 животных) - традиционное лечение + лимфотерапия через большой сальник. Контрольная группа (32 животных) - традиционное лечение. Использование СЭМ, ТЭМ, изучение количественного и качественного состава иммунологических клеток перитонеального экссудата и большого сальника общеклинические и лабораторные методы исследования.

Результаты исследования. При остром разлитом гнойном перитоните наблюдается глубокое истощение иммунологического статуса брюшной полости. Ультраструктурное исследование показали, что структурная организация макрофагов, моноцитов и нейтрофильных лейкоцитов свидетельствует об их невысокой функциональной активности, наблюдаются признаки их альтерации и функциональной перегрузки. Оментолимфо-иммуностимулирующая терапия улучшает морфо-функциональное состояние иммунных клеток как большого сальника, так и перитонеального экссудата. Лимфогенная терапия имеет эффективное влияние на течение и исход послеоперационного периода при остром разлитом гнойном перитоните. Процент гнойно-септических осложнений со стороны брюшной полости в основной группе был равен 6,7 %, (третичный перитонит развился у 2 (4%) больных, (летальность 50%) эквентерация органов брюшной полости через операционную рану - у 1 больной). Процент гнойных осложнений со стороны операционной раны - у 10 больных (20%), заключавшийся в нагноении послеоперационной раны. В контрольной группе процент гнойно-септических осложнений со стороны брюшной полости составил 18,1%. Третичный перитонит развился у 7 (7,9%) больных, (летальность 85%), эквентерация органов брюшной полости имела место у 3 больных, послеоперационные свищи (кишечные, желчные, желудочные) - у 4 больных, межкишечные абсцессы - у 2 больных). Положительная динамика клинических показателей в основной группе больных с разлитым гнойным перитонитом соответствовала положительной характеристике иммунологического статуса брюшной полости. Необходимо отметить более глубокое истощение иммунитета брюшной полости в контрольной группе при разлитом гнойном перитоните. Так процент макрофагов в перитонеальном экссудате больных основной группы на 5 сутки составил $45,6 \pm 1,9$ %, а в контрольной группе в этот же период $29 \pm 2,3$ % ($P=0,03$). Фагоцитарный индекс перитонеальных макрофагов на 5 сутки был равен $5,7 \pm 0,1$ ед., в основной и $3,5 \pm 0,05$ ед. в контрольной ($P=0,051$), процент фагоцитоза перитонеальных макрофагов на 5 сутки в основной группе был равен $22,5 \pm 0,38$ %, а в контрольной группе - $12 \pm 0,44$ % ($P=0,04$). Иммуноглобулин А в перитонеальном экссудате в основной группе составил $322,5 \pm 1,12$ мг на 5 сутки послеоперационного периода, в контрольной $190 \pm 2,05$ мг ($P=0,051$), иммуноглобулин М соответственно $10 \pm 6,2$ мг и $24,5 \pm 3,4$ мг ($P=0,02$), иммуноглобулин G $1355 \pm 0,5$ мг в основной и $790,0 \pm 6,4$ мг% в контрольной группе ($P=0,061$). Проведенные нами

клинико-экспериментальные исследования по изучению возможности и эффективности проведения оментолимфо-иммуностимулирующей терапии в послеоперационном периоде острого гнойного перитонита показали целесообразность включения этого метода в комплекс лечебных мероприятий с целью лечения и профилактики послеоперационных осложнений, в том числе и третичного перитонита.

Выводы. 1. При остром гнойном перитоните происходит нарушение защитно-приспособительных реакций брюшной полости. Главенствующая роль в защитно-приспособительных механизмах брюшной полости играет большой сальник, и лимфатическая система "млечных пятен". 2. Оментолимфо-иммуностимулирующая терапия острого перитонита поддерживает местный иммунологический гомеостаз брюшной полости, усиливает защитно-приспособительные механизмы брюшной полости. 3. Региональная оментолимфо-иммуностимуляция уменьшает процент гнойно-септических осложнений со стороны брюшной полости. 4. Снижает вероятность развития третичного перитонита, улучшает результаты лечения персистирующего воспалительного процесса при несостоявшемся вторичном перитоните. 5. Метод региональной лимфо-иммуностимуляции прост в техническом исполнении, может быть использован в условиях хирургического стационара любого уровня.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (Экспериментальное исследование)

Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Андижанский филиал
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Ушиб легкого является важным фактором риска респираторных осложнений, включая пневмонию и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС). Кроме того, ушибы легкого, которые составляют приблизительно 25% всех смертей, являются независимым фактором риска смертности. Ушиб легкого может возникнуть из-за любого механизма, такого как раздавливающие и проникающие ранения и тупая травма. Эти механизмы повреждают альвеолярные капилляры, в результате чего кровь, лимфа, интерстициальная жидкость, а так же альвеолярный секрет накапливаются в легочной ткани, тем самым нарушая газообмен и приводя к гипоксии.

Цель исследования. Комплексная оценка морфологических изменений лёгочной ткани при ушибе грудной клетки, а также изучение эффективности применения лимфотропного пути введения антибиотика на фоне моделированного повреждения.

Материалы и методы исследования. Экспериментальные исследования проводились на базе лаборатории экспериментальной хирургии и лаборатории патоморфологических исследований Государственного учреждения «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова» в период с 2024 по 2025 годы. Исследования выполнены под научным руководством профессора, д.м.н. Садикова Р.А., а морфологическая часть — под наблюдением руководителя лаборатории, PhD Мардонова Ж.Н. В исследовании были использованы белые беспородные крысы-самцы ($n = 48$), находящиеся в половозрелом возрасте и имеющие массу тела от 230 до 300 г. Все животные содержались в стандартных условиях вивария: температура воздуха — 22–23 °С, относительная влажность — 50–60 %, естественное чередование дня и ночи. Животные имели свободный доступ к воде и стандартному лабораторному корму. В каждой клетке размещались по 2 особи одного пола. Период адаптации перед началом эксперимента составлял не менее 7 дней. Модель ушиба лёгких воспроизводилась по модифицированной методике, заимствованной из протокола

Raghavendran K. и соавт. (2009) [Raghavendran K., Davidson B. A., Hutson A. D. et al. Predictive modelling and inflammatory biomarkers in rats with lung contusion and gastric aspiration. J. Trauma 2009; 67 (6): 1182—1190],? с целью формирования воспроизводимой травмы лёгочной паренхимы при минимизации летальности. Наблюдение проводилось в следующие временные точки: 6 часов, 1 сутки, 3 сутки и 7 сутки после моделирования травмы. На каждом этапе из эксперимента выводились по 2 крысы из контрольной группы и по 3 крысы из каждой из терапевтических групп. Общая продолжительность наблюдения составила 7 суток. Антибиотикотерапия начиналась в течение первого часа после моделирования ушиба. Животным из основной группы вводили цефтриаксон внутримышечно в дозе 30 мг/кг однократно в сутки. Опытной группе предварительно претрахеально вводили лидазу в дозе 0,1 ЕД/кг, после чего, спустя 3–5 минут, выполнялось лимфотропное введение цефтриаксона в той же дозе.

Результаты исследований. Проведённое экспериментальное исследование позволило объективно оценить морфологические последствия ушиба лёгких и эффективность различных схем антибактериальной терапии. Полученные результаты убедительно демонстрируют преимущества лимфотропного пути введения антибиотиков по сравнению с традиционным внутримышечным способом. Макроскопически у животных опытной группы наблюдалось достоверное уменьшение выраженности отёка, объёма кровоизлияний и степени деформации лёгочной паренхимы. Уже на 3 сутки после моделирования травмы структура лёгких приближалась к физиологической, а на 7 сутки — полностью восстанавливалась. В то время как в контрольной и основной группах сохранялись признаки воспаления, инфицированных полостей, гематацелле и отёка, у животных, получавших лимфотропную терапию, лёгочная ткань выглядела анатомически полноценной, с сохранёнными долями и характерным блеском поверхности. Гистологически в контрольной группе в ранние сроки определялись массивные альвеолярные кровоизлияния, разрушение межальвеолярных перегородок, периваскулярная нейтрофильная инфильтрация и отёк. К 3–7 суткам формировались зоны коагуляционного некроза, гиалиноз, начальные проявления фиброзной трансформации. В основной группе наблюдалось частичное уменьшение воспалительных изменений, однако сохранялись признаки хронического воспаления, очагов гематацелле и неполной эпителизации. В отличие от них, в опытной группе отмечались ранняя репарация, активная регенерация пневмоцитов II типа, восстановление архитектоники альвеол.

Выводы. Таким образом, результаты экспериментальной части убедительно демонстрируют преимущества лимфотропной терапии как патогенетически обоснованного метода лечения травматических повреждений лёгких. Полученные морфологические, морфометрические и макроскопические данные подтверждают её высокую эффективность, что обосновывает целесообразность дальнейшего клинического изучения и возможного внедрения в практику при лечении закрытых травм грудной клетки.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ГИДРОНЕФРОЗА В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ

Маткаримов У.М., Мамасаидов Ж.Т.Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП,

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Проблема хирургического лечения гидронефроза, при развитии калькулезном пиелонефрите, характеризующийся обструкцией и расширением чашечно-лоханочной системы, а также атрофией паренхимы почек, остается актуальной. В месте с тем, в зависимости от уровня обструкции калькулезный гидронефроз проявляется в виде гидрокаликоза и гидронефроза. Что требует дифференцированного подхода и особого алгоритма диагностики и лечения.

Целью настоящей работы явилась объективизация выбора метода диагностики и тактики лечения калькулезного гидронефроза.

Материал и методы. К анализу подвергнуты 287 историй болезней, выписанных через экстренной урологии больных, за период 2014-2020 г. Распределение больных по возрасту было : от 15 до 30 лет – 14 (4,8%), от 30 до 40 лет -89(31,%), от 40 -50 лет - 164(57,1%), от 50-60 лет 75(26,1%), старше 60 лет 55(19,2%). Женщин было всего 34(11,8%). Из них оперированных по поводу гидронефроза и при МКБ 164 (57,1%). Всем больным применена общеклиническое , урологическое обследование по стандарту. Начиная с 2006 года в отделение экстренной урологии использовалась органосохраняющая тактика при гидронефротических трансформациях. Так, при выявлении признаков обструкции произведена временная перекутанная нефростомия с последующим эндоурологическим обследованием с целью ликвидации обструкции. Таким образом анализируя ближайшие результаты проведенных нами операций, выявлена следующая картина:

Отличные результаты у 14 больных (14,8)

Хорошие результаты у 89 больных (31%)

Удовлетворительные результаты у 56 больных (17,2%)

Не удовлетворительные у 5 больных (3%)

Отличные результаты установлены на основании отсутствия клинических и рентгенологических признаков гидронефроза и болевого синдрома при выписке.

В случаях с хорошими результатами: жалобы нет, активны, при лабораторном обследовании имеется умеренные признаки пиелонефрита. Рентгенологически и биохимические показатели без патологии.

Удовлетворительные результаты установлены при выявлении умеренные клинико-биохимические и рентгенологические признаки пиелонефрита и гидронефроза почек.

Анализ случаев с неудовлетворительным исходом показал следующее: в 3 случаях имело место рецидивирующий калькулезный пиелонефрит с явлениями ХПН. В других случаях анализ показала на чисто технические погрешности дифференцированного подхода при амилоидозе почек и выбора тактики лечения данной категории больных.

Таким образом, применение эндоурологических методов диагностики и лечения, а также малоинвазивных органосберегающих методов в урологии, существенно влияет на исход и прогноз течения пиелонефрита.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА

*Тулаков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Назаров Ж.Ч., Элмуродов Ш.К.
РНЦЭМП Кашкадарьинский филиал*

Представлены анализ результатов аутопсии, проведенных в Кашкадарьинском бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) в 2020-2021 гг. Число умерших, у которых на аутопсии были выявлены изолированное или сочетанное поражение органов грудной клетки и живота, составило 500 человек. Из них на месте происшествия погибли 370 (74,0%) пострадавших, еще 68 (13,6%) погибли во время их транспортировки в стационар, живыми в приемные отделения больниц удалось доставить всего 62 (12,4%) человек.

Как минимум 130 (26,0%) умершим с закрытой травмой груди и живота была попытка оказания помощи в виде транспортировки их в стационар, в том числе бригадами скорой медицинской помощи были транспортированы 75 (57,7%) человек, попутной машиной – 55 (42,3%). Необходимо указать, что при транспортировке пострадавших в тяжелом состоянии попутным транспортом ни в одном случае не была оказана первая медицинская помощь, тогда как при транспортировке бригадами СМП достаточно часто (58; 77,3%) проведена анальгезия наркотическими (11; 14,7%) и ненаркотическими (47; 62,7%) анальгетиками.

Как известно, при тяжелых травмах одним из обязательных компонентов первой медицинской помощи является иммобилизация шейного отдела позвоночника, однако, практика показывает, что только в 12% случаях бригадами СМП соблюдается этот принцип. Более активно работники СМП у этой тяжелой категории пострадавших использовали иммобилизацию конечностей – в 25 (33,3%) случаях. Крайне низким остается уровень диагностики синдрома внутриплеврального напряжения, часто сопровождающегося травмы груди за счет накопления в плевральных полостях воздуха и/или крови, в связи с чем только в 3 (4,0%) случаях бригадами СМП был выполнен торакоцентез. У этих больных торакоцентез проводился на фоне перевода пациентов на ИВЛ, ни в одном другом случае интубация трахеи не было использовано.

Хотя уровень оказания первой медицинской помощи бригадами СМП пока еще остается не на высоком уровне, чаще всего ограничиваясь только обезболиванием, но тем не менее транспортировка по линии СМП позволяет снизить показатель смерти во время транспортировки с 63,6 до 44,0%, а также уменьшить случаи смерти в приемном отделении с 20,0 до 10,7%, что дает большую возможность врачам стационара оказания экстренной хирургической помощи, что дает шанс пострадавшему на выживание от тяжелой травмы. Очевидно, что мероприятия по дальнейшему снижению догоспитальной и, в конечном итоге, госпитальной летальности при тяжелых травмах и политравме должны быть направлены на увеличение оперативности работы службы СМП, обеспечение всех бригад СМП наркотическими анальгетиками, увеличение доли специализированных реанимационных бригад, приближение их постоянной дислокации к большим автомобильным трассам, проведение образовательных программ среди медицинских работников СМП по надлежащему оказанию медицинской помощи пострадавшим с тяжелой шокогенной травмой. Немаловажное значение имеет проведение среди населения разъяснительных работ по важности вызова и ожидания бригады СМП и ущербности попытки самостоятельной транспортировки пострадавших при тяжелых травмах.

По результатам судебно-медицинской экспертизы проведен клинко-анатомический анализ госпитальной смертности у больных с закрытой травмой груди и живота. Из 500 умерших с такой травмой в стационаре погибли 62 (12,4%) человека, в том числе в приемном отделении – 19 (3,8%), на операционном столе – 9 (1,8%) и в раннем послеоперационном периоде – 34 (6,8%).

Более половины (32; 51,6%) пациентов с тяжелой закрытой травмой груди и живота, доставленных живыми в клинику, погибли в первые сутки. От последствий травматического шока еще 5 (8,1%) пострадавших погибли в течение 1-3 суток. Высокий риск летального исхода сохраняется и в последующие 4-14 суток, в течение которых умерли 13 (21,0%) больных. По мере присоединения ранних послеоперационных осложнений в сроки позже 14 суток погибли 12 (19,4%) пострадавших. Средний срок наступления летального исхода в стационаре у этой категории больных составило $6,4 \pm 8,0$ суток с диапазоном от 1 до 33 суток.

За указанные сроки нахождения пострадавших в клинике до их смерти не во всех случаях удавалось выполнить весь перечень инструментальных методов обследования, возможности круглосуточного выполнения которых в Кашкадарьинском областном филиале РНЦЭМП заметно отличались от возможностей районных отделений экстренной медицинской помощи при РМО. Наиболее доступным методом обследования больных с травмами груди и живота как на областном, так и на районном уровнях было УЗИ, которому подверглись все 18 (100%) пострадавших, доставленных в областной филиал РНЦЭМП и большая часть – 35 (79,5%) больных, госпитализированных в районные ОЭМП.

При наличии аппарата рентгенографии во всех РМО, во многих из них не налажена их круглосуточное функционирование, в связи с чем только 17 (38,6%) пациентам удалось выполнить прижизненную рентгенографию грудной клетки и живота. Этот же показатель у умерших больных в филиале РНЦЭМП составляет 83,3% (выполнена 15 пациентам из 18). В Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП, как и во всех других аналогичных филиалах других регионов страны, за последние годы принято дополнять МСКТ черепа с обследованием всего

туловища у пациентов с тяжелой сочетанной травмой и политравмой, в связи с чем в 8 (44,4%) случаях выполнена МСКТ черепа, а 7 (38,9%) больным данное обследование проведено по протоколу «всего туловища». До 2022 года, т.е. до создания межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний, на районном уровне отсутствовала возможность выполнения МСКТ, в связи с чем в ограниченных случаях (у 12 (27,3%) пострадавших) по назначению нейрохирургов это исследование было проведено в близлежащих частных клиниках.

При оформлении заключительных клинических диагнозов у умерших от закрытой травмы груди и живота в качестве причины смерти почти в половине случаев (30; 48,4%) фигурировал разрыв легкого, на втором месте по частоте причин смерти указывался травма печени (7; 11,3%) и множественные повреждения внутренних органов (7; 11,3%). Далее по частоте причин смерти после травмы груди и живота в клинических диагнозах занимали разрыв селезенки (4; 6,5%), тонкой (3; 4,8%) и ободочной (2; 3,2%), а также травма почек (2; 3,2%). По одному (1,6%) случаю в качестве основной причины летального исхода указывались повреждения сердца, аорты, трахеи, поджелудочной железы, желудка и мочевого пузыря.

При сопоставлении клинических диагнозов с результатами аутопсии умерших от закрытых травм груди и живота установлено более высокий уровень диагностики имеющихся повреждений и более точная формулировка диагноза. При относительно одинаковом уровне чувствительности (Se) применяемых подходов к выявлению внутригрудных и внутрибрюшных повреждений в областном и районном звене службы ЭМП (соответственно, 72,2% и 75,0%), ввиду ограниченной доступности методов эндовизуализации повреждений внутренних органов, врачи районных ОЭМП при формулировании заключительного клинического диагноза умерших больных были несколько более склонны к гипердиагностике возможных травм ($FP=3$), что отрицательно сказалось на показателях специфичности (Sp 25,0% против 75,0% в филиале РНЦЭМП) и общей точности (Ac 79,5% против 88,9%). При этом в ОЭМП не были диагностированы 6 (13,6%) случаев фатального повреждения внутренних органов, в связи с чем показатель NPV (прогностическая ценность отрицательного результата) снизилась до 40,0% против 75,0% в филиале РНЦЭМП.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА

***Тулаков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Шомуродов О.О., Яхшибоев Ш.М.
РНЦЭМП Кашкадарьинский филиал***

Изучены результаты хирургического лечения 242 больных с закрытой сочетанной травмой груди и живота (ЗСТГЖ). Средний возраст больных составил $38,5 \pm 13,3$ лет с диапазоном от 18 до 69 лет.

Для ЗСТГЖ характерным является высокая частота (88,0%) перелома ребер, при этом у большинства этой категории больных (64,0%) наблюдается переломы 2 и более ребер. Подкожная эмфизема при осмотре и на рентгенограммах была выявлена у 175 (72,3%) пациентов. У всех 242 больных с СТГЖ, включенных в данное исследование, мы констатировали наличие рентгенологических признаков плевро-легочных осложнений, гемоторакса (36,4%), пневмоторакса (18,2%) и гемопневмоторакса (45,4%). Частота повреждения легкого различной степени при СТГЖ составляет 77,7%. В 54 (22,3%) случаях причиной гемоторакса было кровотечение из межреберных сосудов. В 6 (2,5%) случаях источником посттравматического пневмоторакса был разрыв поверхностных булл легкого. Частота повреждения диафрагмы у больных с СТГЖ составляет 29,3% (71 случаев). При этом в два раза чаще повреждается левый купол диафрагмы (48), чем правый (23).

В структуре травм органов живота при ЗСТГЖ ведущее место занимают повреждения печени, которое имели место у 75 (31,0%) пострадавших. Далее по частоте идут травмы селезенки (27,3%), почек (24,4%), поджелудочной железы (16,9%) и полых органов (14,5%). Повреждения мочевыводящих путей имели место у 29 (12,0%) больных. В том числе у 16 (6,6%) – разрыв уретры, у 13 (5,4%) – мочевого пузыря.

Главными критериями определения очередности вмешательства на грудной клетке или в брюшной полости служили показатели тяжести травмы и осложнений этих двух смежных анатомических областей: наличие напряженного пневмоторакса со смещением средостения, объем гемоторакса и гемоперитонеума. Если по данным УЗИ и рентгенографии преобладали признаки кровотечения из органов грудной клетки или напряженного пневмоторакса, то операцию начинали с торакоскопии (92) или торакотомии (8). Если превалировал гемоперитонеум, первым этапом прибегали к видеолaparоскопии (29) или лапаротомии (91). При идентичных объемах крови в этих смежных полостях предпочтение отдавали торакальному этапу вмешательства. У 22 (9,1%) больных с малым гемотораксом и/или пристеночным пневмотораксом без продолжающегося внутриплеврального кровотечения предоперационное дренирование плевральной полости стало окончательным вмешательством на грудной клетке.

Широкая торакотомия (без первичной видеоторакоскопии) первым этапом (8) и после абдоминального этапа (2) выполнена всего у 10 (4,1%) пациентов, тогда как показания к первичной широкой лапаротомии были у 162 (66,9%) пострадавших с ЗСТГЖ, в том числе у 91 (37,6%) больных лапаротомия выполнена первым этапом, у 71 (29,3%) – после торакального этапа. Указанные цифры отражают не только более частое доминирование внутрибрюшных повреждений, но и более ограниченные лечебно-диагностические возможности видеоэндохирургической техники при травмах живота, в связи с чем у этой категории пострадавших видеолaparоскопия применена только в 80 (33,1%) случаях. В то же время, видеоторакоскопия явилась основным хирургическим доступом торакального этапа вмешательства и была использована в 210 (86,8%) случаях со средним показателем конверсии 17,1% (36/210).

Из общего числа 242 больных с СТГЖ открытые вмешательства на обеих смежных полостях выполнено всего в 8 случаях (3,3%), а у всех остальных пострадавших лечебно-диагностические возможности видеоэндохирургической техники позволило избежать травматичного широкого хирургического доступа в обеих (41) или в одном (193) из смежных полостей.

Частота послеоперационных осложнений и летальности у больных с СТГЖ составляют 28,1 и 8,7%, при этом эндовидеохирургическая стратегия ведения больных с СТГЖ, примененная с учетом требований предлагаемого алгоритма, характеризуются значительно более низкими показателями осложнений (9,8%) и летальности (4,9%).

Таким образом, соблюдение предлагаемых принципов выбора тактики и очередности хирургического лечения СТГЖ позволяет снизить частоту открытых вмешательств на обеих смежных полостях до 3,3% и увеличит долю гибридных и видеоэндохирургических операций до 79,8 и 16,9%, соответственно, тем самым значительно снизить травматичность хирургического пособия у этой тяжелой категории пострадавших.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

***Икрамова Ф.Д., Мусаиайхов Х.Т., Султонбекова Ф.А., Илхомова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт***

Актуальность темы: Острый парапроктит — это гнойное воспаление клетчатки параректальной области, встречающееся у беременных в 1–2% случаев. Острый парапроктит у беременных представляет собой сложную клиническую ситуацию, требующую индивидуального подхода. Заболевание может стать причиной интоксикации, сепсиса и

угрозы прерывания беременности. В данной работе рассмотрены современные подходы к диагностике и тактике лечения острого парапроктита у беременных с учетом гестационного срока и состояния плода.

Цель исследования. Изучить и обосновать оптимальную лечебную тактику при остром парапроктите у беременных в зависимости от срока беременности, локализации абсцесса и общего состояния пациентки.

Материалы и методы. Анализированы клинические случаи 26 беременных с острым парапроктитом, поступивших в проктологическое отделение за период 2015–2020 гг. Учитывались срок гестации, локализация гнойника, применённые методы лечения, течение беременности и исход для плода. Проводилась УЗИ-диагностика и консультация гинеколога. Применялись щадящие формы анестезии и антибактериальная терапия, разрешённая при беременности.

Результаты. У 15 пациенток был выявлен подслизистый и ишиоректальный парапроктит, у 11 — пельвиоректальный. На сроке до 20 недель проводилось хирургическое вскрытие и дренирование под инфильтрационной анестезией, с применением пенициллинов или цефалоспоринов II поколения. У 9 пациенток лечение сопровождалось угрожающим гипертонусом матки — проведена коррекция токолитиками. У всех женщин удалось сохранить беременность, преждевременных родов не зафиксировано.

Результаты исследования. Тактика лечения зависит от гестационного возраста и тяжести воспалительного процесса. В первом триместре особенно важно минимизировать медикаментозную нагрузку. Оперативное вмешательство необходимо при любом сроке при наличии флюктуации. Антибиотики подбираются с учётом безопасности для плода. При отсутствии абсцесса возможно проведение противовоспалительной терапии, однако только под наблюдением.

Выводы:

- Острый парапроктит у беременных требует срочной диагностики и лечения.
- Наиболее безопасным методом является раннее вскрытие гнойника под местной анестезией.
- Индивидуальный подход и междисциплинарное ведение (проктолог + акушер-гинеколог) позволяют избежать осложнений и сохранить беременность.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У БЕРЕМЕННЫХ

*Икрамова Ф.Д., Мусаайхов Х.Т., Султонбекова Ф.А., Илхомова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Язвенный колит (ЯК) является хроническим воспалительным заболеванием кишечника, представляющим серьёзную проблему при беременности. Активность заболевания повышает риск выкидыша, преждевременных родов, низкой массы тела новорождённого. Сложность ведения заключается в необходимости сохранения ремиссии без риска для плода, что требует индивидуального подбора диагностических и терапевтических мероприятий.

Цель исследования. Оценить современные методы обследования и лечения язвенного колита у беременных для оптимизации тактики ведения и снижения материнско-плодовых осложнений.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ литературных данных в 2018–2024 гг.. Под наблюдением находились 32 беременные с ЯК в разных сроках гестации. Проводились диагностические методы: лабораторные тесты, эндоскопия с минимальной седацией, УЗИ, МРТ без контрастирования. Безопасными методами при беременности признаны: лабораторные маркеры воспаления (CRP, калпротектин), УЗИ брюшной полости, МРТ без контрастирования. Консервативное лечение осуществлялось препаратами:

Аминосалицилаты (5-ASA), Месалазин (свечи, таблетки, клизмы) – препарат первой линии (безопасен во время беременности и лактации), Глюкокортикоиды – преднизолон, метилпреднизолон, будесонид – применяются при обострении средней тяжести. Их назначают минимальными дозами и короткими курсами, Иммуносупрессоры – азатиоприн, 6-меркаптопурин – допустимы при невозможности отмены (поддержание ремиссии), Биологическая терапия (анти-TNF) – инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб – применялось только при тяжёлом течении, Антибиотики – амоксициллин, метронидазол назначали при присоединении инфекции допустимы (с осторожностью во II–III триместрах).

Результаты исследования. Диагностика безопасными методами при беременности признаны: лабораторные маркеры воспаления (CRP, калпротектин), УЗИ брюшной полости, МРТ без гадолиния. Эндоскопия показана только при жизнеугрожающих состояниях.

Лечение

5-ASA (месалазин) и кортикостероиды считаются относительно безопасными в период беременности. Биологическая терапия (инфликсимаб, адалимумаб) может применяться при тяжёлых формах, преимущественно до III триместра. Иммуносупрессоры (метотрексат, талофурип) противопоказаны. Подчеркивается роль нутритивной поддержки и пробиотической терапии.

Прогноз

Поддержание ремиссии до и во время беременности значительно снижает риск акушерских осложнений. Активное течение ЯК ассоциируется с 2–3-кратным ростом риска преждевременных родов и перинатальной смертности.

Выводы

- Ведение беременности при ЯК требует совместной работы гастроэнтеролога и акушера-гинеколога.
- Наиболее безопасные препараты: месалазин, сульфасалазин, преднизолон, будесонид.
- Поддержание ремиссии — главный фактор благополучного исхода.
- Биологическая терапия допускается при тяжёлом течении, но требует осторожности в III триместре.

ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Юлдашев Г.Ю., Отаджанов Ж.Э.

*Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Республика Узбекистан город Ургенч*

Актуальность. Высокий уровень летальности при панкрео-некрозе (ПН) обусловлен в ранние сроки – развитием органной недостаточности, в поздние – генерализацией инфекции.

Цель исследования. Оценить результаты лечения больных с инфицированным ПН в зависимости от сроков, объема хирургического вмешательства и операционного доступа.

Материалы и методы. В клинике Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии за период с 2018 по 2024 гг. ПН верифицирован у 82 пациентов, у 56 пациентов отмечен стерильный ПН. Консервативное лечение проведено у 41 больного. Оперировано 15 пациентов. Из них лечебно-диагностическая лапароскопия выполнена у 8 пациентов. Инфицированный ПН наблюдался у 24 больных. Оперировано 23 пациента. Объем операции включал санацию гнойно-некротических очагов, некрэксеквестрэктомии, тампонирование и дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки. Использовали как минилапаротомный, так и широкий операционный доступ. В последующем 12 больным производились плановые релапаротомии с некрэксеквестрэктомией, смена тампонов и дренажно-поролоновых систем.

Результаты. В результате лечения больных со стерильным ПН (56), умерло 5 больных, в том числе 3 оперированных. Причинами смерти явились некорректируемая токсемия, панкреато-генный шок с развитием полиорганной недостаточности.

Из 23 оперированных пациентов с инфицированным ПН умерло 11 больных. Причинами смерти во всех случаях было дальнейшее прогрессирование деструктивных изменений в железе и окружающих тканях с развитием абдоминального сепсиса.

Заключение. При инфицированном ПН в большинстве случаев более рационален широкий доступ с созданием хороших условий для оттока токсического экссудата из ложа же-лезм и забрюшинной клетчатки. Сформированный широкий раневой канал позволяет своевременно выполнить полноценную санацию брюшной полости и забрюшинной клетчатки, некрсеквестрэктомию, и предупредить тяжелые осложнения ПН (аррозивные кровотечения, кишечные свищи, флегмону забрюшинной клетчатки и т.д.). Минилапаротомные доступы целесообразно использовать для санации ограниченных, четко верифицированных и локализованных, гнойно-некротических очагов ПН.

РОЛЬ АДЕКВАТНОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОГО КАТАБОЛИЗМА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

*Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Шоабсаров А.А., Абдуллаев У.Х., Шамшетов Д.Ж.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз*

Актуальность. Актуальность проблемы энергетического обеспечения при тяжелой ожоговой травме обусловлено превалированием катаболических процессов над анаболическими во всех периодах ожоговой болезни, состоянием гиперпотребности организма в энергетических субстратах из-за обширных ожогов, которая в современной литературе обозначается как синдром гиперметаболизма-гиперкатаболизма. Компонент энергетического обеспечения в комплексном лечении ожоговой болезни является одной из ведущих компонентов.

Синдром гиперметаболизма, являясь реакцией организма на системную воспалительную реакцию, играет ведущую роль в развитии гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. В раннем периоде после тяжелой термической травмы развивается перфузионный дефицит, который проявляется клиникой расстройств микроциркуляции, гипотонией, олигурией. В дальнейшем, через 48-72 часа после периода относительной гемодинамической стабильности пациенты, у которых имеет место нарушение органных функций из-за тяжелой травмы, вступают в фазу гиперметаболизма с комплексным нарушением белкового обмена, углеводов, липидов, усиленным расходом углеводно-липидных резервов организма и распадом тканевых белков из-за повышения энергетической потребности организма.

В развитии гнойно-септических осложнений ожоговой болезни также имеется роль раннего иммунодефицита, развившегося как следствие перфузионного дефицита. Адекватная нутритивная поддержка оказывает иммуномодулирующий эффект, обеспечивая поступление в организм легко усваиваемых нутриентов, которые используются в процессах клеточного метаболизма и межклеточных взаимодействиях.

Исходя из вышеизложенных, основными задачами нутритивной поддерживающей терапии являются:

- обеспечение энергетических и пластических потребностей организма;
- поддержание активной белковой массы, функции тканей и иммунной системы;
- восстановление текущих патологических потерь;
- коррекция нарушений метаболизма;
- профилактика и лечение синдрома полиорганной недостаточности.

Цель. Изучить эффективность нутритивной поддерживающей терапии у больных с обширными и глубокими ожогами.

Материал и методы. Произведен анализ результатов лечения 182 тяжелообожженных больных, пролеченных в отделении комбустиологической реанимации за период 2021-2024гг. Всем пациентам проведено нутритивная поддерживающая терапия с применением парентерального и энтерального питания. Для проведения парентерального питания использовали растворы аминокислот (куамин, нирмин, селемин), жировые эмульсии (нирпид, сепид). У ограниченного числа тяжелообожженных больных (15 пострадавших) проведено полное парентеральное питание препаратом Кабивен®. Энтеральное питание производилась перорально или через назогастральный зонд полуэлементными смесями (Нутриэн), Нутрикомп, высококалорийной протеиновой смесью «Атлант».

Результаты. Проведенный ретроспективный анализ показал, что при проведении тяжелообожженным парентерального и энтерального питания развитие синдрома гиперметаболизма было менее выражено, что подтверждалось положительной динамикой показателей азотистого баланса, содержания общего белка сыворотки крови и динамикой индекса массы тела тяжелообожженных пациентов.

Также, при проведении адекватной нутритивной поддерживающей терапии отмечено относительно лучшие показатели клинического анализа крови: меньшая частота анемии, которая является спутником тяжелых ожогов.

Обсуждение. Иммуномодулирующее влияние адекватной нутритивной терапии было обусловлено опосредованным противовоспалительным эффектом и улучшением энергетического обеспечения процессов клеточного метаболизма. У пострадавших с проведением адекватной нутритивной терапии отмечалось активация неспецифической резистентности организма, что выражалось в увеличении абсолютного числа лимфоцитов с нормализацией нейрофильно-лимфоцитарного индекса.

Выявлено, что введение аминокислотных смесей и жировых эмульсий в дозе 18-20 мл/кг, проведение энтерального через зондовые питания при площади ожога до 40% позволяет снизить развитие гипопроотеинемии, тем самым исключая необходимость трансфузии альбумина и свежезамороженной плазмы. При площади обожженных поверхностей 35-60% поверхности тела значительно уменьшить объем и кратность введения альбумина и свежезамороженной плазмы.

Заключение. Таким образом, своевременная и адекватная нутритивная поддерживающая терапия тяжелообожженных пациентов являясь патогенетически обоснованной, направлена на обеспечение профилактики гнойно-септических осложнений ожоговой болезни. При этом, отмечается улучшение клинических и биохимических показателей крови, что в конечном итоге позволяет улучшить качество лечения и сокращению сроков пребывания тяжелообожженных больных в стационаре, уменьшению экономических затрат на лечение пострадавших.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЛУБОКИХ ПАРАПРОКТИТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Касымов А.Л., Ахмаджонов Ж.У., Убайдуллаев Б.О., Мансуров Ш.Ш., Касымов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Своевременная и точная диагностика глубоких парапроктитов представляет собой важнейшее условие для выбора адекватной хирургической тактики и предотвращения тяжелых осложнений. Классические методы, основанные на физикальном обследовании и пальцевом ректальном исследовании, сохраняют свою значимость, однако при глубоко-расположенных формах воспаления их чувствительность оказывается недостаточной. Это особенно актуально при сахарном диабете (СД), когда локальные проявления стерты или отсутствуют вовсе.

Цель исследования: выявить характер особенностей клинического проявления признаков глубоких парапроктитов у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов лечения 48 больного с глубокими парапроктитами на фоне сахарного диабета, находившиеся на лечении и обследовании в проктологических и в отделениях гнойной хирургии Андижанской областной многопрофильной клиники и Наманганской городской больницы в период с 2010 по 2025 годы. Все пациенты проходили стандартизированный клинический осмотр с оценкой жалоб, анамнеза, физикального статуса. Проводились: термометрия (2 раза в сутки); оценка сознания, ЧСС, АД, частоты дыхания; визуальная и пальпаторная оценка состояния тканей промежности и параректальной области; пальцевое ректальное исследование и аноскопия/ректороманоскопия. Инструментальные методы включали в себя: УЗИ мягких тканей промежности, параректального пространства, таза (аппараты Mindray DC-60, Китай); КТ органов таза с контрастированием по показаниям (аппарат Toshiba Alexion, Япония); МРТ - при сложных формах или диагностических затруднениях (аппарат Siemens Magnetom Essenza, Германия).

Результаты и их обсуждение. Многообразие клинического проявления различных форм парапроктита, особенности воспалительного процесса в присутствии нарушений обмена веществ, связанных с СД, и высокая частота случаев с запущенными и осложненными формами заболевания указывают на необходимость углубленного анализа клинических и диагностических данных на момент первоначального лечения.

Результаты исследования у 48 пациентов с СД глубокими парапроктитами по анатомическим формам расположения патологического процесса показали, что ПВР форма регистрировалась у 19 (39,6%), ИШР у 17 (35,4%), а РТР форма у 12 пациентов (25%).

Клиническая картина в каждой подгруппе различных форм глубоких парапроктитов имела схожесть с соответствующими элементами возникновения и развития заболевания, а также субъективности восприятия симптомов и изменения их динамики.

Исследования показали, что оценка местных клинических проявлений выявляет широкий спектр симптомов на основе анатомической формы локализации глубоких парапроктитов. Так, для ИШР формы парапроктита доминирующими являются внешние клинические признаки заболевания. В то же время для больных с РТР и ПВР локализацией парапроктитов требуется подбор более тщательных и внимательных диагностических исследований.

При оценке общего клинического состояния пациентов особое внимание уделялось системным проявлениям воспалительного ответа в соответствии с критериями SIRS (синдром системного воспалительного ответа). В результате проведенных исследований мы пришли к выводу, что у большого числа пациентов с парапроктитом (от 52% до 77%) в момент первичного осмотра перед госпитализацией наблюдались по несколько клинических признака системного воспалительного ответа, что указывает на высокую клиническую значимость парапроктита как местного, так и системного инфекционного процесса у пациентов с СД.

Следовательно, можно считать, что чем больше анатомическая глубина воспаления и чем дальше фокусный центр удален от кожи, тем выше как частота системных расстройств, так и их клиническая тяжесть, что формирует риск ранней септической дисфункции более высокой степени у пациентов с СД, требующий своевременного выявления и стратификации тяжести воспалительного ответа.

Выводы:

1. Результаты исследования показали, что клинические проявления глубоких парапроктитов у больных с СД характеризуются преобладанием системных признаков воспаления (гипертермия, тахикардия, слабость, признаки интоксикации) над локальными симптомами, особенно при ПВР и РТР локализации.

2. Выявлена тенденция к атипичному и стертому дебюту заболевания, что затрудняет раннюю диагностику и способствует позднему поступлению. При ИШР формах, напротив, клиническая картина чаще носит острый характер с ярко выраженной локальной симптоматикой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ГЛУБОКИМИ ПАРАПРОКТИТАМИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Касымов А.Л., Мусаишохов Х.Т., Ахмаджонов Ж.У., Касымов Н.А.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан,
Республика Узбекистан.*

Актуальность. Глубокие формы парапроктита представляют собой тяжелые гнойно-воспалительные поражения параректальной клетчатки, характеризующиеся высокой склонностью к прогрессированию, деструкции окружающих тканей, а также формированию множественных гнойных затеков. Актуальность данной патологии обусловлена как значительной распространенностью, так и частотой неблагоприятных клинических исходов, особенно у пациентов с тяжелым фоном в виде метаболических нарушений

Цель исследования: изучить характер и выявить особенности лабораторных признаков глубоких парапроктитов у больных с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов лечения 48 больного с глубокими парапроктитами на фоне сахарного диабета (СД), находившиеся на лечении и обследовании в проктологических и в отделениях гнойной хирургии Андижанской областной многопрофильной клиники и Наманганской городской больницы в период с 2010 по 2025 годы. Все пациенты проходили стандартизированный клинический осмотр с оценкой жалоб, анамнеза, физикального статуса. Проводилась визуальная и пальпаторная оценка состояния тканей промежности и параректальной области; пальцевое ректальное исследование и аноскопия. Инструментальные методы включали в себя: УЗИ, КТ органов таза с контрастированием по показаниям, МРТ - при сложных формах или диагностических затруднениях. Все больные проходили стандартное лабораторное обследование, включавшее следующие анализы: общеклинический анализ крови биохимический анализ крови, коагулограмма и маркеры воспаления. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) определялся ферментативным методом при поступлении в условиях лаборатории клиники.

Результаты и их обсуждение. Лабораторная оценка уровня воспалительной активности, компенсаторных и периферических гематопозитических нарушений у пациентов с глубокими формами парапроктита на фоне СД учитывала клинический анализ крови. Средний уровень гемоглобина был снижен во всех группах, у пациентов с РТР парапроктитом до 110 ± 16 г/л (почти на 20 г/л ниже стандарта). С ИШР формами парапроктита уровень гемоглобина был выше, и это, по-нашему мнению, связано с более короткой продолжительностью воспаления и легкой системной реакцией. Эритроидный показатель тоже имел тенденцию к снижению, что на фоне гипергликемии и диабетической ангиопатии может свидетельствовать о подавлении костного мозга или гемодилюции. Уровень гематокрита был также ниже в подгруппах больных с РТР и ИШР формой заболевания. Лейкоцитоз коррелировал с тяжелым воспалением у всех больных, и в особенности с РТР парапроктитом. Количество лейкоцитов также было увеличено среди пациентов с ПВР парапроктитом. Уровни тромбоцитов были также нормальными у большинства пациентов, однако его относительное снижение у пациентов с РТР парапроктитом возможно было связано с началом коагулопатии. Скорость оседания эритроцитов была всегда повышена у всех трех групп пациентов с самыми высокими значениями в случае РТР формы парапроктита; это могло быть связано как с высокой

продукцией белков острой фазы, так и с ростом разрушения тканей. В целом, скорость изменения общего клинического анализа крови на стадии предоперационного обследования уже позволила с высокой вероятностью заподозрить более тяжелое и генерализованное течение заболевания с тазовой и РТР формами. Гипопротеинемия была выявлена во всех подгруппах, особенно среди пациентов с РТР формой парапроктита, у которых она сопровождалась выраженной интоксикацией и катаболическим статусом. Уменьшение уровня альбумина в крови также наблюдалось главным образом при ПВР и РТР парапроктитах. У всех пациентов были повышены уровни глюкозы в крови, что характерно для сопутствующего СД. Уровни более 14 ммоль/л, выявленные у пациентов с РТР парапроктитом, возможно, связаны с метаболическим стрессом на фоне острого гнойного воспаления. У всех пациентов было повышено содержание HbA1c, что свидетельствует о длительной декомпенсации СД. Маркер цитолиза (АЛТ, АСТ) был умеренно повышен у пациентов с ПВР и РТР парапроктитом. С другой стороны, в группе с ИШР парапроктитом уровень АЛТ находился лишь на границе нормы. Билирубин был немного повышен в РТР случаях. Почечные показатели склонны к росту, а именно мочевины при РТР парапроктите свидетельствовало о начинающемся гиперкатаболическом состоянии. При оценке параметров гемостаза у больных с глубокими формами парапроктита на фоне СД наибольшие изменения были зарегистрированы у пациентов с РТР формой. Так, АЧТВ в этой подгруппе было выше нормы и свидетельствует о тенденции к удлинению времени свертывания, возможной активации скрытого потребления факторов гемостаза или развивающейся ДВС-подобной реакции. В ПВР и ИШР формах изменения данного показателя так же выходили за пределы верхней границы нормы, хотя и не столь выражено. Протромбиновое время (ПВ) было умеренно увеличено при всех формах глубоких парапроктитов на фоне СД, что в сочетании с повышенным фибриногеном и D-димером формировало картину воспалительно-гиперкоагуляционного сдвига. Так, фибриноген оказался повышен у всех пациентов, наиболее выражено при РТР и ПВР формах парапроктита. Выявленные изменения в системе свертывания крови позволяет заключить, что уже в дооперационном периоде у части пациентов имеются признаки дисбаланса в системе гемостаза, требующие активного мониторинга и возможной коррекции. Весь спектр маркеров острого воспаления и интегративных маркеров у пациентов с глубоким парапроктитом, сочетанным с СД, указывал на высокую активность системного воспалительного ответа и ранние проявления признаков эндотоксемии. Наиболее выраженными из биохимических показателей был СРБ, который был повышен у всех пациентов, и более высокие уровни сопутствовали большей глубине и серьезности поражения. Например, при РТР парапроктите уровень СРБ был выше нормы в 14 раз. Интересно, что ПКТ оказался также специфическим, так как был выше нормы у значительной доли пациентов. Лактоферрин, отражающий активацию нейтрофилов и бактериальное воспаление, был еще одним полезным маркером. Он также имел самые высокие значения при РТР формах парапроктита, менее интенсивные при ПВР парапроктите и наименее выраженные при ИШР парапроктите.

Выводы:

1. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что лабораторные признаки глубоких парапроктитов у больных с СД характеризуются тенденцией к прогрессирующему системному воспалению на фоне метаболической декомпенсации. Лабораторные показатели демонстрируют закономерное нарастание воспалительно-

деструктивных и метаболических изменений, включая достоверное повышение уровней СРБ (в 14,8 раза), ПКТ (в 18 раз), ЛИИ (в 3,7 раза), гипергликемию, гипоальбуминемию и признаки полиорганного функционального напряжения.

2. Установлено, что глубокие парапроктиты у больных с СД требуют специфического диагностического подхода, основанного на мультифакторной оценке клинико-лабораторных и микробиологических данных, целенаправленном применении визуализирующих методов и учете выраженности метаболических нарушений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ПАРАПРОКТИТАМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Касымов А.Л., Ахмаджонов Ж.У., Убайдуллаев Б.О. Касымов Н.А., Мансуров Ш.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Глубокие формы парапроктита представляют собой тяжелые гнойно-воспалительные поражения параректальной клетчатки, характеризующиеся высокой склонностью к прогрессированию, деструкции окружающих тканей, а также формированию множественных гнойных затеков. Актуальность данной патологии обусловлена как значительной распространенностью, так и частотой неблагоприятных клинических исходов, особенно у пациентов с тяжелым фоном в виде метаболических нарушений.

Цель исследования: представить основные принципы лечения больных с глубокими парапроктитами на фоне сахарного диабета.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов лечения 101 больного с глубокими парапроктитами на фоне сахарного диабета (СД), находившиеся на лечении и обследовании в проктологических и в отделениях гнойной хирургии Андижанской областной многопрофильной клиники и Наманганской городской больницы в период с 2010 по 2025 годы. Все пациенты проходили стандартизированный клинический осмотр с оценкой жалоб, анамнеза, физикального статуса. Проводилась визуальная и пальпаторная оценка состояния тканей промежности и параректальной области; пальцевое ректальное исследование и аноскопия. Инструментальные методы включали в себя: УЗИ мягких тканей промежности, параректального пространства, таза (аппараты Mindray DC-60, Китай); КТ органов таза с контрастированием по показаниям (аппарат Toshiba Alexion, Япония); МРТ - при сложных формах или диагностических затруднениях (аппарат Siemens Magnetom Essenza, Германия).

Результаты и их обсуждение. Анализ распределения больных по анатомическим формам глубокого парапроктита показали, что ИШР форма регистрировалась в 35 -(34,7%), ПВР у 38 (37,6%), а РТР у 28 пациентов (27,7%) . Распределения пациентов по типу СД показал, что у больных преобладали СД 2 типа, которые фиксировались у 88 (87,1%), и у 13, (12,9%) пациентов СД 1 типа, по степени тяжести течения СД показал, что у 49 пациентов (48,5%) декомпенсированный СД , субкомпенсированный у 39 (38,6%) и компенсированный у 13 (12,9%). Лечение пациентов с глубокими формами парапроктита на фоне СД носило комплексный характер и строилось на сочетании медикаментозной и хирургического лечения. Медикаментозное лечение преследовало цели снижения системного воспалительного ответа, борьбу с инфекцией, коррекцию метаболических нарушений и стабилизацию гемодинамики. Оно включало в себя три ключевых направления: этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию.

Медикаментозное лечение всегда начинали до хирургического вмешательства и продолжали в послеоперационном периоде, с принятием решений по адаптации ее схему по динамике изменения состояния больного.

Основу лечения глубоких парапроктитов составляет своевременное и адекватное хирургическое вмешательство, выполняемое по неотложным показаниям. Основными принципами хирургической тактики были: максимальная ранняя ХОГО (санация); полноценная ревизия параректального пространства с широким вскрытием гнойника; иссечение некротизированных тканей (некрэктомия); дренирование всех гнойно-некротических полостей; иссечение и удаление внутреннего свища и наложение по показаниям разгрузочной колостомы.

Максимально ранняя санация гнойного очага, было предпочтительно в первые сутки от момента установления диагноза, особенно при наличии признаков системной воспалительной реакции или органной дисфункции.

Полноценная ревизия параректального пространства с широким вскрытием гнойника, обеспечивало доступ к затекам, межфасциальным карманам и зонам некроза. Для этого применяли широкие разрезы с формированием анатомически обоснованных дренажных путей.

Дренирование полостей с установкой пассивных или активных дренажей, обеспечивали отток экссудата и предотвращение реинфекции.

Рассечение или удаление внутреннего свищевого хода при его верификации проводили с целью предупреждения хронизации воспаления. Показанием к ее применению так же были случаи обширного поражения, гнилостного характера раны, некротических процессов, невозможности локального контроля загрязнения в качестве превентивной меры для снижения риска суперинфекции.

Основные принципы послеоперационной санации включали в себя: ежедневная ревизия раны с оценкой динамики местных воспалительных признаков, наличия участков некроза, экссудации, признаков суперинфекции (запах, гнилостный характер отделяемого); многократные перевязки с использованием современных антисептических растворов. При наличии признаков прогрессирующего некроза или гнойно-некротических затеков проводили выполнение повторных ХОГО, включая некрэктомия, механическую санацию, активное или пассивное дренирование раневых полостей, включая при необходимости вакуум-терапию (NPWT), что позволяло обеспечить постоянный отток инфицированного отделяемого, уменьшить отек тканей и стимулировать грануляции; контроль микрофлоры раны с повторными бактериологическими посевами и коррекцией антибиотикотерапии в зависимости от чувствительности флоры; строгий контроль уровня гликемии в послеоперационном периоде. При формировании чистых грануляций и отсутствии активного воспаления - переход на эпителизирующие средства (левомеколь, метилурациловая мазь, аллантоин-содержащие гели и др.); при формировании хронической раны - вопрос о вторичных швах или аутодермопластике.

Выводы:

1. Своевременное и адекватное хирургическое вмешательство, санация раны в послеоперационном периоде при глубоких парапроктитах у больных с СД включало в себя динамичный и многокомпонентный процесс, требующий сочетания хирургической настороженности, современной перевязочной терапии, адекватного метаболического контроля и антибактериального сопровождения.

2. Основные принципы хирургической тактики должны основываться на максимальной ранней и полноценной ревизии параректального пространства с широким вскрытием гнойника, иссечением некротизированных тканей, дренированием всех гнойно-некротических полостей, иссечением и удалением внутреннего свища и наложением по показаниям разгрузочной колостомы.

МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦАХ.

¹Кенжаев Л.Р., ²Ураков Ш.Т., ²Туракулов М.Т.

¹Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

²Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сина

Цель работы: улучшение методов лечения гипертрофических рубцов у пациентов после травм.

Материалы и методы исследования: в исследование было включено 84 пациента (средний возраст 14,4 года, диапазон 3-66) с гипертрофическими рубцами. Разделение по полу муж. 60,8%, жен. 39,2%. Минимальный срок начала лечения пациентов с рубцами составил 1 год, Средний возраст начала лечения пациентов с рубцами составил 14,5 лет. С 1-7 лет отмечается меньше рубцов в связи с более качественным родительским контролем. Часто в нашей практике наблюдались случаи наблюдения и консервативного домашнего лечения (Гусиное масло). Эти пациенты в более поздние сроки поступали в нашу клинику по поводу сформировавшихся рубцовых контрактур, как правило, лица, подбородка, глаз. Средний размер рубца составил 207,19 см² (диапазон 18,00-1063,50 см²). В большинстве пациентов обращались за медицинской помощью с рубцами, которые были получены вследствие ожога 55,8%, травма 13,3, операция 20,8% случаев. Наиболее интересным фактом необходимо отметить наличие в анамнезе выжидательной тактики в 28,3% случаях. Среднее количество процедур составило 1,38 (диапазон 1-3). Средняя энергия одной процедуры составила 4486,76 Дж (диапазон 388-17536 Дж), а средняя мощность одной процедуры - 4 Вт (диапазон 3-6 Вт). Средняя продолжительность наблюдения составил 7,2 месяца (диапазон 6-12 месяцев).

После проведения оперативного вмешательства толщина рубца оценивалась на каждом визите, и доплерография показала уменьшение на $0,308 \pm 0,138$ см ($p < 0,05$) через 6 месяцев. Толщина рубца значительно уменьшилась по сравнению с исходным уровнем ($0,942 \pm 0,377$ см против $0,633 \pm 0,306$ см). В частности, толщина рубца уменьшилась на 27,7% и 28,2% в случае ГС и келоидного рубца. Упругость рубца оценивалась при каждом посещении (параметры твердости R0 и Q0 обратно пропорциональны ее численному размеру) показал изменение $-0,023 \pm 0,008$ ($p = 0,007$) и $2,616 \pm 1,169$ единиц ($p = 0,029$). Упругость рубца была улучшена (r 0: $1,82 \pm 0,056$ единиц, q 0: $365,7 \pm 13,113$ единиц против r 0: $1,9 \pm 0,06$ единиц, q 0: $368,3 \pm 12,5$ единиц).

Результаты исследований: результаты проведенного нами исследования продемонстрировали, что использование лазера с длиной волны 10 600 нм способствует снижению воспалительной реакции и уменьшению тканевой перфузии, что в совокупности способствует ингибированию формирования патологических рубцовых изменений. Применение данного метода привело к достоверному уменьшению толщины рубца (почти на 30%) и выраженности воспаления в области келоидных рубцов ($p < 0,05$).

Заключение: в настоящем исследовании были получены удовлетворительные результаты, подтверждающие эффективность применяемого метода в плане снижения объема рубцовой ткани, повышения её эластичности, а также уменьшения выраженности эритемы, пигментации и сосудистости рубцов. Полученные данные свидетельствуют о перспективности разработанного метода в терапии рубцов.

ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ВЫСОКО И НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ

Кенжаев Л.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухара, Узбекистан

Актуальность: Исходя из анналов патологической физиологии, формированию кожного рубца, предшествует какое либо повреждение кожных покровов. При самом благоприятном течении раневого процесса, последний всегда проходит в условиях гипоксии тканей. При нормотрофическом заживлении формируется не выступающий над уровнем окружающей кожи рубец, незначительно отличающийся по цвету. Остается актуальным вопрос профилактики и прогнозирования послеожоговых, грубых послеоперационных рубцов и разработки новых методов их лечения.

Цель исследования : Целью настоящих исследований являлась разработать способ улучшения результатов лазерной деструкции рубца с моделированием процесса заживления под лоскутом ткани и оценить эффективность разработанного способа в хирургической лазерной коррекции гипертрофических рубцов кожи.

Материал и методы: В исследование было включено 84 пациента (средний возраст 14,4 года, диапазон 3-66) с гипертрофическими рубцами. Разделение по полу муж. 60,8%, жен. 39,2%. Минимальный срок начала лечения пациентов с рубцами составил 1 год, Средний возраст начала лечения пациентов с рубцами составил 14,5 лет. Средний размер рубца составил 207,19 см² (диапазон 18,00-1063,50 см²).

Результаты: Нами была исследована эффективность нового способа лазерной коррекции гипертрофических рубцов, которая заключалась в оставлении тонкого лоскута ткани с питающей ножкой полученной от поверхности рубца, лазерной поэтапной деструкции рубцовой ткани, укладывание лоскута на раневую поверхность и фиксация ее с использованием биологического клея, с последующим проведением ФДТ терапии и лазерного облучения для прекращения роста рубцовой ткани. Результаты проведенного нами исследования продемонстрировали, что использование лазера с длиной волны 10 600 нм способствует снижению воспалительной реакции и уменьшению тканевой перфузии, что в совокупности способствует ингибированию формирования патологических рубцовых изменений. Применение данного метода привело к достоверному уменьшению толщины рубца (почти на 30%) и выраженности воспаления в области келоидных рубцов ($p < 0,05$).

Выводы: Эволюция лазерного и хирургического лечения показала широкий спектр клинических и косметических применений. В рамках нашего исследования было установлено, что использование низкоинтенсивного лазера с длиной волны 980 нм не вызывает усиленного меланогенеза в области келоидных рубцов, и, следовательно, не провоцирует развитие гиперпигментации. Более того, интенсивность пигментации рубцовой ткани уменьшилась на 21,3%, что может свидетельствовать о способности лазера разрушать скопления меланина и способствовать снижению выраженности пигментации.

РЕЗУЛЬТАТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОСТАЗОВ

*Эгамов Ю.С., Юсупов К.А., Дурдиев Х.Б.,
Азизов Ж.А., Эгамов Б.Ю.*

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Хронический колостаз (ХК) или хронический запор представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современной колопроктологии. По данным литературы, частота данной патологии в индустриально развитых странах достигает 30–40%,

а среди лиц старшего возраста – до 60%. Хронический колостаз приводит не только к значительному снижению качества жизни, но и формирует тяжёлые осложнения, требующие хирургической коррекции. Несмотря на более чем вековую историю хирургии ХК, до настоящего времени сохраняются высокие показатели неудовлетворительных результатов – до 45%, а несостоятельность межкишечных анастомозов достигает 25%, что в 40–50% случаев становится причиной послеоперационного перитонита и летальности до 70%. Эти обстоятельства обуславливают необходимость поиска новых, более эффективных тактико-технических подходов к хирургическому лечению.

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения больных с различными формами хронических колостазов путем совершенствования тактико-технических аспектов оперативных вмешательств.

Материалы и методы. Обследовано и проанализировано лечение 396 больных с хроническими колосто́за́ми, находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении клиники Андижанского государственного медицинского института. Применялись общеклинические, биохимические, инструментальные и специальные методы диагностики в соответствии с утверждёнными протоколами МЗ РУз.

В работе проведён сравнительный анализ результатов хирургического лечения с применением традиционных методик и оптимизированной хирургической тактики, включающей усовершенствованный способ формирования анастомоза и лечебно-диагностический алгоритм.

Определены ключевые клинико-технические факторы риска развития осложнений при хирургическом лечении ХК, включая особенности восстановления непрерывности толстой кишки.

Разработан и внедрён усовершенствованный способ «погружного» инвагинационного коло-колоанастомоза «конец в конец», обеспечивающий соединение однородных тканей, снижение натяжения линии швов и уменьшение риска их несостоятельности.

Сформирован двухэтапный лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий индивидуализировать хирургическую тактику, оптимизировать сроки операции, объём резекции и выбор метода формирования анастомоза.

Доказано, что коррекция тактико-технических аспектов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения способствует улучшению ближайших и отдалённых результатов.

Результаты. Применение предложенного метода позволило достичь значимого улучшения исходов хирургического лечения. Установлено, что в основной группе пациентов: общая частота послеоперационных осложнений снизилась с 25,3% до 16,2%, гнойно-септические осложнения уменьшились с 18,6% до 9,5%, общие осложнения – с 19,4% до 8,4% ($p < 0,05$).

Отмечено снижение случаев несостоятельности анастомозов, сокращение сроков госпитализации, более быстрое восстановление функции кишечника. Отдалённые результаты также подтвердили преимущества предложенной методики – количество рецидивов хронического запора снизилось более чем в два раза по сравнению с традиционной хирургической тактикой.

Разработанный способ «погружного» анастомоза и лечебно-диагностический алгоритм внедрены в практическую деятельность отделений хирургии Андижанского областного многопрофильного медицинского центра и городского медицинского объединения. Полученные результаты позволяют рекомендовать данную методику к широкому применению в хирургической практике.

Выводы.

1. Хронический колостаз остаётся серьёзной медико-социальной проблемой, требующей совершенствования хирургической тактики.

2. Внедрение усовершенствованного способа «погружного» инвагинационного анастомоза обеспечивает надёжность межкишечных соединений и снижает риск их несостоятельности.

3. Двухэтапный лечебно-диагностический алгоритм способствует индивидуализации подхода, повышает эффективность диагностики и лечения.

4. Оптимизированная хирургическая тактика позволила значительно снизить частоту осложнений, летальности и улучшить ближайшие и отдалённые результаты лечения.

ДИНАМИКА АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Красненкова М.Б., Ибрагимов Н.К.

Ташкентский государственный медицинский университет

Несмотря на проводимые исследования и накопленный за долгие годы опыт лечения больных с травматическими поражениями мозга, показатели летальности при данной патологии остаются высокими во всем мире. В последние годы большое внимание уделяется исследованию функционального состояния адаптационно-компенсаторных механизмов при травматических повреждениях головного мозга

Цель исследования - изучение особенностей вегетативной регуляции и показателей функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы у больных в различные периоды тяжелой ЧМТ.

Материал и методы: 49 пациентов с ТЧМТ (37 мужчин и 12 женщин) с начальной ШКГ ≤ 8 баллов, были включены в проспективное исследование. Все больные были разделены на 3 группы: I группа – больные с летальным исходом – 15 больных (уровень сознания – 5-6 баллов по ШКГ), II группа - 22 выживших пациента с хорошим исходом (группа хорошего восстановления, ШКГ ≥ 10 баллов) и III группа – 12 пациентов с худшим неврологическим статусом (группа плохого исхода, ШКГ < 10 баллов). Летальность составила 30,6%. Пациенты получали интенсивную терапию согласно протоколу, ориентированному на поддержание оптимального церебрального перфузионного давления (ЦПД) свыше 70 мм рт. ст. Все пациенты были интубированы, находились на ИВЛ. Регистрировались основные параметры жизнедеятельности, а также проводилась оценка вариабельности ритма сердца (BPC). Анализ BPC проводился временным и спектральным методом. Рассчитывались следующие показатели: ЧСС, SDNN – стандартное отклонение полного массива кардиоинтервалов, RMSSD – квадратный корень из суммы разностей последовательного ряда кардиоинтервалов, pNN50 – число пар кардиоинтервалов с разницей более 50 мс. в % к общему числу кардиоинтервалов, TP – суммарная мощность спектра BPC в мс^{-2} , HF – мощность спектра высокочастотного компонента вариабельности в % от суммарной мощности колебаний, LF – мощность спектра низкочастотного компонента вариабельности в % от суммарной мощности колебаний, LF/HF – баланс симпатических и парасимпатических влияний, VLF – мощность спектра 0,003–0,04 Гц в % от суммарной мощности колебаний. Содержание кортизола определяли радиоиммунологическими методами.

Результаты исследования. На момент поступления в ОРИТ у всех пациентов отмечались гемодинамические нарушения. Показатели временного и спектрального анализа BPC также имели значительные различия. Так, в I группе, отмечалась значительная парасимпатическая эфферентная гиперактивность и тенденция к повышению всей BPC. Показатель PT был выше на 65%, а показатель LnLF на 24% у погибших пациентов ($p < 0,05$). В группе с плохим восстановлением имела тенденция к более низким показателям BPC, что указывало на низкую парасимпатическую эфферентную активность. Через 7 суток после получения ЧМТ в показателях BPC имелись выраженные достоверные различия между пациентами с хорошим восстановлением (ШКГ ≥ 10 баллов) и пациентами с худшим неврологическим исходом (ШКГ < 10 баллов). Общая BPC и ее вагусный компонент

значительно различались в группах выживших: показатель РТ был выше на 219%, а LF\ HF на 53% ниже у пациентов с хорошим восстановлением. Общая ВРС была нормальной у пациентов с ШКГ ≥ 10 баллов и значительно снижалась у пациентов с ШКГ < 10 баллов.

В первые сутки от момента получения ЧМТ во всех группах уровень кортизола превышал нормальные значения и составил $1040,5 \pm 58,4$ нмоль/л у выживших и $1083,4 \pm 55,8$ нмоль/л у погибших в последующем. К 3-7 суткам у пациентов с ТЧМТ, вне зависимости от исхода травмы, определялось снижение концентрации кортизола плазмы ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Тяжелая черепно-мозговая травма приводит к значительной активации симпатoadреналовой системы, что сопровождается повышением уровня кортизола в крови пациентов.

2. Изменения вариабельности ритма сердца достоверно отражают степень поражения адаптационных механизмов и церебральных функций у пациентов с ТЧМТ.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА

*Туляков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Назаров Ж.Ч., Элмуродов Ш.К.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП*

Анализ структуры характера и объема выполненных хирургических вмешательств при лапароскопии (основная группа, $n=51$) и первичной лапаротомии (контрольная группа, $n=109$) у больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ) со стабильными показателями гемодинамики ($n=160$) показывает, что частота выявления значимых по тяжести внутрибрюшных осложнений, однозначно требующих открытой хирургии с выполнением таких объемных вмешательств, как ушивание глубоких и обширных разрывов паренхиматозных органов, стенки полого органа, резекция или удаление органа, составлял 43,8% (имели место у 70 пострадавших). В контрольной группе больных, существенная часть которых была подвергнута широкой лапаротомии ввиду наличия у них сонографических признаков свободной жидкости в брюшной полости объемом более 500 мл (противопоказание к лапароскопии), составлял 62,4%. Таким образом, как минимум у 37,6% пациентов с ЗТЖ со стабильными показателями гемодинамики, абдоминальные хирургические вмешательства ограничиваются максимум электрокоагуляцией кровоточащего сосуда, санацией и дренированием брюшной полости или же только ревизией органов брюшной полости. Как известно, все эти манипуляции легко выполняются с помощью стандартного набора лапароскопических инструментов без необходимости применения широкой лапаротомии, которая, сама по себе представляет для травмированного организма значимую дополнительную травму.

Частота ситуаций, когда при первичной операции обнаруживаются повреждения, которые по своему характеру и тяжести потенциально могут быть без особых технических сложностей устранены лапароскопическим способом (44,4%), оказалась еще выше в основной группе, куда были отобраны 51 пациент с объемом свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ не более 500 мл, и составила 58,8% (30 случаев). В этой группе пациентов частота конверсии составил 37,3% (19 больных), причиной которой служили необходимость выполнения спленэктомии в 14 случаях, ушивания стенки полого органа – в 3 и разрыва печени $\geq$ II ст. по Moore – в 2.

В наших наблюдениях в группе первичной широкой лапаротомии ($n=109$) в 2 (1,8%) случаях интраоперационно не было обнаружено наличие повреждения органов брюшной полости, требовавших хирургических процедур, что мы расценили как «напрасную лапаротомию». Это определение мы не употребляем в отношении диагностической лапароскопии, так как после 3 (5,9%) случаев применения эксплоративной эндовидеохирургии у больных с ЗТЖ ни в одном случае мы не отметили развитие

послеоперационных специфических осложнений, связанных с этой хирургической процедурой. Т.е. применение лапароскопии в этих случаях позволило надежно исключить внутрибрюшное повреждение без особых отрицательных последствий для пациентов.

Расширение показаний к лапароскопии при ЗТЖ, хоть и увеличил частоту конверсий до 37,3%, но тем не менее не сопровождался ятрогенными интраоперационными осложнениями, практически не увеличивало среднее общее время вмешательства ($108,1 \pm 28,6$ мин при лапароскопии с последующей конверсией против $103,0 \pm 48,7$ мин в группе первичной широкой лапаротомии, $p=0,657$). В тех случаях, когда удавалось выполнить все лечебно-диагностические манипуляции лапароскопическим способом, не прибегая к конверсии, средняя продолжительность вмешательства составляла $57,0 \pm 40,8$ мин ($p<0,001$). Миниинвазивность и малотравматичность лапароскопических вмешательств в совокупности с меньшей выраженностью тяжести интраоперационно выявленных внутрибрюшных повреждений в основной группе пациентов способствовали достоверному сокращению сроков нахождения в ОРИТ с $2,8 \pm 1,1$ до $1,8 \pm 1,0$ дней ($p<0,001$), стационарного лечения с $8,7 \pm 3,4$ до $5,3 \pm 2,9$ суток ($p<0,05$), заметному снижению частоты послеоперационных осложнений с 11,9 до 3,1% ($p=0,144$).

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Юлдашев Г.Ю., Отаджанов Ж.Э.

*Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Республика Узбекистан город Ургенч.*

Актуальность. Среди осложнений эхинококкоза печени весьма серьезным осложнением является прорыв эхинококковой кисты во внутripеченочные протоки с развитием механической желтухи, который по данным различных авторов, встречается у 4,8-36,5% случаев (Мовчун А.А. и соавт., 1992, Назыров Ф.Г. и соавт., 2018).

Цель исследования. Изучить частоту осложнений эхинококкоза печени в виде механической желтухи и выработать тактику хирургического лечения данной патологии.

Материалы и методы. За 2010-2024 гг. в хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП по поводу эхинококкоза оперированы 428 больных, среди них эхинококкоз печени отмечен у 346, что составило 80,8%. Диагноз эхинококкоза печени, осложненный механической желтухой, до операции был поставлен у 31 (8,9%) больных благодаря применению УЗИ, МРТ с холангиографией а у 8 пациентов причина механической желтухи установлена только во время операции. Все больные были оперированы в срочном порядке после непродолжительной подготовки. Прорыв эхинококковой кисты в желчные пути обычно сопровождается полной или частичной обтурацией холедоха. При медленном развитии прорыва и частичной обтурации желчного хода наблюдали ремитирующую механическую желтуху и лихорадку (в 9 случаях). В зависимости от выраженности гнойно-воспалительного процесса в самой кисте и холедохе, степени закупорки желчных ходов, билиарной гипертензии, состояния и размера гидатидоза менялась симптоматика. Содержания общего билирубина у пациентов колебалась от 52 мкмоль/л до 600 мкмоль/л. Наши наблюдения показали, что прорыв эхинококковой кисты во внутripеченочные желчные протоки значительно отягощает состояние больных и усложняет операцию.

Результаты. Операция заключалась во вскрытии паразитарной кисты с обеззараживанием содержимого и полости фиброзной капсулы одним из эффективных антипаразитарных средств (0,4% раствор гипохлорита натрия), после чего производилась тщательная ревизия остаточной полости с целью выявления внутреннего цистобилиарного свища. Затем выполнялась холедохотомия, промывание желчных протоков и удаление обрывков кутикулярной оболочки, после чего производили холецистэктомию и операцию заканчивали наружным дренированием общего желчного протока по Холстеду или Керу.

При прорыве нагноившейся кисты производили полузакрытую эхинококкэктомию с активным наружным дренированием ушитой и уменьшенной остаточной полости паразитарной кисты и холедоха с обязательной холецистэктомией. Особое внимание уделяем обработке устья свищевого хода по внутренней поверхности фиброзной капсулы, если диаметр желчного свищевого отверстия 1,5-2 мм, то он ушивается с использованием нерассасывающийся шовного материала. При явлении гнойного холангита применяли эндобилиарное лазерное обучение, антибактериальную терапию и проводили борьбу с печеночной недостаточностью, коррекцию иммунной системы иммуномодуляторами и т.д. У всех больных послеоперационный период протекал тяжело, потребовал больших усилий врачей, огромных материальных затрат.

Заключение. Прорыв эхинококковой кисты печени в желчные пути и формирование цистобилиарных свищей с развитием холангита, механической желтухи – довольно сложная патология, требующая грамотного подхода к хирургическому вмешательству. Благодаря вышеописанной тактике при лечении больных с эхинококкозом печени осложненным механической желтухой, нам удалось снизить частоту послеоперационных осложнений до минимума. По нашему мнению, только при таком дифференцированном подходе к лечению этого вида осложненного эхинококкоза печени возможно улучшение результатов лечения этой группы больных.

ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ И ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ МЕТОДОМ АЛЛОПЛАСТИКИ

*Хакимов Э.А., Хайитов Л.М., Тожиев З.Ю, Некбоев Х.С, Норкулов О.Н.
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самаркандский Государственный медицинский Университет*

Актуальность. Самое важное лечение от ожогов - как можно скорейшее восстановление дефект потерянной кожи, в противном случае частота осложнений будет адекватно увеличиваться. Обширная глубокая ожоговая травма выводит из строя «жизненно важные органы и системы», из - за чего у пострадавший пациента развивается тяжелая полиорганная недостаточность. Каждая хирургическая операция в определенной степени оказывает негативное влияние на функциональное состояние системы пациента, страдающего ожогами. В практике декомпрессивной некротомии-некроэктомии, которая выполняется в раннем периоде, в определенной степени также уменьшаются болевые ощущения, уменьшается всасывание токсинов, но приводит к определенной потере крови, нарушению работы системы гемостаза. Считается, что грамотно подобранные методы хирургического лечения имеют важное значение.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения путем временного закрытия повреждений фрагментом алло коже у больных с глубокими ожогами на обширной площади.

Материалы и методы: В отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП 46 больные, находящиеся на нашем лечении с обширными глубокими ожогами, пролеченные в течение 2015-2024 лет, находятся в возрасте от 3 до 38 месяцев, было проведено наблюдение среди пострадавших, общая площадь ожогов которых составляла от 10% до 85% поверхности тела, из них площадь глубоких ожогов составляла от 20% до 35%. Учитывая тяжесть общего состояния больных, в результате прогнозирования того, что низкая площадь донорской сферы может привести к тому, что аутодермопластика приведет к ухудшению жизни и состояния больного, у больного чаще, чем у близких родственников, проводилась аллопластика.

Результаты: Лечение от шока без осложнений принесет положительные результаты и в период « острой токсемии ». При достаточном количестве белковых препаратов, комплексном консервативном органопротективном лечении, профилактике анемии некроз от глубоких ожогов начинается через 12-14 дней. При этом наблюдается эпителизация большей части ожоговых ран. В 17 - 18 днях было очищено 3/2 части некроза кожи, которая

проявляется у детей и раньше. Хотя очищение некрозов может влиять на легкое протекание стадии септикотоксемии, экзотоксины, вызывающие травму или исчезающие компоненты жидкости и белка в течение 24-25 дней проявляются признаки нарушения трофики раны. В результате серьезного воздействия на общее состояние больного развивается частота осложнений, сердечно-сосудистая система, легочная дыхательная система, неспецифический отек, что приводит к нарушению функции почек и их недостаточности. При тяжелых ожогах донорская область занимает очень небольшую площадь, а временные искусственные язвенные покровы — очень низкую эффективность. В то же время гнойные осложнения в короткие дни доказали свою состоятельность и побудили к широкому использованию куска кожи. У близких родственников больного, родителей проведено тщательное лабораторное обследование на инфекционные заболевания, оформлены документы на согласие, при помощи электродерматома от 2-3% доноров по сравнению с площадью гранулированного ранения у больного рецептом, местное обезболивание донорской области (Хлор натрия 0,9% раствор + 2% лидокаин + адреналин 0,3-0,4 мл). количество обезболивающего раствора готовится в зависимости от объема кожи, получаемой из донорской области. На поверхность донорской области нанесена стерильная салфетка. Донору в течение 3-4 дней проводилась антибактериальная терапия. Кусок кожи, полученный из донорской области толщиной 0,2-0,3 мм, перфорации в соотношении 1:4 или 1:6, увеличен и помещен на гранулированную рану. Во избежание попадания аллокоже в рецепт на лизис в предоперационный период была начата гормональная терапия и введена в течение 4-5 дней (преднизалон 0,3-0,5 мг/кг или дексаметазон 0,1-0,2 мг/кг). Гормональная терапия временно снижает активность иммунной системы, что повышает жизнеспособность кожи.

Таким образом, «кожа не только уменьшает выделяющуюся жидкость, но и уменьшает общее содержание белка в крови. Это в свою очередь, стало возможностью восстановить общую биологическую мощь пациентов с обширными ожогами. Практическое исследование показало, что алло кожа имеет важное значение в сохранении гематологической и гемодинамической стабильности для выполнения следующих этапов аутодермопластики.

Вывод. Из-за тяжелых осложнений ожоговой болезни у пациентов с глубокими ожоговыми травмами на обширной площади смертность является основным фактором их увеличения. Использование искусственных временных раневых покрытий не имеет ожидаемых результатов, то есть обострение гнойных осложнений и, в конечном счете, серьезная угроза жизни пострадавших больных, использование алло кожи было обусловлено значимостью эффективного восстановления целостности кожи на ранних стадиях, сохранения жизни и значительного снижения частоты осложнений.

СПОСОБ СВОБОДНОЙ ПОЛНОСЛОЙНОЙ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

*Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Ожоги передней грудной стенки представляют собой разрушительную проблему, которая приводит к значительному искажению молочной железы. Эта деформированная обожженная грудь представляет собой серьезную эстетическую проблему и может привести к функциональным нарушениям, а также к тяжелым эмоциональным травмам для пациентов.

Цель работы: разработка способа хирургического устранения рубцовых деформаций туловища, а именно молочных желез с использованием наложения повязки Пелот при свободной полнослойной аутодермопластики.

Материалы и методы исследования: с 2020 по 2024 года в отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанской области прооперированы 24 больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями мягких тканей туловища, а именно молочных желез способом свободной полнослойной аутодермопластики. Техника операции: иссекаются стягивающие молочные железы рубцы до здоровых тканей, молочная железа редрессируется в симметричное положение противоположной стороны, рана закрывается свободным полнослойным аутодермотрансплантатом, взятым из внутренней поверхности бедра. Края трансплантата и здоровых тканей ушиваются узловыми атрауматическими швами. Через каждые несколько швов по окружности, оставляются длинные концы ниток до 10-12 см, после чего над трансплантатом накладываются стерильные марлевые шарики от 20 до 50 штук над которыми, в форме купола, несколько стерильных салфеток, а над последними завязываются оставленные концы ниток противоположно друг к другу. Тем самым создаётся равномерное давление на трансплантат и подлежащие здоровые ткани без ущерба кровообращения тканей вокруг трансплантата. Донорская рана ушивается методом острой дермотензии. Повязка «Пелот» снимается на 15-20 сутки.

Результаты. Отдаленные результаты показали, что за счет плотного прилегания аутодермотрансплантата достигается оптимальное его приживление и по сравнению с традиционной методикой (расщепленная аутодермопластика), разработанная методика отличается отсутствием сморщивания аутодермотрансплантата

Выводы. Таким образом поставленная задача - сокращение сроков хирургического лечения, предотвращение сморщивания аутодермотрансплантатов в послеоперационном периоде - полностью решена заявленным способом. На предложенный метод получен патент на изобретение из Агентства по интеллектуальной собственности при Министерстве Юстиции Республики Узбекистан «Способ свободной полнослойной аутодермопластики молочных желез» № IAP 06815 от 28 марта 2022 года.

ПЛАСТИКА С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ БАЛЛОННЫМ РАСТЯЖЕНИЕМ МЕСТНЫХ ТКАНЕЙ ОБЛАСТИ ТУЛОВИЩА

*Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы: В мировой практике в настоящее время наиболее актуальными продолжают оставаться разработка и улучшение результатов лечения больных с послеожоговыми рубцовыми дефектами туловища.

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения больных с последствиями ожогов туловища.

Материалы и методы исследования: В отличие от пластики предварительно растянутыми тканями, растяжение проводится интраоперационно, то есть во время операции в один этап. Мы предлагаем проводить биологическую тренировку по схеме интраоперационного баллонного растяжения в области туловища: 3 цикла растягивания по 4 минуты и с продолжительностью перерыва между циклами по 5 минут.

Этот метод операции может применяться при рубцовых деформациях передней брюшной стенки с использованием титановой пластины для формирования опорного каркаса в этой области. Техника операции. На границе между здоровой и рубцовой тканями производится

разрез кожи до фасции мышц с учетом размера баллона и титановой пластинки для создания опорного каркаса передней брюшной стенки. В качестве баллона использован катетер Foley. Острым и тупым путем мобилизуются ткани, формируется подкожный карман для баллона. Над фасцией мышц имплантируется титановая пластина с закругленными краями, для атравматизации окружающих тканей. Далее над пластиной имплантируется катетер Foley, рана временно ушивается узловыми швами. Объем вводимой жидкости в баллон рассчитывается от номера катетера Foley. Баллон наполняется до тех пор, пока не станет напряженным. Проводится 3 цикла растягивания согласно разработанной схеме. Раздутое состояние баллона сохраняется на протяжении 4 минут; затем физиологический раствор выводят, и тканям дают «отдохнуть» 5 минут. После этого с учетом имеющегося запаса тканей, иссекаются рубцы и образовавшаяся рана закрывается интраоперационно растянутыми тканями.

Результаты. Отдаленные результаты показали преимущества данного способа: возможность одноэтапного устранения малых дефектов области туловища, возможность быстрого получения пластического материала рядом с зоной операции, что избавляет хирурга от необходимости переноса тканей из отдаленных областей, идеальное совпадение замещающих тканей по цвету, текстуре покрова, сохранение чувствительности пересаживаемых лоскутов, отсутствие необходимости закрытия донорских участков и в отдаленном периоде не происходит расширение рубца.

Выводы. Таким образом преимуществами методики проведения быстрой баллонной дермотензии на каркасе являются возможность одноэтапного устранения малых рубцовых дефектов в области туловища за счет адекватного растяжения смежных здоровых тканей и соответственно исключение необходимости забора и закрытия донорских участков. Методика не удлиняет оперативное вмешательство и направлена на улучшение качества результатов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

*Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Тяжесть последствий глубоких обширных ожогов усложняет реабилитацию из-за распространенности рубцового процесса и недостатка неповрежденной кожи для пластики, а именно грудной части туловища.

Применяемые в настоящее время традиционные методы лечения недостаточно эффективны, часто дают рецидивы в виде деформации молочной железы, причем преимущественное использование какого-либо одного способа не позволяет выявить преимущества и недостатки других.

Цель. Изучение результатов лечения больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями области передней грудной стенки с целью профилактики вторичных осложнений.

Материалы и методы. Для выбора оптимального способа хирургической коррекции рубцовых деформаций молочной железы необходимо иметь ясное представление о

локализации рубцов, их распространенности, глубине поражения мягких тканей и анатомических особенностях пораженного региона туловища.

В отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанской области за 2020-2024 годы оперированы 20 больных с рубцовыми деформациями области передней грудной стенки. Больным со свежими рубцами до и после операции проводили консервативную терапию с целью ускорения «созревания» рубца. Когда площади здоровой кожи было недостаточно для широкой мобилизации и растяжения тканей у 20 больных использовали 20 экспандеров. Величина, количество и расположение их определялось площадью рядом расположенной непораженной кожи. Площадь рубцового дефекта составляла 100-400 см². В области грудной стенки экспандеры имплантировали подфасциально с одной (12 больным) или с двух (4 больным) сторон от дефекта. По мере достижения запланированного прироста площади кожи над экспандером, больных госпитализировали и выполняли второй этап операции. У 11 больных растянутые ткани перемещали на дефект путем "скольжения" без выкраивания лоскутов или дополнительным разрезом выкраивали лоскуты у 5 больных. Баллоны у этих больных имплантировали после очищения ран, что контролировалось взятием мазка из них. После достижения спланированного прироста площади кожи, вторым этапом удаляли экспандер, иссекали изъязвленные рубцы и закрывали образовавшуюся рану предварительно растянутыми тканями. Больным в до- и послеоперационном периоде проводили региональную лимфатическую антибиотикотерапию.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты, прослеженные у 15 из 20 больных, показали, что у 12 из 15 больных получены хорошие функциональные и косметические результаты, у 2 больных результат расценен как удовлетворительный, так как отмечался избыточный рост послеоперационных рубцов по краю перемещенных лоскутов. У одного больного результат оценён как неудовлетворительный из-за расхождения краев раны.

Заключение. Данным способом в 1-2 этапа можно устранить рубцовый массив и восстановить кожный покров в области передней грудной стенки. Экспандеры можно имплантировать с одной или – двух сторон от дефекта. В последующем выращенные ткани перемещаются на рану в виде лоскута или цельного пласта.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

*Мамадиев Х.М., Мамадиев А.М., Тургунов А.И., Ахмадалиев С.М., Мансуров Ш.Ш.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Последние два десятилетия отметились некоторым пересмотром стратегии лечения язвенной болезни в пользу консервативных методов в силу достижений химико-фармацевтической, микробиологической и медико-генетической отраслей современной науки. Несмотря на это, так называемые рядом авторов «первично хирургические» формы язвенной болезни, в первую очередь осложнённые формы, не имеют тенденцию к снижению частоты встречаемости. Кроме этого, частота пострезекционных синдромов остается высокой.

Одной из частных патологий прогрессирующего дуоденостаза после резекции желудка в той или иной модификации является хронический панкреатит. Это заболевание у 22% больных становится самостоятельным. В условиях повышенного давления в двенадцатиперстной кишке в сочетании с гипотонией сфинктера Одди происходит забрасывание дуоденального содержимого с активацией ферментов в паренхиме поджелудочной железы.

Целью исследования явилось изучение зависимости возникновения хронического панкреатита от метода резекции желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты обследования 56 больных, лечившихся в хирургических отделениях клиник АГМИ в период с 2001 по 2020 год и перенесших резекцию желудка по поводу пенетрирующих в поджелудочную железу язв двенадцатиперстной кишки. Из них 18 (32,1%) выполнена операции желудка по Бильрот-II на выключения язвы, а у 38 (67,9%) резекция желудка по Бильрот-I с гастродуоденоанастомозом конец в конец. У всех больных диагностированная до операции пенетрирующая язва двенадцатиперстной кишки, явилась показанием к операции.

Диагностика хронического панкреатита, помимо оценки его клинических проявлений, включала лабораторные, ультразвуковые исследования поджелудочной железы, компьютерную томографию. У больных, оперированных по методике Бильрот-I проводилась обязательная дуоденография, позволяющая выявить отклонения от нормы в пассаже пищи в области анастомоза. Эндоскопический осмотр зоны анастомоза у этих больных проводился с целью исключения возможной пептической язвы или анастомозита.

Результаты. В сроках от 3-х месяцев до 1 года после операции 23 (41,1%) больных обратились, с жалобами на возникновение боли в эпигастрии, четко связанные с приемом пищи, неустойчивый стул, тошноту, нарушение аппетита. Из обратившихся больных, перенёсшие резекцию желудка по Бильрот-I составили 11 (28,9%), а по Бильрот-II - 12 (66,6%). Больные были в возрасте от 27 до 58 лет.

Хронический панкреатит диагностирован у 9 (75,0%) больных из обратившихся, оперированных по методу Бильрот-II и у 3 (27,3%) больных по методу Бильрот-I, которые были целенаправленно обследованы с целью выявления этой патологии.

Выводы.

1. Связь развития хронического послеоперационного панкреатита со способом резекции желудка чётко прослеживается и является следствием новых анатомо-физиологических взаимоотношений.

2. Развитие хронического панкреатита при пенетрирующих в поджелудочную железу язвах двенадцатиперстной кишки, чаще встречается у больных, перенёсших операцию резекции желудка по Бильрот-II.

3. Произведенные исследования позволяют считать, что в основе развития этого синдрома лежит прогрессирование дуоденостаза после резекции.

ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНАЯ РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Назаров Н.Н^{1,2}., Гафуров З.К^{1,2}., Меликузиев Э.Б².

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал республиканской научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность: По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире от травм погибает более 5 миллионов человек, а количество случаев тяжелого травматизма, включая сочетанные повреждения и политравму, имеет тенденцию к постоянному росту, что уже рассматривается специалистами как глобальная неинфекционная «эпидемия» XXI века (WHO, 2021; Mock et al., 2019). Особую клиническую значимость представляют сочетанные и множественные травмы, при которых наблюдается одновременное повреждение нескольких анатомических зон, включая грудную клетку, брюшную полость, опорно-двигательный аппарат и центральную нервную систему. Летальность при политравме, по данным различных авторов, колеблется от 20 до 60 % и более (Trentz O., 2018; Nast-Kolb D. et al., 2019). В условиях экстренной хирургии при сочетанных травмах, особенно с нестабильной гемодинамикой, традиционные диагностические методы-такие как плевральная пункция и проба Ревилуа-Грегуара часто

оказываются малоинформативными и недостаточно надежными для обоснованного выбора лечебной тактики. В этом контексте перспективным направлением становится применение диагностической торакоскопии под местной анестезией, не требующей специализированного видеооборудования и проводимой непосредственно у постели пациента- в условиях отделения реанимации или приёмного покоя и позволяет получить визуальную информацию о состоянии плевральной полости, наличии гемоторакса, повреждения легкого или продолжающегося кровотечения.

Цель исследования: оценить роль и эффективность экстренной диагностической торакоскопии под местной анестезией в алгоритме ведения пациентов с тяжёлой сочетанной травмой.

Материалы и методы: С 2023 по 2025 гг. в Андижанском филиале РНЦЭМП под наблюдением находились 146 пациентов с сочетанными травмами. Среди них- 85 мужчин (58,2%) и 61 женщина (41,8%) в возрасте от 18 до 78 лет. Причины травм распределились следующим образом; дорожно-транспортные происшествия- 96 пациентов (65,8%); падение с высоты- 28 пациентов (19,1%); бытовые конфликты- 22 пациента (15,1%). По числу повреждённых анатомических зон; 2 зоны- у 108 пациентов (74,0%); 3 зоны- у 16 (11,0%); 4 зоны- у 13 (9,0%); 5 зон-у 9 (6,0%). Большинство больных поступили в тяжёлом или критическом состоянии и были госпитализированы напрямую в отделение реанимации, минуя приёмное отделение. Учитывая тяжесть состояния и ограниченное время на диагностику, важнейшей задачей было в кратчайшие сроки выявить наиболее жизнеугрожающее повреждение, требующее первоочередного хирургического вмешательства.

Результаты исследования: Всем пациентам выполнены bedside-рентгенография органов грудной клетки и УЗИ брюшной и плевральной полостей. В большинстве случаев вмешательства проводились после перевода пациентов на искусственную вентиляцию лёгких. Положительное давление, создаваемое ИВЛ, компенсировало отрицательное внутриплевральное давление, что затрудняло визуализацию плеврального выпота. Также нестабильная гемодинамика в ранние сроки нередко маскировала признаки скопления жидкости в плевральной полости. По данным лучевой диагностики; у 82(56,1%) пациентов выявлены переломы 3–5 рёбер; у 32(22,0%)- 5–7 рёбер; у 21(14,4%)- 7–10 рёбер; у 11(7,5%)- более 10 рёбер. У 97(66,4%) пациентов повреждения носили односторонний характер, у 49 (33,6%)- двусторонний. На основании рентгенографии и УЗИ: пневмоторакс выявлен у 23(15,7%) пациентов, из них у 9 с обеих сторон; гемопневмоторакс- у 38(26,0%); свободная жидкость в плевральной полости- у 57(39,0%). Выполнено торакоцентез-дренирование плевральной полости у 70(47,9%) пациентов. Геморрагический выпот получен у 38(26,0%). Проба Ревилуа-Грегуара: отрицательная- у 31(21,2%); сомнительная- у 7(4,7%). Плевральная пункция произведена у 57(39,0%) пациентов, из них: положительная проба- у 11(7,5%); сомнительная- у 7(4,7%); отрицательная- у 39(26,7%). По объёму гемоторакса: до 500мл- у 29(19,8%) больных; до 700мл- у 17(11,6%); более 1000мл- у 13(8,9%). Диагностическая торакоскопия под местной анестезией выполнена у 17(11,6%) пациентов: справа- у 11(7,5%); слева- у 6(4,1%). Результаты торакоскопии: массивное кровотечение из межрёберных сосудов- у 7 пациентов (11,6%); повреждение лёгочной ткани костными фрагментами- у 5(3,4%); свёрнувшийся гемоторакс без точного определения источника- у 5(3,4%). В 7 случаях (11,6%) торакоскопия завершилась выполнением торакотомии с окончательной остановкой кровотечения. В остальных случаях вмешательство завершалось дренированием плевральной полости и динамическим наблюдением. Общая летальность составила 51 пациент (35%). После торакотомии летальный исход зафиксирован у 1 пациента (0,6%)- вследствие тяжёлой черепно-мозговой травмы, внутричерепного кровоизлияния и полиорганной недостаточности.

Выводы. Диагностическая торакоскопия под местной анестезией является ценным инструментом в экстренной хирургической тактике при сочетанных травмах. Она позволяет быстро и достоверно визуализировать источник внутриплеврального кровотечения, выявить

повреждение лёгочной ткани или свернувшийся гемоторакс, что особенно важно при недостаточной информативности традиционных методов диагностики у пациентов в тяжёлом состоянии.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ВТС-ТИМЭКТОМИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТИМУСА

*Назаров Н.Н.^{1,2}, Мадазимов М.М.¹, Махмудов А.Л.², Назирджанов И.Х.-А.^{1,2}.
Андижанский государственный медицинский институт
Клиника «Фаномед»*

Актуальность. Заболевания тимуса, включая его опухоли и гиперплазию, занимают особое место в клинической практике торакальной хирургии. Тимэктомия является основным методом лечения при тимомах и нередко используется как патогенетически обоснованный подход при генерализованных формах миастении. Традиционная стернотомия, несмотря на свою радикальность, сопровождается высокой инвазивностью и рисками послеоперационных осложнений (Фёдоров В.Д., 2016; Белов А.И., 2018). В связи с этим особое значение приобретает видеоассистированная торакоскопическая хирургия (ВТС), позволяющая достичь необходимого объёма вмешательства. Одним из технических ограничений ВТС при тимэктомии является сложность выделения новообразования в условиях ограниченного пространства и плотных сращений с окружающими структурами. Для улучшения визуализации и анатомической диссекции ранее предлагались методики пневмомедиастинума (введение газа в средостение), (Яблонский П.К. и др., 2020). Однако при открытых торакоскопических контурах объём вводимого газа трудно контролировать, что может привести к медиастинальным осложнениям. В зарубежной практике также предлагалось использовать жидкостной гидромедиастинум с введением стерильных растворов (Fujino S. et al., 2017), однако метод до настоящего времени не получил широкого применения.

Цель исследования: разработать и клинически обосновать эффективность и безопасность применения гидромедиастинума при видеоторакоскопической тимэктомии у пациентов с новообразованиями тимуса и миастенией.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 20 пациентов с заболеваниями тимуса, проходивших лечение в клинике «Фаномед» в период 2022–2025 гг. Среди них было 12 мужчин (60%) и 8 женщин (40%) в возрасте от 22 до 58 лет (средний возраст- 41,3±9,6 лет). Пациенты поступали с жалобами на: общую мышечную слабость- 14(70%), нарушение глотания- 9(45%), затруднение дыхания- 6(30%), снижение физической активности- 11(55%). Средний срок с момента появления жалоб до госпитализации составил 5,2±1,8 месяцев. Больные были разделены на две группы: группа сравнения- 11 больных (55%; 7 мужчин и 4 женщины), у которых тимэктомия выполнена традиционным методом. Основная группа- 9 больных (45%; 5 мужчин и 4 женщины), которым операция проведена с применением ВТС гидромедиастинума.

У больных в основной группе для ВТС тимомэктомии мы использовали три порта в редких случаях четвертый вспомогательный порт, в положении больного на боку камера устанавливалась по задней подмышечной линии на уровне 6-7 м/р, первый манипулятор вводился по передней подмышечной линии на уровне 4 го м/р, второй по средней подмышечной линии на уровне 3 м/р. В таком расположении портов достаточно панорамном обзоре манипуляция на переднем средостении проводилась в достаточном объеме. Далее оценивали резектабельность образования, возможность выделения от окружающих структур. Для удобной мобилизации при новообразованиях переднего средостения применяли припаровку переднего медиастинума. Для этого с помощью иглы Вериша под контролем зрения на клетчатку переднего средостения вводили физиологический раствор натрия хлорида в количестве-100-150мл и создавали «гидромедиастинум». С помощью этого метода

клетчатка переднего средостения легко отделялась от окружающих тканей, опухоль или кисту полностью можно было выделить без особых затруднений, укорачивая время операции.

Результаты исследований: В группе сравнения были применены следующие оперативные доступы: у 8 больных (72,7%) выполнена продольная стернотомия, у 2 (18,2%) - правосторонняя торакотомия, у 1 (9,1%) - левосторонняя торакотомия. Полное удаление опухоли удалось выполнить у 9 больных (81,8%), у 1 (9,1%) выполнена циторедуктивная операция, у 1 (9,1%) - операция закончена взятием биопсии.

В основной группе выполнены следующие вмешательства: правосторонняя ВТС-тимэктомия - у 7 больных (77,8%), левосторонняя ВТС у 1 (11,1%) больного, двусторонняя ВТС у 1 (11,1%) больного. Полное удаление опухоли с помощью ВТС выполнено у 7 больных (77,8%), биопсия у 1 больного (11,1%), конверсия у 1 больного (11,1%), двустороннее удаление опухоли у 1 больного (11,1%). Средняя продолжительность операции составила: в контрольной группе - $85,4 \pm 9,2$ мин, в основной группе - $73,6 \pm 7,8$ мин (снижение на 13,8%). Средний объём интраоперационной кровопотери: контрольная группа - $148,6 \pm 22,4$ мл, основная группа - $98,4 \pm 17,6$ мл (уменьшение на 33,8%). Продолжительность дренирования плевральной полости: контрольная группа - $3,4 \pm 1,1$ суток, основная группа - $2,1 \pm 0,8$ суток (снижение на 38,2%). Уровень болевого синдрома по ВАШ в первые сутки после операции: контрольная группа - $4,7 \pm 1,2$ балла, основная группа - $2,8 \pm 1,0$ балла (уменьшение на 40,4%).

Выводы: таким образом, методика видеоторакоскопической тимэктомии с применением гидромедиастинума показала высокую эффективность и безопасность. Данный приём позволяет значительно улучшить условия визуализации и точность диссекции тимуса, повышает радикальность удаления новообразований и снижает риск послеоперационных осложнений. Предложенная методика может быть рекомендована к внедрению в клиническую практику при лечении пациентов с заболеваниями тимуса и миастенией.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПЛЕВРОДЕЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ

Назаров Н.Н.^{1,2}, Мадазимов М.М.¹, Махмудов А.Л.², Назирджанов И.Х.-А.^{1,2}.

Андижанский государственный медицинский институт

Клиника «Фаномед»

Актуальность. За последние десятилетия наблюдается устойчивый рост заболеваемости плевритами и другими патологиями, сопровождающимися плевральными выпотами. По данным медицинской статистики США, ежегодно диагностируется около 1,5 миллиона случаев плевральных выпотов различной этиологии. Клиническое течение таких заболеваний характеризуется выраженной экссудацией, затрудняющей диагностику основного заболевания и требующей комплексного подхода к лечению. Одним из перспективных направлений является совершенствование методов плевродеза с применением малоинвазивных технологий. Использование различных методов плевродеза например, блеоцина, по оценкам разных авторов составляет 62% (Muduly D.K., 2022), по данным ряда авторов (Хамроев Х.Ш., 2018; Edwards J et al., Randomised., 2014; Azzouqa A G; Stevenson J P., 2016), эффективность талькового плевродеза составляет от 62,2% до 85% и этот тип процедуры обычно выполняется в больнице с использованием видеоторакоскопии.

Цель исследования: разработка и клиническая оценка эффективности комбинированной методики интраоперационного плевродеза с использованием ВТС для повышения результативности лечения плевритов и профилактики рецидивов плеврального выпота.

Материалы и методы: В исследование были включены 144 пациента с плевральными выпотами, госпитализированные в клинику «Фаномед» в период с 2023 по 2025 год. Все пациенты были разделены на две группы:

Группа сравнения (n=92) получала стандартное лечение в виде торакоцентеза и дренирования плевральной полости. Средний возраст составил $54,9 \pm 1$ года. Мужчин - 58,7%, женщин - 41,3%.

Основная группа (n=52) получала комбинированный интраоперационный плевродез с применением ВТС. Средний возраст - $53,5 \pm 4$ года. Мужчин - 55,8%, женщин - 44,2%.

Критерии оценки включали: клинические проявления, объем экссудата, частоту осложнений, продолжительность нахождения дренажей, длительность госпитализации, частоту рецидивов и морфологическую верификацию диагноза.

Результаты исследований: В группе сравнения в 92 случаях проведено 134 плевральных пункций и дренирование, из них многократные пункции потребовались 27 пациентам. Средняя длительность нахождения дренажа составляла от 4 до 31 суток. Осложнения зафиксированы у 4 (4,3%) пациентов, включая эмпиему плевры и образование остаточной полости.

В основной группе всем пациентам выполнена ВТС. У 61,5% больных выявлены множественные очаги поражения плевры. Проведен комбинированный плевродез: резекция париетальной плевры с последующим нанесением бетадина на обнаженную зону. Это позволило добиться эффективной облитерации плевральной полости. Методика была применена у 96,1% пациентов.

Средняя длительность нахождения дренажной трубки составила:

При злокачественных плевритах – $3,4 \pm 0,3$ суток;

При гепатогенных транссудатах – $6,2 \pm 2,7$ суток;

При парапневмонических плевритах – $6,7 \pm 1,2$ суток.

Средняя длительность госпитализации составила:

При злокачественных плевритах – $8,2 \pm 0,9$ суток;

При парапневмоническом плеврите – $10,7 \pm 1,9$ суток;

При транссудатах – $11,7 \pm 2,7$ суток.

Общая эффективность комбинированного плевродеза составила 89,6%. Осложнения зарегистрированы лишь у одного пациента (1,9%).

Диагностическая эффективность ВТС достигала 97,0% (чувствительность) и 98,0% (специфичность), что значительно превышало показатели группы сравнения – 57,0% и 91,6% соответственно. Срок постановки окончательного диагноза сократился с $15,1 \pm 7,9$ суток (группа сравнения) до $5,1 \pm 0,9$ суток (основная группа).

Выводы: Применение комбинированного интраоперационного плевродеза с использованием ВТС обеспечивает высокую клиническую эффективность при лечении плевральных выпотов различной этиологии. Метод позволяет достичь быстрой ликвидации экссудата, снижает риск осложнений и рецидивов, а также обеспечивает точную диагностику благодаря морфологической верификации. Метод заслуживает широкого внедрения в клиническую практику.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В КОРРЕКЦИИ ВЕСА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

¹Мардонов А.С., ¹Садыков Р.Р., ²Жамалов Ж.Б.

¹ГУ РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова

²Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Ожирение - это заболевание, которое заключается в чрезмерном отложении жировых тканей, которые наносят вред организму человека. Как и любое другое заболевание оно требует лечения. Диагноз ожирения ставится взрослому человеку с

индексом массы тела равным или большим 30. Индекс массы тела рассчитывается как отношение массы тела к росту человека в метрах в квадрате. При индексе массы тела от 25 до 29 вес тела просто считается избыточным.

Ожирение возникает при энергетическом дисбалансе, который появляется в том случае, если в организм поступает больше калорий, чем тратится. Например, если человек ведет малоподвижный образ жизни и при этом ест столько же, сколько активный человек, то это ведет к отложению жира и набору веса. Часто ожирению способствуют высокий уровень инсулина, генетическая предрасположенность, нарушения в работе внутренних органов (поджелудочная железа, кишечник, печень) и эндокринной системы.

Ожирение - это опасное состояние которое ведет к увеличению вероятности появления сопутствующих заболеваний, нарушающих нормальную жизнедеятельность человека.

Внутрижелудочные баллоны (ВЖБ) являются основой эндоскопического лечения избыточного веса и ожирения. В последние годы был разработан ВЖБ, который может оставаться на месте в течение 6- 12 месяцев. Целью данного исследования было проанализировать безопасность и эффективность этого 6- 12-месячного ВЖБ.

Материал и методы. В проспективную базу данных были включены последовательные пациенты, которым в период с сентября 2023 года по июль 2024 года был установлен ВЖБ Orbera 365TM (Apollo Endosurgery, TX, USA). Пациенты получали регулярные консультации с последующим эндоскопическим удалением через 12 месяцев. Собирались демографические данные, а также данные о потере веса. Регистрировались все неблагоприятные события.

Результаты. Всего в исследование было включено 20 пациентов. Большинство пациентов были женщинами (87,13%). Медиана индекса массы тела (ИМТ) до введения препарата составила 36,30 кг/м² (IQR 32,60-40,00 кг/м²). Медиана абсолютной потери веса для всех пациентов составила 15,36 кг (IQR 6,70-18,82 кг). Устойчивая потеря веса сохранялась до удаления устройства на 52-й неделе. У пациентов, у которых вес был зарегистрирован на момент удаления ИГБ, медиана потери веса была больше (15,88 кг, IQR 10,43-21,72), процентная потеря общей массы тела составила 15,38% (IQR 10,99-21,77), а потеря избыточного веса - 53,99% (IQR 32,44-76,30). Более активное участие пациентов в постпроцедурном наблюдении было связано с увеличением потери веса ($p < 0,001$). В ходе исследования 2 пациентам потребовалось удаление баллона из-за непереносимости.

Заключение. Настоящее исследование подтвердило безопасность данной ВЖБ в течение 12 месяцев, потеря веса у пациентов сохранялась в течение 12 месяцев. При этом потеря веса составила 15,88 кг до 21 кг. Это доказывает эффективность ВЖБ баллона как альтернативный метод лечения больных с ожирением.

ЛОКАЛЬНОЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ С ИНСТИЛЛЯЦИЕЙ БАКТЕРИОФАГОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

*Пасхалова Ю. С.^{1,2}, Митиш В. А.^{1,2}, Хамидулин Г. В.^{1,2}, Ушаков А. А.², Магомедова С. Д.²,
Борисов И. В.², Мартынова С. В.¹*

*¹ ФГАОУВО «Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы»,
Москва, Россия*

² ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава РФ, Москва, Россия

Актуальность проблемы. Антибиотики играют ключевую роль в предотвращении и терапии бактериальных инфекций. Однако их массовое и нередко неоправданное применение ведёт к формированию устойчивости бактерий к ним. Это состояние характеризуется адаптацией микроорганизмов, позволяющей им эффективно противодействовать влиянию антибактериальных препаратов. В результате значительно усложняется лечение инфекционных заболеваний, ускоряется их распространение, а также возрастает число случаев тяжёлых осложнений и летальных исходов. Резистентность к

антибиотикам является одной из важнейших мировых угроз в области здравоохранения. Она ставит под сомнение эффективность лечения многих инфекционных заболеваний, включая пневмонию, туберкулёз, сепсис и гонорею. По данным Всемирной организации здравоохранения, новые механизмы устойчивости быстро распространяются среди бактерий, что существенно ограничивает терапевтические возможности антибиотиков.

Бактериофаги – это вирусы, поражающие бактерии, открытые более века назад французским учёным д'Эреллем. Фаговая терапия основана на применении этих вирусов для борьбы с бактериальными инфекциями за счёт их способности заражать и уничтожать болезнетворные микроорганизмы. Сегодня этот подход рассматривается как перспективная альтернатива традиционному лечению антибиотиками, особенно при хирургических инфекциях, вызываемых резистентными микроорганизмами. Согласно актуальным публикациям, фаговая терапия показывает высокую эффективность и безопасность в лечении инфекций в таких хирургических направлениях, как сердечно-сосудистая хирургия, травматология, абдоминальная и гнойная хирургия.

Изучение воздействия вакуумной терапии ран с инстилляцией бактериофагов не только на состав микрофлоры, но и на динамику течения раневого процесса, продолжительность его отдельных фаз, а также цитологические характеристики ран у пациентов с глубокими хирургическими инфекциями и множественными сопутствующими заболеваниями (например, сахарный диабет с синдромом диабетической стопы, артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек и др.) представляет собой перспективное направление в разработке современных альтернативных подходов к контролю бактериальной микрофлоры и оптимизации процесса заживления, приближая его фазы к физиологическим показателям.

Цель исследования: сравнение влияния на качественную и количественную микробиологическую и цитологическую характеристику использования традиционных методов лечения и вакуумной терапии ран с инстилляцией бактериофагов.

Материалы и методы исследования. В анализ включено 50 пациентов с сахарным диабетом 1го или 2го типа и гнойными ранами различной локализации, лечившихся в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского в 2022–2024 гг. Все пациенты были рандомизированы на две группы: I группа (n=30) – пациенты, которые получали химические антибактериальные препараты, местное лечение ран проводили традиционным способом под повязками с мазями на ПЭГ основе. II группа (n=20) – пациенты, которым применили фаговую терапию (внутрь, препарат «Пиобактериофаг комплексный жидкий» (НПО «Микроген», Россия) по 20 мл 3 раза в сутки и местно в виде вакуумной терапии ран (постоянный режим, -120 мм рт. ст., аппарат вакуумный VitMedical, Россия) с инстилляцией бактериофагов (3 раза в сут., по 30 мин. местно, препарат «Пиобактериофаг комплексный жидкий» (НПО «Микроген», Россия). Средний возраст пациентов в группе I составил: $57,23 \pm 11,34$ лет, в группе II составил – $55,25 \pm 9,28$ лет. Согласно критерию Манн-Уитни (U-критерий) по параметру возраст группы между собой статистически не различаются, значение $p: 0,500$ ($p > 0,05$), U-критерий: 265,5. При проверке на нормальность распределения были получены следующие данные (тест Шапиро-Уилка) для обеих групп: в группе I – значение $p: 0,233$; в группе II – значение $p: 0,151$. Оба p -value превышают уровень значимости 0,05, что означает, что нет достаточных оснований отклонить гипотезу о нормальности распределения данных в обеих группах по результатам данного теста.

Всем пациентам, включенным в исследование, первоначально проводили хирургическую обработку гнойного очага или раны. До начала оперативного вмешательства осуществляли забор образцов для качественного и количественного микробиологического, а также цитологического анализа. После выполнения хирургического этапа и получения результатов лабораторных исследований, включая определение чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам, пациенты распределялись в одну из двух групп. Рандомизация в группу фаговой терапии была возможна при получении ответа о чувствительности выделенных штаммов к Пиобактериофагу. Затем с интервалом 2 ± 1 суток

на протяжении 8 ± 1 суток выполняли повторный забор образцов тканей и раневых отпечатков для качественного и количественного микробиологического контроля с целью оценки эффективности терапии и мониторинга динамики процесса заживления ран.

Результаты исследования и их обсуждение. При цитологическом исследовании учитывались количественные показатели: количество нейтрофилов в поле зрения, макрофагов и лимфоцитов. Параметр «количество нейтрофилов в поле зрения» отражает интенсивность воспалительного ответа и степень противодействия организма инфекционному процессу. Количество макрофагов характеризует стадию очищения раны, а количество лимфоцитов указывает на активацию локального иммунного ответа и вовлечение организма в борьбу с инфекцией.

При анализе микробиологических данных и антибиотикограмм оценивались качественные показатели – видовой состав и свойства выявленных микроорганизмов, а также количественные – концентрация возбудителей в ткани, выраженная в колониеобразующих единицах на грамм ткани (КОЕ/г).

Результаты количественного цитологического исследования представлены в таблице (средние значения).

Таблица 1. Результаты количественного цитологического исследования раневых отпечатков (средние значения и значения p-value для обеих групп)

Параметр	Группа I (группа сравнения)	Группа II (группа вакуум с инстилляцией бактериофагами)	p-value (U-критерий)	Интерпретация значения p
Число нейтрофилов в поле зрения	1 точка – 43,06 2 точка – 57,00 3 точка – 40,60 4 точка – 26,83	1 точка – 78,00 2 точка – 51,35 3 точка – 44,00 4 точка – 13,75	1 точка – p: $0,02 \cdot 10^{-11}$ 2 точка – p: 0,805 3 точка – p: 0,549 4 точка – p: 0,940	1 точка – p < 0,05 2 точка – p > 0,05 3 точка – p > 0,05 4 точка – p > 0,05
Макрофаги	1 точка – 5,83 2 точка – 5,18 3 точка – 4,48 4 точка – 2,56	1 точка – 2,90 2 точка – 7,84 3 точка – 6,80 4 точка – 6,30	1 точка – p: 0,59 2 точка – p: 0,11 3 точка – p: 0,24 4 точка – p: 0,05	1 точка – p > 0,05 2 точка – p > 0,05 3 точка – p > 0,05 4 точка – p < 0,05
Лимфоциты	1 точка – 3,10 2 точка – 1,70 3 точка – 3,70 4 точка – 1,15	1 точка – 12,38 2 точка – 2,45 3 точка – 3,10 4 точка – 5,70	1 точка – p: 0,49 2 точка – p: 0,12 3 точка – p: 0,56 4 точка – p: $0,08 \cdot 10^{-1}$	1 точка – p > 0,05 2 точка – p > 0,05 3 точка – p > 0,05 4 точка – p < 0,05

Таблица 2. Результаты микробиологического исследования (средние значения и значения p-value для обеих групп)

Параметр	Группа I (КОЕ/г) (группа сравнения)	Группа II (КОЕ/г) (группа вакуум с инстилляцией бактериофагами)	p-value (U-критерий)	Интерпретация значения p
Staphylococcus aureus	1 точка – 1,23 2 точка – 0,76 3 точка – 0,43 4 точка – 0,13	1 точка – 2,95 2 точка – 1,95 3 точка – 1,80 4 точка – 0,85	1 точка – p: $0,06 \cdot 10^{-2}$ 2 точка – p: $0,09 \cdot 10^{-1}$ 3 точка – p: $0,08 \cdot 10^{-2}$ 4 точка – p: 0,02	1 точка – p < 0,05 2 точка – p < 0,05 3 точка – p < 0,05 4 точка – p < 0,05

Таким образом, результаты исследования показали, что в обеих группах (I и II) к моменту завершения наблюдения отмечается снижение показателя «число нейтрофилов в поле зрения». Однако, несмотря на положительную динамику, данный показатель остается на относительно высоком уровне, что может свидетельствовать о сохраняющемся воспалительном процессе в ране. Статистический анализ показал отсутствие значимых различий между группами ($p > 0,05$) для 2 – 4 точек соответственно, однако в 1 точке наблюдается статистическая разница между двумя группами ($p < 0,05$). Анализируя динамику изменения количества макрофагов в раневых отпечатках, можно увидеть, что количество макрофагов в начале лечения для обеих групп статистически не различается ($p > 0,05$) для 1 – 3 точек соответственно, но к концу лечения этот параметр увеличивался в группе II по сравнению с группой I ($p < 0,05$). Количество лимфоцитов повышается в группе II по сравнению с группой I ко дню завершения исследования ($p < 0,05$). Повышение количества макрофагов и лимфоцитов в группе II может свидетельствовать об активном процессе очищения раны от тканевого детрита, снижении микробной контаминации, активации местных механизмов иммунной защиты и постепенном переходе раневого процесса в фазу регенерации. На основании сравнительного анализа цитологических показателей установлено, что в группе II переход раневого процесса в фазу регенерации происходил раньше – на 8 ± 1 сутки, тогда как в группе I данный этап, по цитологическим критериям, отмечался позже — после 10 суток наблюдения ($p < 0,05$).

По результатам микробиологического исследования видно, что в группе II имеется выраженный бактериостатический эффект. Статистический анализ показал наличие значимых различий между группами ($p < 0,05$) на всех точках исследования соответственно. Это может говорить о том, что бактериофаги имеют длительную сдерживающую активность в отношении *Staphylococcus aureus* и количество микроорганизмов в ране не превышает верхний предельный допустимый уровень для проведения дальнейших реконструктивно-восстановительных операций.

Заключение. Современные иммунобиологические препараты, в частности бактериофаги, могут быть эффективно использованы в комплексной терапии пациентов с тяжелыми хирургическими инфекциями и ранами, ассоциированными с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микроорганизмов. Их применение возможно как системно, так и местно, в том числе в сочетании с использованием локального отрицательного давления с возможностью инстилляций, когда отмечается потенцирующее действие обоих методов лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНИКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ ШЕИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП

**Махмудов Н.И., Эшонкулов Ч.И., Расулов А.Ф. Убайдуллаев З.З.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Ранения шеи относятся к числу наиболее тяжелых и опасных для жизни повреждений.

Цель. Разработать конкретные хирургические лечение пострадавших с тяжелыми ранениями шеи и тактики диагностических действий.

Материалы и методы: Изучены результаты лечение 48 больных, с колото – резанным (47 пациентов) и с огнестрельным (1 случаев) ранением шеи в период с 2015 по 2020 г. В стандартной ситуации выполняли обзорную рентгенографию шеи и груди, эзофагоскопия, исследование глотки и пищевода с контрастным раствором тразографом, триамбросом 76%, а при подозрении на повреждение магистральных сосудов шеи – ангиографию. Пострадавшие (39 человек) с клинической картиной повреждение воздухоносных путей, магистральных сосудов, пищевода и чаще сочетанием их с

нестабильной гемодинамикой и нарушениями дыхания подлежали неотложной операции с одновременными реанимационными мероприятиями без детального обследования. Ретроспективный анализ показал, что у всех больных с серьезными повреждениями шеи, оставшимися незамеченными (9 случаев), а выполнялась типичная хирургическая обработка ран. В зависимости от локализации возникали существенные трудности для проведения полноценной ревизии в условиях имbibированных кровью окружающих тканей. В результате ревизия принимала вынужденно ограниченный характер. Учитывая это обстоятельство, у пострадавших с глубокими ранениями шеи выполнялась коллотомия по Х.Хаккеру, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Длина разреза составляла не менее 12 см, сторона доступа определялась локализацией опасных ран. У 7 пострадавших ее выполняли с двух стороны. Ранение магистральных сосудов:

Данный вид ранений отмечался нами у 19 пациентов. При определении локализации повреждений сосудов мы использовали предложение D.Demetriades деление шеи на три зоны (Demetriades D. et al., 1996).

В преобладающем большинстве целостность сосуда в I и II зоне восстанавливалась наложением атравматичного краевого (у 12 пациентов) и циркулярного (у 4 пострадавших) (по Каррелю) сосудистых швов. В 3 случаях при значительном дефекте сосуда выполнено вшивание венозного аутооттрансплантата. Следует отметить, что период полного прекращения кровотечения по сонным артериям не превышал 20 мин (Mauch J. et al., 2000). По этому оперирующий хирург поставлен в жесткие временные рамки. Это обусловлено развитием тяжелых необратимых морфологических изменений в головном мозге с формированием грубых парезов и параличей. Восстановление магистрального кровотока осуществлялось с периферического конца. Все манипуляции сопровождалось введением антикоагулянтов по схеме. Завершали оперативное вмешательство активным дренированием клетчаточных пространств шеи. В послеоперационном периоде оценивали неврологический статус пострадавшего, проводили доплеровский картирование, компьютерную томографию головного мозга.

Повреждение шейного отдела пищевода и трахеи:

В диагностике этой области кроме стандартных первичной хирургической обработки и ревизии раны, мы широко применяли малоинвазивной технологии как диагностическая фибробронхоскопия, эзофагоскопия. Во время осмотра фибробронхоскопами и эзофагоскопами тщательно осмотрели целостность слизистого слоя глотки, гортанно-глотки и пищевода, на наличие нарушения целостности слизистого слоя этого органа.

Летальность при проникающих повреждениях пищевода высокая и достигает, по данным различных авторов, 30-50% (Бисников. Л.Н. Абакумов. М.М. 2006 гг). В проводимом исследовании анализируется опыт лечения 24 ранений пищевода. При ранениях шейного отдела пищевода у 19 пострадавших назначалась ранняя операция до 6 часов, включавшая ушивание раны и дренирование превертебрального пространства и заднего средостения чрезшейным доступом. В зависимости от стороны повреждения использовали левосторонний или правосторонний доступ. Для обнаружения места ранения руководствовались отеком окружающих тканей и гнойной инфильтрацией. При невозможности ушить место повреждения пищевода производили эзофагостомию в 3 случаях с последующим закрытием стомы или кожной пластикой дефекта. В поздние сроки и при наличии гнойника в средостении производили его вскрытие и дренирование у 4 пострадавших. В случаях открытой травмы трахеи с развитием асфиксии и нарастающей

подкожной эмфиземы выполняли трахеостомию. После устранения дыхательных нарушений производился доступ к трахее. Дефект ее стенки ушивали или производили резекцию 1-3 колец, либо выполняли пластику.

Учитывая значительное бактериальное загрязнение ран шеи, в послеоперационном периоде особое внимание уделяли антибиотикопрофилактике, стартовой эмпирической терапии. Предпочтение отдавали фторхинолонам и цефалоспорином III-IV поколения в сочетании с препаратами с антианаэробной активностью. С 4-5- суток проводили дезинтоксикационную терапию.

Вывод: применяемые нами тактики, диагностики и быстрые (моментальные) решения хирургического лечения включает ряд принципиальных положений:

1. Методом выбора к поврежденным сосудам и органам шеи в подавляющем большинстве случаев является переднебоковая коллотомия с соответствующей стороны;

2. Время полного прекращения кровотока по магистральным сосудам не должно превышать до 20 мин;

3. При наличии сочетанных повреждений гортани, трахеи, пищевода, щитовидной и слюнных желез одновременно проводя реанимационно-анестезиологических мероприятий оперативные вмешательства решали индивидуально каждому больному, и в большинстве случаев операции начата с сосудистым этапом операции, сперва остановили кровотечение.

4. Ранения трахеи в большинстве случаев требуют превентивного выполнения трахеостомии;

5. При повреждениях пищевода наряду с восстановлением его целостности важное значение имеет активное дренирование превертебрального пространства и заднего средостения.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА

*Азизов Г.А., Джумабаев Э.С., Собиров С.О
Андижанский Государственный медицинский институт*

Показания к выполнению операции у больных с восходящим варикотромбофлебитом в настоящее время сформированы и выработаны четкие показания. По объему оперативного вмешательства до настоящего времени нет единого взгляда у хирургов. Один из них радикальный, одномоментное удаление патологически измененных вен и второй двухэтапное комбинированное лечение. Сторонники двухэтапного лечения аргументируют свою тактику тем, что острый варикотромбофлебит сопровождается явлениями резко выраженного перифлебита, в связи с чем возникает большой риск некроза кожи и нагноений.

Произведен анализ результатов радикального хирургического лечения 46 больных с восходящим острым варикотромбофлебитом. Возраст больных колебался от 17 до 75 лет. Длительность заболевания колебалась от 3 суток до 12 дней. Значительная часть больных проступила на 3-7 сутки заболевания (62%). При поступлении больные жаловались на боли в области бедра и голени по ходу локализации патологического процесса. При осмотре обычно имелось уплотнение и инфильтрация по ходу большой или малой подкожных вен, гиперемия и повышение температуры кожи над пораженными участками, болезненность при пальпации тромбированных вен. У 18 больных проксимальная часть тромбоза находилась на уровне остиальных клапанов и у 28 тромботический процесс не достигал остиальных клапанов большой или малой подкожных вен. У 30% больных в нижней трети голени отмечался умеренный отек. С целью диагностики и оценки лечения исследована гемокоагуляция,

ультразвуковое дуплексное ангиосканирование. С целью улучшения результатов оперативного лечения у 37 больных с острым восходящим варикотромбофлебитом во время операции устанавливали вакуум дренажные микроирригаторы в области послеоперационных полостей. В комплексном лечении в до и послеоперационном периоде была применена лимфотропная терапия. С этой целью вводилось лидаза, лазикс, гепарин 70 ед/на 1кг. а также антибактериальные препараты. Из 46 оперированных у 41 (89%) получены хорошие результаты. У них были ликвидированы воспалительные явления, а послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Дооперационный период в данной группе больных составил 2 ± 1 койко дня послеоперационный период 7 ± 1 дня. Неудовлетворительные результаты лечения выявлены у 5 (11%) больных у которых отмечались вторичным заживлением ран в виде гематом и лимфореи. После выписки из стационара больным рекомендовали эластическое бинтование конечности в течении трех месяцев.

Таким образом радикальная методика оперативное вмешательство в полном объеме, позволяет повысить экономическую эффективность лечения связанную с отсутствием необходимости в повторной плановой госпитализации и сокращением сроков нетрудоспособности.

РАННИЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ: ПРИЧИНЫ И ПОКАЗАНИЯ

Г.Н. Райимов², С.С. Сайдалиев¹, Ш.Х. Косимов¹, Н.А. Салохитдинов¹

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

²Центрально-Азиатский медицинский университет

Актуальность. Релапаротомия — это повторное вскрытие брюшной полости, выполняемое в раннем послеоперационном периоде при развитии осложнений. По данным литературы, её частота варьирует от 0,5 до 8 %, а летальность достигает 70 %. Диагностика осложнений затруднена из-за стёртой клинической картины и маскировки симптомов интенсивной терапией. Проблема своевременного принятия решения о повторном вмешательстве сохраняет актуальность, так как напрямую связана с исходами лечения.

Цель исследования. Определить основные причины и показания к выполнению ранних релапаротомий у пациентов, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 647 историй болезни пациентов, оперированных по неотложным показаниям. В 73 случаях (1,85 %) в течение 1–21 суток после первичной операции потребовалась релапаротомия. Мужчины составили 61 %, женщины — 39 %, средний возраст — 43 года. Повторные вмешательства выполнялись чаще всего на 4–5-е сутки после первой операции.

Результаты и обсуждение. Основным заболеванием, при котором выполнялись релапаротомии, был острый аппендицит (37 случаев). Причинами повторных операций были прогрессирование перитонита, ранняя спаечная непроходимость, абсцессы брюшной полости и инфильтраты. В 62 % наблюдений показанием служил послеоперационный перитонит. У пациентов с перфоративной пилородуоденальной язвой (16 случаев) релапаротомии чаще всего выполнялись по поводу распространённого перитонита (75 %). При ущемлённых грыжах (7 случаев) основным фактором явились ошибки в оценке жизнеспособности ущемлённых петель кишечника (86 %). У больных с различными формами кишечной непроходимости (9 случаев) причины релапаротомий включали перитонит,

несостоятельность швов анастомозов, кровотечения и эвентрацию. В отдельных наблюдениях релапаротомии были связаны с рецидивами желудочно-кишечных кровотечений, а также с гипердиагностикой осложнений, когда патология при ревизии выявлена не была. Проведённый анализ позволил выделить основные группы причин: осложнения основного заболевания (прогрессирование перитонита, ранняя спаечная непроходимость), осложнения самой операции (технические и тактические ошибки), недиагностированные во время вмешательства заболевания (дивертикул Меккеля, кисты яичников) и ложные релапаротомии вследствие гипердиагностики. Наиболее трудной оставалась диагностика несостоятельности швов анастомозов, которая нередко протекала малосимптомно.

Выводы. Основной причиной ранних релапаротомий при экстренной абдоминальной патологии является прогрессирующий перитонит. Второе место занимает ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость. Ошибки интраоперационной диагностики и хирургической техники составляют третью по значимости группу причин. В отдельных случаях повторные вмешательства выполняются вследствие гипердиагностики. Своевременные релапаротомии, несмотря на риск осложнений, остаются важным и нередко жизнеспасаящим этапом лечения пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Г.Н.Райимов¹, Квачахия Л.Л.²

1 – Среднеазиатский медицинский университет (САМУ)

2 – ФПО ГБОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России

Актуальность. Холецистэктомия является одной из наиболее распространённых операций в абдоминальной хирургии. Лапароскопическая техника сегодня считается «золотым стандартом» лечения, однако проблема осложнений остаётся актуальной. Традиционные представления о зависимости риска от сроков операции были сформированы до внедрения лапароскопии. Оптимальными считались первые 72 часа от начала приступа, а поздние операции связывались с высоким риском осложнений. В то же время опыт последних лет показывает, что осложнения возможны в любые сроки, а их частота зависит не только от времени операции, но и от особенностей анатомии, воспалительных изменений и качества хирургической техники.

Цель исследования. Оценить частоту, характер и исходы осложнений лапароскопической и открытой холецистэктомии в зависимости от сроков выполнения операции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 483 пациентов с диагнозом острый холецистит, получавших стационарное лечение в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2018 по 2024 года, из них 198 открытых и 285 лапароскопических. Пациенты распределены на три группы: 1) операции в первые 72 ч от начала приступа (174), 2) позднее 72 ч (231), 3) в «холодном» периоде (78). Сравнивались интраоперационные осложнения и летальные исходы.

Результаты. Всего зарегистрировано 79 осложнений (16,3%). В первые 72 ч осложнения возникли у 19 пациентов (10,9%), позднее 72 ч — у 37 (16,0%), в «холодном» периоде — у 23 (29,5%). Наиболее опасными осложнениями были кровотечение, повреждения магистральных желчных протоков и СО₂-компармент-синдром. Летальных исходов зафиксировано 8 (1,6% от всех операций): 6 случаев (3,4%) — в первые 72 ч, 1

случай (0,4%) — позднее 72 ч и 1 случай (1,3%) — в «холодном» периоде. Даже при операциях, считающихся наименее рискованными, наблюдались тяжёлые осложнения (кровоотечения, абсцессы, эвентрации). В ряде случаев устранение осложнений требовало конверсии лапароскопии в лапаротомию.

Обсуждение. Полученные данные показывают, что частота осложнений не имеет принципиальных различий между ранними и поздними сроками операции. Основными факторами риска остаются индивидуальные особенности анатомии, выраженность воспалительных изменений и качество хирургической техники.

Выводы.

1. Общая частота осложнений при холецистэктомии составляет 16,3%, летальность — 1,6%.
2. Статистически значимых различий между ранними (до 72 ч) и поздними (>72 ч) сроками операции не выявлено.
3. Лапароскопическая холецистэктомия может выполняться в любые сроки, при условии строгого соблюдения техники и достаточного опыта хирурга.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Г.Н.Райимов¹, С.С.Сайдалиев², Ш.Х.Косимов²

1 – Среднеазиатский медицинский университет (САМУ)

2-Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Введение. За последние десятилетия отмечается устойчивый рост заболеваемости панкреатитом. Этот процесс объясняется не только улучшением диагностики, но и реальным увеличением числа случаев, что напрямую связано с ростом алкоголизма и распространённостью желчнокаменной болезни. Одновременно увеличилось количество осложнённых форм хронического панкреатита (ХП), которые всё чаще ассоциируются с развитием рака поджелудочной железы.

Хронический панкреатит представляет собой воспалительное заболевание, характеризующееся фазопрогрессирующими изменениями: деструкцией паренхимы, атрофией ацинарных клеток, развитием фиброза, формированием кист, кальцификатов и конкрементов в протоках. Эти процессы приводят к нарастающей экзокринной и эндокринной недостаточности. В отличие от острого панкреатита, при ХП морфологическая и функциональная реституция не наступает, что делает данное состояние предраковым.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование 114 больных, получавших стационарное лечение в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии ФФРНЦЭМП в период с 2018 по 2024 гг. возраст пациентов от 24 до 63 лет, среди которых 98 мужчин и 16 женщин. Для диагностики применялись общеклинические и биохимические методы, рентгенологические исследования, ультразвуковое сканирование, спиральная компьютерная томография, эндоскопические процедуры, а также определение фекальной эластазы-1, что позволило оценить степень экзокринной недостаточности. В качестве классификационной основы использовалась Марсельско-Римская система (1989), выделяющая кальцифицирующую, обструктивную, паренхиматозно-фиброзную формы, а также кисты и псевдокисты поджелудочной железы.

Результаты. Клиническая картина у большинства пациентов включала выраженный болевой синдром, прогрессирующую потерю массы тела на 10–20 кг за 3–6 месяцев и стойкие нарушения пищеварения. В 99 случаях выявлено злоупотребление алкоголем, что подтверждает ведущую роль этого фактора в патогенезе заболевания. Экзокринная недостаточность различной степени наблюдалась у 19 пациентов: у пяти она была умеренной (средний уровень фекальной эластазы $121,9 \pm 13,7$ мкг/г кала), у четырнадцати — тяжёлой ($60,2 \pm 10,8$ мкг/г кала). Хирургическая тактика подбиралась индивидуально. При массивном

фиброзе головки железы, сопровождавшемся обструкцией желчных путей или двенадцатиперстной кишки и трудностями дифференциальной диагностики с опухолью, выполнено 12 панкреатодуоденальных резекций, в том числе две пилоросохраняющие. В шести случаях проведена дуоденум-сохраняющая резекция по Вегер, а у одиннадцати больных — резекция по Frey с продольной панкреатоеюностомией. При кистозной форме ХП у 53 пациентов произведена цистоеюностомия по Ру, из которых восемь сочетались с наружным дренированием; у двух — выполнена цистогастростомия. В случаях нагноения кист проведено наружное дренирование (8 наблюдений), а при отсутствии связи с главным протоком его дополняли тампонадой сальником (22 случая). У 13 пациентов с локализованным поражением хвоста и тела поджелудочной железы проведена дистальная резекция. В условиях стеноза общего желчного протока формировались билиодигестивные анастомозы. Послеоперационная летальность составила 2,6 % (три пациента: два — в результате тромбоэмболии лёгочной артерии, один — вследствие аррозивного кровотечения). Общая частота осложнений достигла 15,8 % (18 случаев), среди которых наблюдались гастростаз, наружные панкреатические и желчные свищи, острый послеоперационный панкреатит, нагноение раны и пневмония. Все осложнения удалось купировать консервативными методами, что подтверждает эффективность применяемой тактики.

Обсуждение. Хронический панкреатит представляет собой заболевание с прогрессирующим течением и отсутствием обратного развития морфологических изменений. Ведущими причинами служат алкоголь (40–80 % случаев, преимущественно у мужчин) и билиарная патология (чаще у женщин), однако существенную роль играют и другие факторы — поражения дуоденального сосочка, лекарственные и инфекционные воздействия, метаболические нарушения. Ключевым механизмом фиброгенеза признана активация панкреатических звёздчатых клеток, которые начинают активно синтезировать внеклеточный матрикс. Это приводит к формированию плотного фиброза и создаёт условия для дисплазии протокового эпителия. Повторные обострения усиливают данные процессы и увеличивают риск малигнизации. Опухолевидные образования, формирующиеся в области головки железы, часто трудно дифференцировать с карциномой, поэтому хирургическое вмешательство должно сопровождаться обязательной морфологической верификацией.

Заключение. Хронический панкреатит — заболевание с прогрессирующими морфологическими изменениями, приводящими к утрате функций поджелудочной железы и формированию предракового состояния. Основным методом лечения осложнённых форм остаётся хирургическое вмешательство, выбор которого зависит от локализации и характера поражения. В исследовании летальность составила 2,6 %, осложнения — 15,8 %, что свидетельствует о приемлемом уровне риска при комплексном подходе. Морфологическая верификация удалённых тканей является обязательным условием для исключения злокачественного процесса и определения дальнейшей тактики лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛО-АППАРАТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

***О.И. Кузиев, М.К. Сафаев, Н.И. Мирзаматов, В.В. Разоков**
Ферганский Филиал РНЦЭМП.*

В структуре травмы шейного отдела позвоночника повреждения верхнешейного отдела позвоночника (ВШОП) занимают от 5,5 до 35 % и 1 – 2 % от всех повреждений позвоночника.

Основной задачей при их лечении является профилактика вторичных смещений, по возможности устранение деформаций, обеспечение надёжной стабилизации. Недостатками наиболее часто используемых конструкций для открытого спондилодеза, являются увеличение риска деформации, миграции компонентов фиксирующих конструкций. Число

интраоперационных осложнений достигает 9-12%, а неудовлетворительные результаты хирургического лечения у 18-29% больных обусловлены вторичными деформациями с развитием неврологических расстройств на почве несостоятельного спондилодеза, рубцово-спаечных процессов, унковертебрального артроза. Проблема лечения пострадавших с осложненными дислокациями С1, С2 позвонков до настоящего времени полностью не решена.

Цель - изучение эффективности лечения пострадавших с повреждением ВШОП, с помощью Гало-аппарата в качестве самостоятельного метода лечения.

Материалы и методы: В период с 2012 по 2020 гг. в экстренном нейрохирургическом отделении ФФРНЦЭМП было пролечено 28 пациентов с повреждением ВШОП. Из них мужчин - 21 (75,0%), женщин - 6 (25,0%). Возраст пациентов от 18 до 72 лет, в среднем 31 год. По механизму травмы преобладали дорожно-транспортные происшествия - 18 (64,3%) случаев, реже - падение с высоты - 6 (21,4%) и ныряние на мелководье - 4 (14,3%). У всех больных оценивали интенсивность болевого синдрома, функций спинного мозга по шкале ASIA\SCSCI. Тяжесть состояния больных оценивали по общепринятой классификации оценки тяжести состояния всемирной организации здоровья (ВОЗ).

Пациентам с переломами ВШОП при поступлении выполняли обзорную рентгенографию шейного отдела позвоночника в 2 проекциях, прицельную рентгенографию ВШОП в транссоральной укладке и МСКТ с целью предоперационного планирования.

Результаты: Выраженный болевой синдром в состоянии покоя у 47,2% и возникающий при легкой физической нагрузке у 49,4% больных. Легкая боль в шее была только у 3,4% больных. У 85,7% пациентов переломы ВШОП были не осложненными (степень Е по шкале ASIA). Степень В по шкале ASIA была у 3,3% пациентов, степень С - в 8,8% наблюдениях, степень D - у 2,2% пострадавших. При рентгенологическом исследовании у 1 (3,6%) пациента выявлен перелом С1 позвонка по первому типу, у 3 (10,7%) пациентов по второму типу и - 2 (7,2%) пациента по третьему типу с суммарным расхождением латеральных масс атланта относительно латеральных масс аксиса более чем на 8,1 мм. Согласно классификации повреждений зубовидного отростка С2 позвонка по Anderson и D'Alonzo (1974) тип I отмечался у 1 (3,6%) пациентов, тип II - у 4 (14,3%), тип III - у 5 (10,7%). По рентгенологической классификации травматического спондилолистеза С2 позвонка тип I - 2 (7,2%) пациента, тип II - 4 (14,3%), тип II А - 4 (14,3%), тип III - 2 (7,2%), тип IV - не выявлено. У всех больных после тщательного обследования накладывали Гало-аппарат по стандартной методике, после чего производили дозированную distraction с целью устранения смещения костных фрагментов. Больных переводили в вертикальное положение в первые сутки после наложения аппарата. Контрольные рентгенограммы шейного отдела позвоночника производили 1 раз в 4 недели. Фиксация в Гало-аппарате продолжалась до 3 - 4 месяцев. После его снятия внешнюю фиксацию осуществляли съемным головодержателем в течение 2 - 3 месяцев. Полная коррекция смещения достигнута в 2 (11,2%) случаях, регресс смещения различной степени выраженности - в 8 (44,4%), не удалось добиться значимого смещения - в 3 (16,7%), фиксация в достигнутом положении осуществлена у 5 (27,7%) пациентов. Во всех случаях отсутствовали какие-либо вторичные смещения С2 позвонка. Углубления неврологической симптоматики не наблюдались. Среди осложнений аппаратного метода лечения, воспаление мягких тканей в области кортикальных винтов, развития пролежней в местах давления корсета, затруднение глотания, боли и онемение в руках, перфорация винтом костей черепа с образованием эпидуральной гематомы не наблюдалось.

Вывод: Таким образом, применение Гало-аппарата позволяет рационально устранить смещение костных фрагментов, восстановить анатомические соотношения в краниовертебральной области с одновременной фиксацией шейных позвонков и позволяет начать раннюю активизацию и реабилитацию пострадавших.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

***Б.С.Усманов, Н.И.Махмудов, Б.А.Уринов
Ферганский филиал РНЦЭМП***

Использование средств оптического увеличения в экстренной хирургии открытых тяжелых травм конечностей позволяет выполнить адекватную хирургическую обработку ран, максимально точно сблизить края сосудистого анастомоза, уменьшить число тромбозов, тем самым, снизить количество гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде.

В отделении экстренной сосудистой хирургии ФФРНЦЭМП за период с 2023 по 2024 гг. оказана помощь 1604 больным с открытой травмой верхних конечностей в условиях нарушенного кровообращения. У 104 (6.5%) больных отмечена травма плеча, у 716 (44.6%) - предплечья, у 784 (48.9%) пострадавших травма кисти.

При поступлении оценивалось общее состояние пострадавших, тяжесть и сроки ишемии конечности, характер травмы. Диагностика повреждения сосудов и ишемии конечности основывалась на клинических данных и ультразвуковой доплерографии.

При анализе оказания первичной хирургической помощи в других лечебных учреждениях у 102 (6,4 %) больных были выявлены диагностические, тактические и технические ошибки: поздняя диагностика повреждения артерий, а при его выявлении – во всех случаях неоправданная перевязка сосудов, транспортировка без иммобилизации конечности.

Хирургическая тактика была следующей: наряду с противошоковыми мероприятиями производили остеосинтез переломов костей штифтами или спицами в зависимости от уровня травмы, восстановление поврежденных сосудов, сухожилий и нервных стволов, кожная пластика при дефектах. Для укрытия кожных дефектов чаще использовалась «утильная кожа», пластика по Парину, реже – лоскуты на питающей ножке с живота.

25 пострадавшим с полными и неполными травматическими отчленениями крупных сегментов верхних конечностей выполнены следующие виды операции: реплантации в 17 (68%) случаях, реваскуляризации – в 10 (40%), формирование культи – в 8 (32%) случаях.

Показаниями к первичной ампутации явились тяжелые травмы с обширными дефектами костей, мягких тканей, в том числе сосудисто-нервного пучка (нецелесообразность и невозможность реваскуляризации).

Всем больным с открытыми тяжелыми травмами верхней конечности оперативные вмешательства произведены с использованием оптического увеличения и микрохирургической техники.

У 1529 (95,3%) пациентов раны зажили первичным натяжением, у 75 (4,6%) больных в послеоперационном периоде отмечены септические осложнения: поверхностные нагноения – у 25 (33,3%), некроз кожи – у 50 (66,7%) пострадавших. Причиной инфекционных осложнений явились позднее проведение хирургической обработки ран, повторные вмешательства с целью восстановления кровообращения. В связи с некрозом кожи в 50 случаях пришлось прибегнуть к кожной пластике расщепленным лоскутом – у 40 (80%) и полнослойными местными тканями – у 10 (20%) пациентов.

Для улучшения результатов лечения больных с тяжелыми открытыми травмами верхних конечностей, по нашему мнению, необходимо госпитализировать пострадавших в специализированные учреждения, оснащенных средствами оптического увеличения; обязательное восстановление поврежденных сосудов для профилактики некротических осложнений ран.

Подобная тактика лечения позволила нам получить положительный результат у 95 % больных.

На основе изучения результатов лечения больных с открытой тяжелой травмой верхних конечностей нами сделаны следующие выводы:

1. Ведущим фактором, способствующим возникновению гнойно-некротических осложнений ран, является нарушенное кровообращение в конечности.

2. Использование средств оптического увеличения при открытых тяжелых травмах конечностей позволяет максимально точно сблизить края сосудистого анастомоза и уменьшить число тромбозов, тем самым, снизить количество гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЭЛА

***Маматалиев Ф.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Насритдинова Н.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП***

Острый варикотромбофлебит (ОВТФ) продолжает оставаться самым часто встречающимся ургентным сосудистым заболеванием, частота которого, по некоторым данным, достигает 17.2% (Бокерия Л.А, Прядко С.И, Сергеев А.В. и др., 2008; Quenet. S. 2003). Заболевание чаще всего развивается у пациентов трудоспособного возраста, что делает данную проблему еще более актуальной в плане социальной и трудовой реабилитации. Соотношение поражения большой и малой подкожных вен варикотромбофлебитом составляет 9:1 (Кириенко А.И, Матюшенко А.А, Андрияшкин В.В. 2006). Необходимо отметить что, ОВТФ в основном страдают лица женского пола что, обусловлено такими факторами как беременность и роды, наличие воспалительных заболеваний органов малого таза, применение гормональных контрацептивов, ожирение и другими причинами. Наиболее грозным вариантом течения ОВТФ является восходящий варикотромбофлебит, при котором тромботический процесс имеет тенденцию к распространению в проксимальном направлении. При этом, в связи с меньшим диаметром большой подкожной вены, по сравнению с общей бедренной, верхушка тромба в большинстве случаев остается нефиксированной. На фоне тромбоза поверхностных вен у 10-30% пациентов развивается тромбоз глубоких вен. В случае распространения восходящего тромбоза на бедренно-подвздошный венозный сегмент, реальная опасность развития эмболии легочных артерий. Именно поэтому F.Felsenreich называл устье большой подкожной вены (инкубатором смертельных эмболий).

В отделение сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП находились на лечении 2570 больных острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей (ОТПВ). Мужчин было 1209 (47 %), женщин - 1361 (53%). Средний возраст больных 32 года. ОТПВ левой нижней конечности отмечался у 1320 (51,4%) больных правосторонний процесс у 1208 (47%), двусторонний процесс – у 42 (1.6%).

Дифференциальная диагностика проводилась с рожистым воспалением, лимфангоитом, дерматитом, узловым эритемой и др. В 82% случаев причиной ОВТФ было варикозное расширение вен нижних конечностей. Окончательный диагноз устанавливается после ультразвуковой доплерографии вен.

У 1925 (74,9%) из 2570 пациентов с ОВТФ нижних конечностей с целью профилактики ТЭЛА при восходящем процессе нами произведены операции кроссэктомии. У 334 (13%) больных, когда тромб достигал сафенофemorального соустья, пробой Вальсальвы удалось произвести тромбэктомией. У больных при переходе процесса в подвздошные вены выполнены тромбэктомии из последних с помощью катетера Фогарти. В послеоперационном периоде больные получали антиагреганты, НПВС, флеботоники, при необходимости антикоагулянты и антибиотики, им назначалось ношение эластичного трикотажа, местные мазовые компрессы. Активизация разрешалась на 2 – е сутки после операции.

В случаях дистальной локализации воспалительного процесса и у соматически ослабленных больных лечение ОВТФ нижних конечностей проводилась консервативно. Однако следует учитывать, что положительные результаты применения консервативной терапии не решают проблемы радикальности лечения в случае с варикозной болезнью. Описанная методика диагностики и лечения больных ОВТФ нижних конечностей позволила максимально снизить количество тромбоэмболических осложнений.

Таким образом, больным острым тромбофлебитом подкожных вен конечностей необходимо провести ультразвуковое исследование поверхностных и глубоких вен с целью определения уровня, характера, протяженности тромбов. При наличии признаков восхождения тромбофлебита необходимо хирургическое вмешательство для профилактики ТЭЛА.

СЕГМЕНТ ТОЩЕЙ КИШКИ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

*Ручкин Д.В., Козлов В.А., Исаков В.А., Пилипенко В.И., Каримова Ш.Х.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В.
Вишневского» Минздрава России, Москва*

Введение. Современный аналитический уровень знаний о функции пищеварительной системы указывает на теневые стороны желудочной хирургии с позиции критического осмысления ее отдаленных результатов, где ключевым критерием эффективности выступают болезни оперированного желудка (БОЖ), возникающие в разные сроки после хирургического лечения. Частота развития БОЖ составляет 30-50%, а клинические проявления их имеют тенденцию к более тяжелому течению по сравнению с исходной патологией, послужившей показанием к операции. Патогенез болезней оперированного желудка (БОЖ) обусловлен утратой части или всего органа, что ведет к нарушению его резервуарной функции, привратникового механизма и дуоденального пассажа пищи. Совокупный ущерб, наносимый процессу пищеварения, превосходит его компенсаторные возможности и неизбежно способствует развитию таких патологических состояний, как демпинг-синдром, синдром мальабсорбции, агастральная астения, кахексия и др. Стремление предотвратить тяжелые нарушения пищеварения после хирургических вмешательств на желудке исторически стимулировало развитие и совершенствование реконструктивных методов, что подтверждается множеством фундаментальных работ, сосредоточенных на создании более физиологических вариантов реконструкции после резекции желудка и гастрэктомии. В НМИЦХ имени А.В. Вишневского разработаны и внедрены оригинальные методики пластики желудка и пищевода сегментом тощей кишки на сосудистой ножке при первичных и повторных операциях. Систематизирован и проанализирован накопленный опыт центра – более 300 операций, подведен некий итог практической и научной деятельности отделения, указывая на дальнейшие пути развития и перспективы еюногастро(эзофаго)пластики.

Цель. Оценить безопасность и эффективность первичных и повторных резекционных вмешательств на желудке и пищеводе путем использования сегмента тощей кишки на сосудистой ножке.

Материалы и методы. В рамках исследования был проведен анализ как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения 377 пациентов, которым в период с 2012 по 2023 г., в НМИЦХ выполнены первичные и повторные операции на желудке с использованием сегмента тощей кишки на сосудистой ножке. Из них у 230 (61 %) пациентов выполнена еюногастропластика после гастрэктомии, у 78 (21 %) — после проксимальной резекции желудка, у 56 (15 %) — при повторных реконструктивных вмешательствах, а у 13 (3,4 %) — в качестве комбинированного висцерального трансплантата для эзофагопластики.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения имели место у 16 пациентов (4,2%). У 15 пациентов (3,9%) наблюдалась негерметичность эзофагоеюноанастомоза: из них у 11 (2,9%) — после гастрэктомии с последующей еюногастропластикой и у 4 пациентов (1%) — после проксимальной резекции желудка с еюногастропластикой. Все они разрешились после адекватного дренирования под УЗИ-контролем и вакуум-аспирации без повторной операции. Также в одном наблюдении на второй послеоперационный день возник венозный некроз перемещенного тощекишечного сегмента. Больная была повторно прооперирована, нежизнеспособный сегмент был удален и на его место переместили новый на 4 паре тощекишечных сосудов. Оценка непосредственных результатов осуществлялась с учетом продолжительности оперативного вмешательства, объема кровопотери, радикальности операции, длительности послеоперационного периода и частоты послеоперационных осложнений. Объективными критериями в отдаленном периоде служили масса тела и показатели питания. Оценка качества жизни (КЖ) проводилась с помощью опросника MOS SF-36, при этом показатели сравнивались в дооперационном и отдаленном периоде. Исходно были низкие показатели КЖ. Тем не менее, уже через год после еюногастропластики отмечалось статистически значимое улучшение как физического, так и психологического компонентов здоровья ($p=0,001$), что свидетельствовало не только о снижении ограничений в повседневной деятельности, но и о повышении субъективной оценки состояния здоровья больными. В последующие периоды (до 3 лет и более) показатели КЖ оставались выше исходных значений ($p=0,003$ и $p=0,002$ соответственно). Специфических хирургических осложнений (стриктуры кишечной вставки и ее соустьев, непроходимость из-за перегиба или атонии кишечного сегмента) в отдаленном периоде не выявлено. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании в отдаленном периоде у пациентов после редуоденизации констатировали порционный тип эвакуации из трансплантата в нижележащие отделы пищеварительного тракта и физиологическую скорость пассажа по кишечнику.

Выводы. Реконструктивные операции с пластическим замещением целого желудка или его части сегментом тощей кишки и включением в пассаж ДПК, более всего соответствуют нормальной физиологии и создают условия для порционного поступления пищи в тонкую кишку, приближая деятельность пищеварительной системы к норме.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ С ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКОЙ

Ручкин Д.В., Козлов В.А., Каримова Ш.Х.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва

Введение. Сегодня отмечается рост пятилетней выживаемости после хирургического лечения РЖ, следовательно, повышаются требования к качеству жизни (КЖ) больных после гастрэктомии (ГЭ). Как известно, резекционный этап операции с последующей адьювантной терапией обеспечивает продолжительность жизни больного, а реконструктивный — ее качество. Единой методики выбора восстановления пищеварительного тракта после ГЭ нет, как и нет фундаментальных работ, доказывающих преимущества того или иного варианта

реконструкции, сопряженного с низкой частотой осложнений и наилучшими показателями КЖ. Особая роль в изучении отдаленных результатов хирургии РЖ, принадлежит оценке пищевого статуса (ПС) онкологических больных, который в настоящее время рассматривается как не только маркер КЖ, но и как, предиктор ее продолжительности. В НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского (НМИЦХ) совместно с ФИЦ питания и биотехнологии, проводится изучение ПС больных перенесших ГЭ с ортотопическим замещением желудка сегментом тощей кишки на сосудистой ножке. Настоящее исследование призвано оценить целесообразность и эффективность еюногастропластики (ЕГП), как физиологического способа реконструкции пищеварительного тракта после удаления желудка, рутинно применяемого в центре хирургии.

Цель. Изучить питательный статус больных после ГЭ с ЕГП путем сравнительного анализа со стандартной Ру-петлей.

Материалы и методы. В период с 2022 по 2024 г., на базе отделения гастроэнтерологии и гепатологии клиники ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» нутритивный статус изучен у 187 пациентов, которые перенесли ГЭ в НМИЦХ по поводу РЖ. В зависимости от варианта реконструкции пищеварительного тракта больные разделены на 2 группы: ЕГП (*основная*) – 117 (62,6%) пациентов и Ру-петля (*контрольная*) – 70 (37,4%). Оценку функции пищеварения проводили согласно разработанному протоколу: оценка жалоб по 5-бальной шкале Лайкерта; изменение качественных показателей стула; время пассажа бария по тонкой кишке; показатели фактического питания; лабораторные показатели крови; оценка состава тела методом биоимпедансометрии; оценка основного обмена методом непрямой калориметрии. КЖ пациентов после ГЭ сопоставляли при помощи опросника SF-36.

Результаты. При изучении жалоб по шкале Лайкерта, выявлены достоверные различия в том, что у пациентов в гр. ЕГП меньшая степень выраженности абдоминальной боли ($p=0,01$), вздутия живота ($p=0,001$), тошноты ($p=0,03$), горечи ($p=0,008$) и сухости во рту ($p=0,02$). При изучении общего анализа крови, биохимических показателей, потреблении основных нутриентов, кратности приемов пищи и ее массы достоверных различий при сравнении обеих групп выявлено не было ($p>0,05$). Нарушение всасывания жирных кислот ($p=0,04$) и образующиеся из них мыла ($p=0,01$) встречаются в группе контроля чаще. В гр. Ру эвакуация бариевой взвеси в дистальные отделы тонкого кишечника составляла $-0,77\pm0,25$ ч., тогда как в гр. ЕГП $-0,98\pm0,28$ ч. ($p=0,001$). При сопоставлении показателей КЖ более высокие значения установлены в гр. ЕГП: физическое здоровье ($55,5\pm23,9$ против $46,4\pm17,7$; $p=0,03$), психическое здоровье ($59,3\pm23,2$ против $52,4\pm15,6$; $p>0,05$), интегральный показатель КЖ ($58,1\pm24,3$ против $49,2\pm17,0$; $p=0,008$).

Выводы. Изучение питательного статуса пациентов после ГЭ с ЕГП в отдаленном периоде свидетельствуют о более активной абсорбции кишечника, меньшей выраженности диспепсических расстройств и лучших показателях КЖ, чем в группе контроля.

ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Ручкин Д.В., Козлов В.А., Каримова Ш.Х.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва

Введение. Проксимальная резекция желудка широко применяется в лечение рака пищевода-желудочного перехода, экзофитных форм рака верхней трети желудка, истинных язвах кардии и субкардии, некоторых доброкачественных заболеваниях кардии и хирургической коррекции портальной гипертензии. Ключевым аргументом в пользу ее выполнения является сохранение дуоденального пассажа, который, как известно, влияет на активность всей пищеварительной системы. Высокая частота несостоятельности швов

пищеводно-желудочных анастомозов, тяжелый рефлюкс-эзофагит и рубцовые стенозы после проксимальной резекции обуславливают неудовлетворительные функциональные результаты в стандартном ее исполнении. Предложенные методы инвагинационных анастомозов лишь снижают процент несостоятельности в раннем послеоперационном периоде, не устраняя при этом рефлюкс-эзофагит. Пластическое замещение желудка или его части сегментом тощей кишки на сосудистой ножке является актуальным направлением в области оперативной гастроэнтерологии на всех этапах её развития. Современные периоперационные технологии обеспечивают безопасное выполнение сложных реконструктивных вмешательств, позволяя реализовывать различные методы, направленные на восстановление пищеварительной функции и повышение качества жизни оперированных пациентов.

Цель. Улучшить функциональные результаты проксимальной резекции желудка, путем применения сегмента тощей кишки на сосудистой ножке.

Материалы и методы. В период 2012-24 гг. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского выполнили 80 операций с интерпозицией сегмента тощей кишки между пищеводом и культей дистального отдела желудка, из них 70 (87,5%) – после субтотальной проксимальной резекции желудка, 9 (11,3%) – после резекции эзофагогастроанастомоза. Еще 1 (1,3 %) пациентке выполнили транспозицию отводящей петли гастроэнтероанастомоза (малого желудка) в культю желудка после гастрошунтирования по Ру. Показаниями к операции у 64 (80 %) пациентов явился рак верхней трети желудка, у 3 (3,7%) рецидив рака в зоне эзофагогастроанастомоза (ЭГА), и 13 (16,2%) больных были оперированы по поводу болезней оперированного желудка, из них 6 (46,2%) ранее перенесли проксимальную резекцию желудка по поводу рака, 6 (46,2%) после неудачных антирефлюксных вмешательств, и 1 (7,6%) после гастрошунтирования по Ру. Средний возраст пациентов составил 63 года, мужчин было 50 (62,5%), женщин – 30 (37,5%).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у 6 (7,5%) больных зафиксирована несостоятельность эзофагоэюноанастомоза. Данные осложнения купированы путем адекватного дренирования под УЗИ-контролем. Некроз тощекишечного сегмента на 9 сутки развился у 1 (1,3%) больного. Его оперировали повторно, нежизнеспособный сегмент удалили, а непрерывность пищеварительного тракта восстановили прямым ЭГА. Летальный исход зафиксирован у 1 (1,3%) больного, причина которого – неокклюзионная мезентериальная ишемия с некрозом кишечника на 2-ые сутки после операции. Оценка эффективности проведенных операций в отдаленном периоде выполнена на основании анализа динамики питательного статуса, частоты патологических синдромов пищеварения, наличия поздних хирургических осложнений (таких как пептическая язва, стриктура анастомоза, перекрут или атония кишечного сегмента, некроз), а также данных фиброгастроуденоскопии и рентгенологических исследований с пероральным введением бариевой взвеси. В исследуемой группе не обнаружено эндоскопических признаков рефлюкс-эзофагита, а также изменений слизистой оболочки тощекишечной вставки и анастомозов, характерных для пептических процессов. Специфических хирургических осложнений со стороны интерпонируемого тощекишечного сегмента в отдаленном периоде зарегистрировано не было; повторные оперативные вмешательства выполнены у трёх пациентов (3,8%) в связи с рецидивом рака желудка.

Выводы. Интерпозиция сегмента тощей кишки после проксимальной резекции желудка усложняет этап реконструктивной операции, однако при этом обеспечивает

эффективную профилактику гастроэзофагеального рефлюкса, являющегося основной причиной развития кишечной метаплазии пищевода и пептических стриктур пищевода соустья.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАТРУДНЕННОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ

*Садикова Минура Адхамовна, Красненкова Марианна Борисовна.
Андижанский Государственный медицинский институт,
Ташкентский государственный медицинский университет*

Все стандартные шкалы объединяют одинаковые параметры, такие как открывание рта, разгибание и сгибание шеи, удачная или неудачная интубация в прошлом, выдвижение нижней челюсти, которые зачастую невыполнимы у пациентов с тяжелыми контрактурами лица, шеи, груди. Это указывает на отсутствие уверенности в этих традиционных тестах и на необходимость более надёжных тестовых параметров у подобного контингента больных, которые требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования: определение ультразвуковых показателей толщины мягких тканей шеи спереди на уровне подъязычной кости, щитовидно-подъязычной мембраны и передней спайки для диагностики возможной трудной интубации трахеи у пациентов с тяжелыми контрактурами лица и шеи.

Материал и методы исследования. В 1-ю (основную) группу вошли 56 пациентов с тяжелыми контрактурами лица, шеи и груди, в возрасте от 16 до 50 лет. Во 2-ю (контрольную) группу включили 22 пациента без деформации шеи, перед различными абдоминальными хирургическими вмешательствами. Возраст пациентов данной группы – от 18 до 50 лет. У всех пациентов регистрировали рост, массу тела и индекс массы тела (ИМТ). Для оценки проходимости дыхательных путей были применены модифицированная шкала Маллампати, дополненная другими стандартными скрининговыми тестами (такими, как расстояние между щито-подбородочной костью, расстояние между грудиной и подбородком, расстояние между резцами, окружность шеи, тест прикуса верхней губы) и измерения тканей передней поверхности шеи под ультразвуковым контролем.

Методика ультразвуковых измерений: больного укладывали на спину с нейтральной позицией головы и шеи. Расстояние от кожи до передней части трахеи определяли путем размещения линейного датчика на трех разных уровнях шеи в поперечном положении: на подъязычной кости, щитоподъязычной мембране и передней спайке. На уровне подъязычной кости измеряли минимальное расстояние от подъязычной кости до поверхности кожи. На уровне щитоподъязычной мембраны измеряли расстояние от кожи до надгортанника посередине между подъязычной костью и щитовидным хрящом. На уровне передней спайки было получено минимальное расстояние от кожи до передней спайки.

Результаты их обсуждения: В наших исследованиях при первичной оценке тестов Маллампати и прикуса верхней губы было обнаружено достоверное изменение у пациентов основной группы. Так, в 1 группе у большинства пациентов (с контрактурой шеи) тест Маллампати показал 3-4 класс (88%). В контрольной группе (без деформации кожи) большинство пациентов (81,8%) имели функциональный класс Маллампати 1 и 2. Тест на прикус верхней губы имел аналогичную тенденцию. Функциональный класс Маллампати был выше в основной группе ($p < 0,001$), в этой же группе у 10 пациентов был проведен тест на прикус верхней губы (2-й класс по сравнению с 0-м классом у пациентов в группе контроля, $p < 0,001$); тиреоментальное расстояние ($p < 0,001$) и грудино-ментальное расстояние ($p = 0,002$) были ниже в группе сложной ларингоскопии, но показатель окружности шеи был

выше ($p < 0,001$). Статистической разницы для межрезцового промежутка между группами обнаружено не было.

При проведении УЗИ тканей верхних дыхательных путей по всем изучаемым показателям отмечена достоверная разница между пациентами 1 и 2 групп. Так, тиреоментальное расстояние у пациентов основной группы уменьшено относительно контроля на 1,3 см, грудино-ментальное расстояние – на 1,2 см по сравнению с группой контроля. Данные изменения обусловлены невозможностью полноценного разгибания головы из-за наличия рубцовых контрактур. Окружность шеи и расстояние между кожей и подъязычной костью, напротив, увеличивались на 2 см и 0,8 см, соответственно. Также отмечено увеличение расстояния между кожей и надгортанником и расстояния между кожей и передней спайкой.

Заключение. Результаты нашего исследования показывают, что толщина мягких тканей передней части шеи на уровне подъязычной кости, щитовидно-подъязычной мембраны и передней спайки больше у пациентов с рубцовыми контрактурами лица, шеи и груди. Значения трех параметров (основная группа против контрольной): подъязычная ($1,30 \text{ см} \pm 0,20$ против $0,82 \text{ см} \pm 0,13 \text{ см}$), щитоподъязычная мембрана ($1,49 \text{ см} \pm 0,11 \text{ см}$ против $1,14 \text{ см} \pm 0,14$) и передняя спайка ($1,92 \text{ см} \pm 0,14$. $0,15 \text{ см}$ против $1,43 \text{ см} \pm 0,10 \text{ см}$), могут иметь важное значение в диагностике сложной интубации трахеи.

ЗАВИСИМОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ДЛИННОЙ КУЛЬТИ БПВ ПОСЛЕ ЭВЛО ОТ ДИАМЕТРА ВПАДАЮЩИХ В УСТЬЕ ПРИТОКОВ

*Сайимов Ф.Я., Умаров Ф.Р., Суюмов А.С.
РСНПЦХ им. ак.В.Вахидова, клиника “Varikoz off”*

Актуальность. Эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) сегодня является «золотым стандартом» лечения варикозной болезни вен нижних конечностей благодаря высокой эффективности и минимальной травматичности. Однако формирование удлинённой культи большой подкожной вены (БПВ) после процедуры остаётся значимым фактором риска рецидива: оно повышает вероятность реканализации, возврата рефлюкса и рецидиву заболевания. Одним из определяющих факторов служит диаметр преустьевых притоков, при котором антероградный поток препятствует образованию термоиндуцированного тромба, а стандартные энергетические параметры ЭВЛО могут быть недостаточны для их надёжной облитерации.

Цель. Оценить влияние диаметра преустьевых притоков на формирование длины культи БПВ после ЭВЛО.

Материал и методы.

Проведено проспективное рандомизированное исследование с участием 82 пациентов (94 конечности) с варикозной болезнью (CEAP C2–C4), которым выполнена ЭВЛО БПВ радиальным световодом 1470 нм. До вмешательства выполнялось УЗИ с измерением диаметра преустьевых притоков. Все пациенты были разделены на две группы:

- I группа — притоки ≤ 4 мм, 40 пациентов
- II группа — притоки > 4 мм. 42 пациента

Контрольные осмотры проводились через 1, 3 и 6 месяцев после операции. Критерием неблагоприятного исхода считалось формирование удлинённой культи БПВ ≥ 15 мм.

Результаты.

В I группе (притоки ≤ 4 мм) частота формирования удлинённой культи оставалась низкой и стабильной на протяжении всего периода наблюдения (3–6%). Во II группе (притоки > 4 мм) отмечена чёткая динамика увеличения частоты удлинённой культи:

- 1 месяц — 5%,
- 3 месяца — 21%,
- 6 месяцев — 39%.

Средняя длина культи в I группе составила $6,9 \pm 2,4$ мм, во II группе — $13,8 \pm 4,3$ мм ($p < 0,05$).

Выводы. Крупные преустевые притоки (>4 мм) достоверно влияют на формирование удлинённой культы БПВ после ЭВЛО. У таких пациентов риск увеличивается с течением времени — от 5% через 1 месяц до 39% через 6 месяцев наблюдения. Диаметр притоков следует учитывать при предоперационном планировании; при выявлении крупных притоков требуется корректировка энергетических параметров или дополнительная обработка притоков для повышения радикальности вмешательства и снижения риска рецидива.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ БИЛИАРНОМ ПЕРИТОНИТЕ: ОПЫТ КЛИНИКИ

Н.А.Салохитдинов¹, Г.Н.Райимов², Ш.Ш.Дехконов¹

1 – Ферганский филиал РНЦЭМП

2 – Среднеазиатский медицинский университет (SAMU)

Введение. В последние годы увеличилось количество операций на печени и желчных путях в связи с ростом очаговых заболеваний печени и желчнокаменной болезни. Наряду с этим возросла частота ранних осложнений, требующих повторных вмешательств. Одним из наиболее опасных осложнений является послеоперационный билиарный перитонит (ПБП), летальность при котором достигает 30–48 %. Основными причинами служат технические и тактические ошибки хирургов, а также метаболические нарушения, ослабляющие защитные механизмы организма.

Цель исследования — совершенствование диагностики и тактики лечения послеоперационного билиарного перитонита.

Материалы и методы.

Проанализированы результаты хирургического лечения 140 больных с ПБП, получавших стационарное лечение в отделении 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в период с 2015 по 2024 гг. В 93,2 % случаев осложнение возникло после операций на печени и желчных путях, в 6,8 % — после резекций печени при перфорациях язвы желудка. Мужчины составили 63,6 %, женщины — 36,4 %, возраст пациентов — от 24 до 74 лет. Применялись клиничко-лабораторные, биохимические и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, КТ, лапароскопию и рентгенографию.

Результаты.

У 81,1 % больных ПБП был связан с врачебными ошибками. Клинические проявления на ранних стадиях часто маскировались проводимой интенсивной терапией. Симптомы раздражения брюшины отмечались у 67 %, лейкоцитоз — у 47,8 %. Практически всегда наблюдалось истечение желчи через дренажи. Ультразвуковое исследование позволяло подтвердить диагноз при сомнительной клинической картине.

У 49,3 % пациентов диагностирован местный ПБП, у 50,7 % — распространённый. При местной форме источниками инфекции служили секвестры печени и несостоятельность ложа желчного пузыря. Релапаротомия и санация брюшной полости позволили достичь удовлетворительных результатов, летальность не превышала 7 %. При повреждении протоков выполнялось наружное дренирование или реконструктивные вмешательства, однако часть из них осложнилась несостоятельностью швов и анастомозов.

Распространённый ПБП сопровождался тяжёлым течением и высокой летальностью (до 30–40 %). Источниками осложнения являлись секвестрация печени, желчеистечение и некроз тканей. При релапаротомии производили удаление некротизированных участков, санацию и дренирование. Летальные исходы чаще были связаны с печёночной недостаточностью и выраженной интоксикацией.

Заключение.

Основными причинами развития ПБП являются ошибки хирургической техники и тактики. Эффективное лечение возможно при своевременной диагностике и срочной релапаротомии. Обязательными мерами остаются наружное дренирование желчных протоков, санация и дренирование брюшной полости. Важное значение имеют комплексная антибактериальная терапия, коррекция водно-электролитного баланса и профилактика печёночной недостаточности. Надёжной профилактикой служит соблюдение анатомических принципов при первичных операциях на печени и желчных путях, адекватный гемостаз и обеспечение полноценного желчеоттока.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Н.А. Салохитдинов¹, Г.Н. Райимов²

1–Ферганский филиал РНЦЭМП

2 – Среднеазиатский медицинский университет (SAMU)

Актуальность. Частота повреждений поджелудочной железы при тяжёлых закрытых травмах живота остаётся значительной, особенно при сочетанных разрывах селезёнки и печени. Отсутствие чётких патогномоничных симптомов и ограниченные диагностические возможности часто приводят к несвоевременной диагностике и ошибкам тактики. Летальность при политравме достигает 15 %. Несмотря на внедрение малоинвазивных технологий, результаты лечения пострадавших с посттравматическим панкреатитом пока остаются неудовлетворительными.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность разработанной методики хирургической герметизации культи поджелудочной железы и малого сальника в снижении частоты послеоперационных осложнений у больных с посттравматическим панкреатитом при закрытых травмах живота.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 63 больных, госпитализированных в отделение 1-экстренной абдоминальной хирургии Ферганского филиала РНЦЭМП за период 2013–2023 гг. в возрасте 21–51 года (19 женщин — 30 % и 44 мужчины — 70 %), с повреждением поджелудочной железы при сочетанной травме. Наиболее часто травма железы сочеталась с повреждением селезёнки (33 – 52,4 %), печени (23 – 36,5 %) и реже полых органов (3 – 4,8 %). По тяжести повреждений выделены: ушиб с подкапсульной гематомой (20 – 31,7 %), разрыв без повреждения протока (32 – 50,8 %), повреждение с вовлечением главного протока (10 – 15,9 %), панкреатодуоденальное повреждение (1 – 1,6 %).

Все пациенты были разделены на две группы:

- **сравнительная** — 36 больных (57 %), у которых операции выполнялись по традиционной методике с дренированием малого сальника без герметизации;
- **основная** — 27 пациентов (43 %), где применялась разработанная методика с ревизией гематом, герметизацией культи железы и дополнительным укрытием зоны повреждения прядью большого сальника.

Результаты и обсуждение

Анализ показал, что традиционные методы сопровождалась высокой частотой осложнений. В 1-й группе сравнения у 25 больных (69,4 %) развился посттравматический панкреатит, у 18 (50,0 %) сформировались абсцессы, у 7 (19,4 %) — свищи, а 8 пациентам (22,2 %) потребовалась релапаротомия.

В основной группе частота осложнений была существенно ниже: посттравматический панкреатит развился у 10 больных (37,0 %), абсцессы — у 4 (14,8 %), свищи — у 2 (7,4 %), релапаротомии — у 3 (11,1 %).

Наиболее значимый эффект наблюдался при повреждениях II степени: применение методики герметизации позволило снизить частоту послеоперационных осложнений более чем в два раза по сравнению с традиционным лечением. У пациентов с повреждением главного панкреатического протока дистальная резекция сопровождалась высокой летальностью, тогда как использование комбинированного подхода с герметизацией и адекватным дренированием обеспечивало более благоприятные результаты.

Выводы

Внедрение предложенной методики хирургической герметизации культи поджелудочной железы и малого сальника позволило снизить частоту осложнений:

- посттравматического панкреатита — с 69,4 % до 37,0 %;
- панкреатических свищей — с 19,4 % до 7,4 %;
- абсцессов — с 50,0 % до 14,8 %;
- релапаротомий — с 22,2 % до 11,1 %.

Кроме того, применение методики способствовало сокращению сроков пребывания пациентов в отделении интенсивной терапии почти вдвое.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ В НАПРАВЛЕНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ

*Хахимов Э.А., Хайитов Л.М., Зувайтов Ш.Г., Хайитов У.Х., Ярматов К.Э., Кодиров Д.А.
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самаркандский Государственный медицинский Университет*

Актуальность. Наиболее тяжелым периодом ожоговой болезни является ожоговый шок. Дальнейшая судьба пациента во многом будет тесно связана со своевременной и адекватной противошоковой терапией. По этой причине решающим фактором в быстром восстановлении после сложной клинической ситуации является своевременная доставка пациента в стационар, а правильная оценка весовых показателей при общем состоянии пациента и разумно подобранные качественные лечебные мероприятия считаются важными.

Цель. Повышение качества лечения за счет раннего хирургического вмешательства у пациентов с глубокими ожоговыми травмами на ранних стационарных стадиях.

Материалы и методы. В нашем исследовании были пациенты, которые были вызваны в районные медицинские объединения по направлению санитарной авиации, за период 2018-2024 гг. было пролечено 309 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 70 лет, общая площадь ожогов составила от 7% до 85% поверхности тела, из которых глубоких ожогов составило от 5% до 40%. В первую очередь охлаждения обожженных участков кожи, ненаркотических анальгетиков, наркотических анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных препаратов устраняются болезненные ощущения, максимально затягивают процесс заживления раны, оборачивают рану стерильными простынями и организуют психоэмоциональную покой и начинают быстрее противошоковая терапия считалась важнейшим показателем лечения. Следует отметить, что первым важным этапом в достижении положительного результата является начало инфузионной терапии против ожогового шока во время транспортировки больного, при которой возможно применение кристаллоидных и бессолевых растворов (0,9% раствор хлорида натрия, 25% раствор сульфата магния, 5% раствор глюкозы), применение из глюкокортикоидных препаратов согревают пациента, обеспечивают насыщение кислородом.

Результаты. Неотложная помощь при лечении тяжелого ожогового шока состоит из нескольких этапов. Вначале используется правило трех катетеров: 1) установка назального

катетера для кислородной терапии дыхательной системы и очистки ее от закупоренных структур; 2) катетеризация кровеносного сосуда магистральной вены для обеспечения достаточного количества жидкости; 3) катетеризация мочевого пузыря для контроля состояния диуреза; 4) если наблюдаются тошнота, рвота, желательно установить назогастральный зонд в желудок. Также ожоги начинаются с регулярного обезболивания, которое является основным лечебным средством от шока, и в кратчайшие сроки быстро устраняются гиповалемические состояния посредством инфузионной терапии под контролем центрального венозного давления, принимая во внимание возраст больного, массу тела, а также сопутствующие заболевания, время начала противошоковой терапии. При обнаружении позднего начала инфузионной терапии или при термоингаляционной травме количество жидкости увеличивается до 40%, а также при наблюдении патологических нарушений сердечной или почечной функции количество и скорость введения жидкости в таких случаях снижаются; 5) применение гормональной терапии (суточная доза дексаметазона 4-8 мг или преднизолона 0,5-1 мг/кг у детей, 1-2 мг/кг у взрослых); 6) антибактериальная терапия – часто процесс противошокового лечения не используется, но может быть проведен на второй день шоковой терапии в случае повреждения или загрязнения; 7) важно использовать изотонический раствор хлорида натрия совместно с сульфатом магнезии; 8) температура в помещении, при которой проводится лечение пациента +27 - +28 сохранение температуры в градусах служит основным фактором скорейшего выхода пациента из шокового состояния.

Все пострадавшие попадают в "красную зону" Emergency department неотложной помощи районного медицинского объединения, связываются со специалистами-травматологами и реаниматологами через дистанционное оказание медицинских услуг с использованием информационных и коммуникационных технологий прямом эфире, осматривают пациента с ожоговой травмой и рекомендуют лечение, которое нельзя откладывать до приезда специалиста-комбустиолога. Данное руководство разработано совместно с отделениями неотложной помощи медицинской ассоциации всех районов Самаркандской области. Лечение ускоренного ожогового шока проведенное таким образом, составило от 48 до 72 часов, при некоторых тяжелых ожоговых травмах от 4 до 7 дней, пациент находился на лечении в отделении неотложной помощи районного медицинского объединения или межрайонном отделении политравмы до тех пор, пока общее состояние не стабилизируется. Проведенная таким образом тактика лечения выразилась в высокой эффективности лечения в чрезвычайных ситуациях, наблюдаемых в отдаленных районах. В результатах анализа, проведенного в ходе исследования, были выявлены следующие недостатки: 1) недостаточный объем анестезии; 2) недостаточный объем инфузионной терапии; 3) несоблюдение правила трех катетеров; 4) ранняя обработка раны в шоковом состоянии, в то время как первоначальное лечение из-за раны шоковое состояние становится более тяжелым.

Вывод. Правильно оценив тяжесть состояния пациентов на догоспитальном этапе, специализированные центры, находящиеся в контакте со специалистами, являются важным фактором того, что мероприятия противошоковой терапии проводятся совместно в достаточном количестве и качественно, улучшая раннюю стабилизацию гемодинамики и прогноз выживаемости тяжелообожженных пациентов, а также их выздоровление. Если до внедрения этого метода уровень смертности у пациентов с глубокими ожогами на обширной

площади составлял 23,2%, то принципы ускоренного лечения позволяют предположить, что показатель смертности снизился на 5,5%.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Г.Н.Райимов¹, Квачахия Л.Л.²

1 – Среднеазиатский медицинский университет (САМУ)

2 – ФПО ГБОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России

Актуальность: Холецистэктомия является одной из наиболее распространённых операций в абдоминальной хирургии. Лапароскопическая техника сегодня считается «золотым стандартом» лечения, однако проблема осложнений остаётся актуальной. Традиционные представления о зависимости риска от сроков операции были сформированы до внедрения лапароскопии. Оптимальными считались первые 72 часа от начала приступа, а поздние операции связывались с высоким риском осложнений. В то же время опыт последних лет показывает, что осложнения возможны в любые сроки, а их частота зависит не только от времени операции, но и от особенностей анатомии, воспалительных изменений и качества хирургической техники.

Цель исследования.

Оценить частоту, характер и исходы осложнений лапароскопической и открытой холецистэктомии в зависимости от сроков выполнения операции.

Материалы и методы.

Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 483 пациентов с диагнозом острый холецистит, получавших стационарное лечение в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2018 по 2024 года, из них 198 открытых и 285 лапароскопических. Пациенты распределены на три группы: 1) операции в первые 72 ч от начала приступа (174), 2) позднее 72 ч (231), 3) в «холодном» периоде (78). Сравнивались интраоперационные осложнения и летальные исходы.

Результаты.

Всего зарегистрировано 79 осложнений (16,3%). В первые 72 ч осложнения возникли у 19 пациентов (10,9%), позднее 72 ч — у 37 (16,0%), в «холодном» периоде — у 23 (29,5%). Наиболее опасными осложнениями были кровотечение, повреждения магистральных желчных протоков и СО₂-компармент-синдром. Летальных исходов зафиксировано 8 (1,6% от всех операций): 6 случаев (3,4%) — в первые 72 ч, 1 случай (0,4%) — позднее 72 ч и 1 случай (1,3%) — в «холодном» периоде. Даже при операциях, считающихся наименее рискованными, наблюдались тяжёлые осложнения (кровотечения, абсцессы, эвентрации). В ряде случаев устранение осложнений требовало конверсии лапароскопии в лапаротомию.

Обсуждение.

Полученные данные показывают, что частота осложнений не имеет принципиальных различий между ранними и поздними сроками операции. Основными факторами риска остаются индивидуальные особенности анатомии, выраженность воспалительных изменений и качество хирургической техники.

Выводы.

I. Общая частота осложнений при холецистэктомии составляет 16,3%, летальность — 1,6%.

II. Статистически значимых различий между ранними (до 72 ч) и поздними (>72 ч) сроками операции не выявлено.

III. Лапароскопическая холецистэктомия может выполняться в любые сроки, при условии строгого соблюдения техники и достаточного опыта хирурга.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПУТЕМ ИНТЕГРАЦИИ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

*Ш.А.Таджибаев, Б.Р. Абдуллажанов, З. И. Туйчиев, Ф. Ш. Абдурашидов,
Х.У.Саминжонов*

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Актуальность темы обусловлена высокой частотой послеоперационных осложнений при операциях на толстой кишке, таких как стеноз или полипозные разрастания. Стандартная эндовидеоколоноскопия (ЭВКС) не всегда позволяет выявить ранние изменения, а её результаты зависят от субъективного опыта врача. Интеграция искусственного интеллекта (ИИ) является перспективным решением этой проблемы. Алгоритмы ИИ способны объективно анализировать визуальные данные, выявлять скрытые патологии и стандартизировать оценку состояния анастомоза. Это позволяет значительно повысить точность диагностики, снизить влияние человеческого фактора и улучшить результаты лечения пациентов.

Цель исследования. Оценить диагностическую эффективность и клинический потенциал интегрированного подхода, сочетающего эндовидеоколоноскопию с передовыми системами искусственного интеллекта (ChatGPT-4 и DeepSeek-R1), для выявления, классификации и анализа отдалённых осложнений у пациентов после формирования различных типов межкишечных анастомозов.

Материалы и методы. В ретроспективно-проспективное исследование были включены данные 154 пациентов (средний возраст 47,2 года), перенесших операции на толстой кишке в период с 2019 по 2024 гг. Ключевым методом исследования стала эндовидеоколоноскопия (ЭВКС). Исследование имело перекрестный дизайн: одни и те же эндоскопические изображения сначала оценивались стандартно врачом-экспертом, а затем повторно и независимо анализировались с помощью ИИ-алгоритмов (ChatGPT-4, DeepSeek-R1). Таким образом, каждый пациент выступал в качестве собственного контроля. Для статанализа применялись критерии χ^2 и t-Стьюдента, а различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При стандартном анализе эндоскопических изображений патология была выявлена у 40,9% пациентов (63 из 154). Применение искусственного интеллекта (ИИ) для анализа тех же данных позволило выявить патологические изменения уже у 52,6% пациентов (81 из 154), что демонстрирует значительно более высокую диагностическую чувствительность. ИИ был особенно эффективен в выявлении полипозных разрастаний и гипертрофии слизистой оболочки. Сравнительный анализ показал статистически значимое превосходство метода с применением ИИ ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ продемонстрировал статистически значимые различия в общей диагностической точности между двумя подходами ($p < 0,05$), убедительно доказывая превосходство метода, усиленного искусственным интеллектом. Было также отмечено, что полипозные изменения достоверно чаще встречались при анастомозе «бок в бок», что может быть связано с нарушением физиологического пассажа.

Выводы. Интеграция искусственного интеллекта (ИИ) в эндовидеоколоноскопию — это высокоэффективный метод для диагностики поздних осложнений межкишечных анастомозов. Использование ИИ-алгоритмов статистически значимо ($p < 0,05$) повысило выявляемость патологий на 11,7% по сравнению со стандартной врачебной оценкой. Ключевыми преимуществами метода являются его объективность, минимизация «человеческого фактора» и значительное сокращение времени на диагностику. Полученные результаты доказывают целесообразность широкого внедрения ИИ в клиническую практику для улучшения качества диагностики, персонализации лечения и улучшения долгосрочных результатов у пациентов после операций на толстой кишке.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш., Саминжонов Х.У.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) по-прежнему занимает ведущее место в структуре неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости, составляя до 40% всех экстренных операций. Несмотря на кажущуюся изученность, диагностика данной патологии, особенно при атипичном течении, сопряжена со значительными трудностями, что приводит к ошибкам на догоспитальном и госпитальном этапах, достигающим 31%.

Цель исследования. Выработка и обоснование эффективности динамического лечебно-диагностического алгоритма, направленного на оптимизацию диагностики и выбора хирургической тактики при остром аппендиците с применением современных неинвазивных и малоинвазивных методик.

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе результатов диагностики и лечения 128 пациентов с острым аппендицитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении Медгоспиталя Al-mozn (г. Zintan, Ливия) в период с 2019 по 2024 годы. В исследуемую группу вошел 71 мужчина (55,5%) и 57 женщин (44,5%) в возрасте от 16 до 64 лет (средний возраст – 36,2 года). Всем пациентам проводился комплексный диагностический протокол, включавший стандартные лабораторно-клинические исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости на аппарате Sono Scape P20, а в сложных диагностических случаях – мультиспиральную компьютерную томографию (General Electric, 2022). Финальным этапом диагностики и лечения являлась эндовидеолапароскопия (ЭВЛА). Статистическая обработка проводилась с использованием методов вычисления экстенсивных и интенсивных показателей.

Результаты исследования. Анализ морфологических форм заболевания показал преобладание деструктивных форм острого аппендицита, которые в совокупности составили 82,8% (106 случаев). Флегмонозная форма (ОАФФ) была диагностирована у 89 (69,5%) пациентов, гангренозная (ОАГФ) – у 17 (13,3%), а катаральная (ОАКФ) – у 22 (17,2%) пациентов. Оценка эффективности диагностических методов показала, что чувствительность УЗИ в выявлении ОА составила 87,6%, при этом была отмечена прямая корреляция между точностью метода и степенью деструкции червеобразного отростка. МСКТ, примененная у 43 пациентов со сложным диагностическим профилем, позволила подтвердить диагноз у 28 (65,1%) и исключить его у 15 (34,9%) больных. Диагностическая точность эндовидеолапароскопии достигла 96%, что подтверждает её статус ключевого метода в сомнительных случаях. ЭВЛА была успешно выполнена у большинства пациентов. Конверсия на доступ по Волковичу-Мак-Бурнею потребовалась лишь в 7 (6,6%) случаях из-за выраженных патологических изменений в области купола слепой кишки. Важно отметить, что применение эндовидеолапародоступа для санации и дренирования брюшной полости позволило избежать широкой срединной лапаротомии у 44 (41,5%) пациентов с локальным и распространенным аппендикулярным перитонитом. Послеоперационные осложнения в виде нагноения в местах введения троакаров были зафиксированы у 6 (4,7%) пациентов. На основе полученных данных был разработан и предложен лечебно-диагностический алгоритм, систематизирующий применение неинвазивных и малоинвазивных технологий.

Выводы. Обязательное включение УЗИ и эндовидеолапароскопии (ЭВЛ) в лечебно-диагностический алгоритм при остром аппендиците необходимо, поскольку их высокая точность (чувствительность УЗИ – 87,6%, точность ЭВЛ – 96%) сокращает диагностический период и минимизирует количество ошибок. Эндовидеолапароскопия является уникальным методом, объединяющим диагностику и лечение, что позволяет систематизировать подходы, конкретизировать показания к операции и оптимизировать хирургическую тактику. Данный подход эффективен даже при деструктивных формах, осложненных перитонитом,

способствуя снижению частоты травматичных широких лапаротомий и улучшению результатов лечения за счет минимизации хирургической агрессии.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Сотиболдиев А.А., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность проблемы. В современных условиях ожирение и СД-2 типа – медицинская проблема, которая носит пандемический характер, связана с повышенным риском заболеваемости и смертности и требует новых подходов к лечению [Дедов И.И., 2018; Arterburn D.E., 2020]. Применение ГШ с одним анастомозом приводит к развитию желчного рефлюкса как проявления СПП, появлению язвы зоны анастомоза (до 16%) с развитием в последующем кровотечений, перфораций, малигнизации или стенозированием гастроэнтероанастомоза (до 20%), что в 25% случаев требует выполнения повторного оперативного вмешательства [Яшков Ю.И., 2020; Баландов С.Г., 2020; Bruzzi M., 2015; Francesco Rubino, 2016]. Поэтому необходим дальнейший поиск альтернативных оперативных методов, которые бы позволили снизить вероятность хирургических осложнений при ожирении на фоне СД-типа, что и явилось предметом настоящего исследования.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения при ожирении на фоне сахарного диабета (СД-2), разработки и клинического применения модифицированного способа лапароскопического мини-гастрошунтирующего оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа больных с ожирением на фоне сахарного диабета 2 типа (далее - СД-2 типа) за период 2023 по 2024гг. подлежащих хирургическому лечению в частной клинике «Сехат» г. Андижана и в третьем хирургическом отделении Клиники Андижанского государственного медицинского института.

Предметом настоящего исследования явились 177 больных с ожирением на фоне СД-2 типа. Согласно цели и задачам исследуемые больные условно разделены на две группы:

- **группа сравнения** – (2023 год) - 49 (27,7%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;
- **основная группа** – (2024 год) - 128 (72,3%) больных, которым проведено проспективное исследование результатов хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Стандарт обследования исследуемых пациентов перед бариатрическим вмешательством состоял из оценки физикальных параметров с выполнением лабораторно-инструментальных и статистических методов исследования согласно последним клиническим рекомендациям (Дедов И.И. с соавт., 2018 и протоколам, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. В группе сравнения из 49 больных с ожирением на фоне СД-2 типа, возрастную категорию 19-44 лет (молодого возраста) составили 14 (28,6%) больных, 45-59 лет (зрелого возраста) составили 35 (71,4%) больных. Из 49 больных в 23 (46,9%) случаев установлена первая степень ожирения, в 19 (38,8%) - вторая степень ожирения, в 7 (14,3%) - морбидное ожирение (МО) на фоне СД-2 типа. В группе сравнения лапароскопическое мини-гастрошунтирующее оперативное вмешательство традиционным способом (49 больных) при СД-2 типа легкой степени и ожирении, выполнено в 22 (44,9%) случаев, при СД-2 типа средней степени и ожирении, выполнено в 16 (32,6%) случаев, при СД-2 типа тяжелой степени и ожирении, выполнено в 11 (22,5%) случаев. Проведенный ретроспективный анализ результатов при ожирении на фоне СД-2 типа показал, что за 2023

год из 49 (27,7%) больных в группе сравнения, осложнения, связанные с выполнением лапароскопической мини-гастрошунтирующей операции традиционным способом осложнения, связанные с бариатрической операцией установлены в 9 (18,4%), из них СПП установлен в 7 (14,3%), потребовавшей повторного оперативного вмешательства в 5 (10,2%) случаев. Поиск профилактики развития данного синдрома позволил установить его причину, что явилось поводом к разработке модифицированного способа (получено положительное решение на изобретение ПВ РУз). В основной группе при ожирении на фоне СД-2 типа выполнение лапароскопической мини-гастрошунтирующей операции модифицированным способом позволило уменьшить частоту осложнений, связанных с бариатрической операцией с 18,4 до 4,7% и в т.ч. СПП с 14,3 до 2,3%.

Резюме. Таким образом, разработанные и внедренный в клиническую практику лапароскопическое мини-гастрошунтирующее оперативное вмешательство модифицированным способом при ожирении на фоне СД-2 типа позволил существенно уменьшить частоту осложнений и в т.ч. синдрома приводящей петли, что позволило добиться искомой цели исследования.

ХАРАКТЕР, ЧАСТОТА И СПЕЦИФИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МИНИ-ГASTPOШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Сотиболдиев А.А., Ботиров Ж.А., Авазбеков Б.У.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность проблемы. При детальном рассмотрении вопроса эффективности хирургических вмешательств, классически определяющими считаются частота связанных с операцией осложнений, продолжительности временной нетрудоспособности, показатели летальности [3;4]. Постгастрорезекционная болезнь по данным литературы развиваются у 20-45% пациентов после удаления 2/3-3/4 органа, проведения ваготомии и антрумэктомии. У 3,4-35% пациентов, прооперированных по методу Бильрот II, развивается демпинг-синдром, у 3-29% - болезнь приводящей петли, у 5-10% - гипогликемическое расстройство. У 8-15% больных в течение 20-25 лет возникает рак желудочной культи [1;2;5]. Поэтому поиск путей решения проблемы ожирения на фоне СД-2 типа оправдан, ибо оно направлено на улучшение результатов хирургического лечения ожирения на фоне СД-2 типа, что и явилось предметом настоящего исследования.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения при ожирении на фоне сахарного диабета (СД-2), разработки и клинического применения модифицированного способа лапароскопического мини-гастрошунтирующего оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа больных с ожирением на фоне сахарного диабета 2 типа (далее - СД-2 типа) за период 2023 по 2024гг. подлежащих хирургическому лечению в частной клинике «Сехат» г. Андижана и в третьем хирургическом отделении Клиники Андижанского государственного медицинского института.

Предметом настоящего исследования явились 177 больных с ожирением на фоне СД-2 типа. Согласно цели и задачам исследуемые больные условно разделены на две группы:

- **группа сравнения** – (2023 год) - 49 (27,7%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;
- **основная группа** – (2024 год) - 128 (72,3%) больных, которым проведено проспективное исследование результатов хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

Стандарт обследования исследуемых пациентов перед бариатрическим вмешательством состоял из оценки физикальных параметров с выполнением лабораторно-инструментальных

и статистических методов исследования согласно последним клиническим рекомендациям (Дедов И.И. с соавт., 2018 и протоколам, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. В основной группе анализ результатов хирургического лечения больных ожирением на фоне СД-2 типа показал, что после лапароскопической мини-гастрошунтирующей бариатрической операции, выполненной модифицированным способом, осложнения характерные для бариатрических операций (лапароскопического гастрошунтирования) отмечены в 6 (4,7%) случаев. Из них в 2 (1,6%) случаев наблюдался хронический калькулезный холецистит, потребовавший повторного оперативного вмешательства в плановом порядке – лапароскопической холецистэктомии. В обоих случаях наступило выздоровление. В основной группе анализ результатов хирургического лечения больных ожирением на фоне СД-2 типа показал, что после лапароскопической мини-гастрошунтирующей бариатрической операции выполненной модифицированным способом, в 1 (0,8%) случае наблюдалось осложнение характерное для бариатрических операций (лапароскопического гастрошунтирования) в виде синдрома дисметаболической диареи, с восстановлением прежнего состояния петель кишечника. Мы сочли необходимым привести выписку из истории болезни.

Анализ результатов хирургического лечения больных ожирением на фоне СД-2 типа показал, что после лапароскопической мини-гастрошунтирующей бариатрической операции, выполненной модифицированным способом, в 3 (2,3%) случаев наблюдался синдром приводящей петли. Однако, клиническое течение протекало в легкой форме. Соблюдение соответствующего режима питания и комплекс консервативных мероприятий способствовали достижению благоприятного исхода. Все больные выписаны с выздоровлением. Проводилось контрольное наблюдение и обследование. Жалоб не предъявляют.

В основной группе после выполнения лапароскопической мини-гастрошунтирующей операции модифицированным способом раневые (гнойно-септические) осложнения в ранние сроки послеоперационного периода наблюдались в 7 (5,52%) случаев. Из них, нагноение операционной раны в 1 (0,8%) случаев, инфильтрат раны – в 3 (2,3%) и лигатурный свищ в 3 (2,3%) случаев.

Комплекс консервативных мероприятий и в т.ч. первичная хирургическая обработка способствовали заживлению раны. Больные выписаны из стационара с выздоровлением. В основной группе после выполнения лапароскопической мини-гастрошунтирующей операции традиционным способом осложнения общего характера наблюдались в 5 (3,9%) случаев. Из них в 1 (0,8%) случае наблюдалось острая тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), где, не смотря на весь комплекс реанимационных мероприятий наступил летальный исход. Также в 1 (0,8%) случае в раннем послеоперационном периоде наблюдался гипертонический криз, который своевременно диагностирован и совместно с кардиологами и реаниматологами успешно купирован. В 3 (2,3%) случаев наблюдались бронхолегочные осложнения в виде пневмонии (1) и обострении хронического бронхита (2). Во всех случаях проведена комплексная консервативная терапия. Пациенты выписаны из стационара с выздоровлением.

Резюме. Таким образом, бариатрические оперативные вмешательства, требуют мультидисциплинарный подход и в подавляющем большинстве случаев (94,5%) способствуют излечению больных от данного страдания. Предложенный нами способ лапароскопической мини-гастрошунтирующей операции модифицированным способом позволяет добиться хороших результатов для врача и пациента и в т.ч. добиться профилактики синдрома приводящей петли. Однако возникновение осложнений, связанных непосредственно с бариатрическим оперативным вмешательством требует проведения дальнейших, всесторонних, научно-практических исследований, что будет способствовать дальнейшему улучшению результатов хирургического лечения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ВРЕМЕННЫМИ РАНЕВЫМИ ПОКРЫТИЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ

*Халиков В.К. Косимов П.С., Кодиров Р.И.
Андижанский филиал РНЦЭМП*

История лечения ран и ожогов уходит своими корнями в глубину веков. С этой целью использовали бесчисленное количество самых разнообразных веществ, количество которых на настоящий момент превышает 3000.

Применение всевозможных препаратов и способов лечения ожогов сводится в конечном итоге к созданию условий для скорейшего заживления ожоговых ран. Все действия в этом направлении составляют систему местного медикаментозного лечения ожогов, которая сегодня становится стандартом, основанном на объективном изучении эффективности различных методов и средств консервативного лечения ожоговых ран. В настоящее время имеются сведения более чем о 300 раневых покрытиях, находящихся на разных стадиях разработки, вместе с тем до сих пор не существует универсального препарата, подходящего для использования во всех фазах раневого процесса при ожогах различной глубины.

Учитывая вышеизложенное, мы в нашем отделении применяли при местном лечении ожоговых ран I-II-III А до 10% п/т временные раневые покрытия (Бранолинд, Грассолинд, Парапран) на фоне проводимой региональной лимфатической терапии, разработанной Республиканским центром клинической лимфологии МЗ РУз. Применение местной лимфатической терапии преследует несколько основных целей. Это борьба с отёком зоны паранекроза, инфекцией, вторичным ухудшением местного раневого процесса, улучшение психоэмоционального состояния пациента ввиду ранней ликвидации отеков. Региональная лимфатическая терапия подразумевает локальное введение вокруг ожоговой раны лимфогонных средств (фуросемид, новокаин, гепарин, трипсина и др., в небольших дозах и невысоких концентрациях), антибиотиков широкого спектра действия (синтетические пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины II-III поколения). Этот метод мы использовали у 75 больных с термическими поражениями головы и шеи до 10% поверхности тела. Контрольную группу составили 65 больных с аналогичными термическими поражениями. При этом мы добились следующих результатов:

- ранней ликвидации интерстициального отека;
- более раннее и полноценное восстановление микроциркуляции;
- изоляция от дополнительного инфицирования ран, профилактика гнойных осложнений;
- облегчение процесса перевязки;
- активация процессов регенерации;
- предупреждение вторичного углубления раны;
- уменьшение сроков стационарного лечения.

Раннее ликвидация отеков головы, раннее открытие глаз, улучшение психоэмоционального статуса - особенно у женщин и детей, безболезненные и атравматичные перевязки, сокращение сроков заживления, уменьшения вторичных осложнений- все это наблюдали у больных основной группы. Опыт применения искусственных раневых покрытий на фоне региональной лимфатерапии показывает их эффективность.

НЕИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

*Туляков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Гелдиев Б.У., Курбонов Ш.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП*

У 160 больных с закрытой травме живота (ЗТЖ) изучена диагностическая эффективность сонографии в выявлении признаков повреждения органов брюшной полости и на этой основе разработана шкала ультразвуковой оценки объема гемоперитонеума. Чувствительность (Se), специфичность (Sp) и точность (Ac) УЗИ в выявлении одного из основных признаков травмы – свободной жидкости (гемоперитонеума) в брюшной полости – составляет, соответственно, 88,3, 87,8 и 88,1%.

С целью разработки метода измерения объема гемоперитонеума у 67 пациентов с ЗТЖ проведена оценка соотношения объема гемоперитонеума, оцененного интраоперационно, и ширины и распространенности свободной жидкости в брюшной полости, оцененного с помощью УЗИ. Наличие тонкой (до 1 см) полоски свободной жидкости в пределах одной анатомической области указывает на объем гемоперитонеума до 200 мл. При скоплении в брюшной полости до 300 мл крови УЗИ-картина характеризуется наличием слоя свободной жидкости шириной до 2 см в пределах 1 анатомической области. Для гемоперитонеума объемом 300-500 мл характерна визуализация полоски свободной жидкости толщиной до 2 см, распространяющейся на 2 анатомические области живота, или же наличие жидкости в пределах одной области, но толщиной, превышающей 3 и более см. Выявление на УЗИ свободной жидкости в брюшной полости, распространяющейся на 3 и более областей указывает на наличие гемоперитонеума объемом свыше 500 мл. На такой же объем крови указывает также наличие свободной жидкости толщиной слоя на УЗИ более 2 см в 2-х областях или же любое по распространенности скопление свободной жидкости толщиной более 3 см. На основе этих расчетов разработана «Шкала УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота».

При сопоставлении объема интраоперационно выявленной крови в брюшной полости (фактический объем) с характером и объемом выполненного хирургического вмешательства выявлено, что у 44 (28,4%) больных с объемом гемоперитонеума до 300 мл практически никогда не возникали ситуации, требующие обязательной широкой лапаротомии. Более того, при этом количестве свободной жидкости (<300 мл) в 20,5% случаях (n=9) хирурги имеют дело с остановившемся внутрибрюшным кровотечением, в связи с чем объем хирургического вмешательства ограничивается только санацией и дренированием брюшной полости. Кроме того, при этом объеме гидроперитонеума у больных с ЗТЖ практически не встречаются случаи повреждения полых органов брюшной полости.

В тех случаях, когда объем внутрибрюшной кровопотери составляет 300-500 мл (n=34) у более чем половине пациентов (19; 55,9%) интраоперационно выполненные хирургические манипуляции и процедуры, такие как санация и дренирование брюшной полости, электрокоагуляция кровоточащего сосуда, ушивание разрыва I ст. по Moore паренхиматозного органа, ушивание десоризированных участков кишки, разрывов брыжейки и большого сальника, без особых технических сложностей могут быть выполнены с помощью лапароскопической техники с использованием рутинно используемых инструментов без применения дорогостоящих расходных материалов. А с учетом вышеуказанных 44 больных, у которых объем гемоперитонеума не превышал 300 мл, доля больных, потенциально подлежащих устранению внутрибрюшных осложнений травмы лапароскопическим способом без применения широкой лапаротомии, возрастает до 80,8% (63/78).

При наличии более 500 мл крови в брюшной полости (n=77) возможности для применения лапароскопической техники были крайне ограничены и имели место только у 5 (6,5%) пациентов.

Наличие на УЗИ объем крови в брюшной полости до 300 мл высокой долей вероятностью исключает ($RR=0.000$) наличие серьезных внутрибрюшных повреждений, требующих широкой лапаротомии. При объеме свободной жидкости в пределах 300-500 мл показатель «абсолютный риск наличия значимых повреждений органов брюшной полости» составляет 44,1% ($EER=0,441$), а величина относительного риска (RR) – 0,472 единиц (сомнительный признак). Наиболее высокий показатель относительного риска (RR) был характерен для объема свободной жидкости в брюшной полости более 500 мл, когда вероятность наличия серьезного внутрибрюшного повреждения (EER) составляет 93,5%, а величина относительного риска представляется абсолютным и составляет 4,862 единиц с 95%ДИ в диапазоне от 3,074 до 7,692 единиц.

Вышеуказанные градации объема гемоперитонеума, прогнозирующие наличие или отсутствие серьезного внутрибрюшного повреждения нашли свое отражение в разработанном «Алгоритме выбора тактики хирургического лечения ЗТЖ на основе УЗИ оценки объема свободной жидкости в брюшной полости». Предлагаемый подход к ультразвуковой оценке дискретных объемов свободной жидкости в брюшной полости, основанный на учете толщины слоя жидкости и ее распространенности в зонах брюшной полости, не усложняет и не удлиняет процедуру FAST-протокола, позволяет определить критические объемы гемоперитонеума, имеющие решающее значение в выборе тактики хирургического лечения ЗТЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПСИИ ПОГИБШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА

Тулаков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Элмуродов Ш.К.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП, Кашкадарьинский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы

Изучены структура и причины летального исхода при закрытой травме груди и живота по результатам аутопсии, проведенных в Кашкадарьинском бюро судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) в 2020-2021 гг. За указанный двухлетний период проведено патологоанатомических исследований 1830 умершим, в структуре которых ведущее место занимают умершие от механической травмы ($n=717$), доля которых составляет 39,2%. В общей структуре умерших от механической травмы ($n=717$) абсолютно преобладали погибшие от последствий закрытой травмы, которая имела место в 604 (84,2%) случаях. Только 83 (13,7%) умерших от закрытой травмы были пожилого и старческого возраста, а абсолютное большинство погибших – 521 (86,3%) человек – были детского (102; 16,9%), молодого (259; 42,9%) и среднего (160; 26,5%) возрастов. Мужчин среди умерших с закрытой травмой было 458 (75,8%), женщин – 146 (24,2%).

В структуре механизма фатальной закрытой травмы значительно преобладают дорожно-транспортные происшествия (ДТП), на долю которых приходится 522 (86,4%) случаев летального исхода. Существенно реже, примерно с одинаковой частотой, смерть наступала по причине криминальной (27; 4,5%), высотной (23; 3,8%), бытовой (16; 2,6%) и производственной (14; 2,3%) травм. У 2 (0,3%) умерших не удалось выяснить причину смерти.

535 (88,6%) погибших погибли вне стационара, в том числе 450 (74,5%) – умерли на месте происшествия, 85 (14,1%) – во время транспортировки. Всего 69 (11,4%) умерших успели довести живыми до стационара, однако хирургическую помощь успели оказать только 39 (6,5%) погибших. 450 (74,5%) пострадавших с закрытой травмой погибли в первый час после получения травмы.

Только у 208 (34,4%) погибших на аутопсии выявлена изолированная травма одной анатомической зоны, а у всех остальных умерших – 396 (65,6%) – выявлено сочетанное поражение органов и систем двух и более анатомических зон. При этом у половины погибших (300; 49,7%) доминирующей причиной смерти была черепно-мозговая травма, а у

четверти (155; 25,7%) умерших – изолированная и сочетанная травма органов грудной клетки. Смерть по причине повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства констатировано в 62 (10,3%) случаях. Значительно реже пострадавшие при закрытой травме погибали от последствий позвоночно-спинномозговой травмы (35; 5,8%), конечностей (35; 5,8%), таза (17; 2,8%) и других анатомических структур (13; 2,2%).

У погибших с закрытой травмой (n=604) частота изолированного и сочетанного повреждения органов грудной клетки и живота в сумме составляет 500 (82,8%) случаев, при этом изолированное повреждение только органов грудной клетки имело место у 121 (20,0%) погибшего, значительно реже – у 52 (8,6%) умерших – обнаруживали изолированное повреждение органов брюшной полости. Более чем у трети умерших от закрытой травмы (224; 37,1%) на аутопсии выявляли тандемное поражение органов грудной клетки и живота, в том числе у 65 (10,8%) погибших – одновременное повреждение органов грудной клетки, брюшной полости и других анатомических зон. Только у 104 (17,2%) умерших с фатальной закрытой травмой мы не обнаружили повреждения груди и живота.

Изолированное (n=121) и сочетанное (n=285) повреждение органов грудной клетки диагностированы у 406 (67,2%) умерших от закрытой травмы, у которых практически всегда (у 370 (91,1%) погибших) находили наличие гемоторакса (168; 41,4%), или гемопневмоторакса (202; 49,8%). Крайне редко (14; 3,4%) обнаруживали наличие пневмоторакса без накопления в плевральных полостях крови. В структуре внутригрудных повреждений преобладали разрывы ткани легкого, что имело место у 226 (55,7%) погибших.

При тяжелой фатальной закрытой травме примерно с одинаковой частотой повреждению подвергаются диафрагма (48 (11,8%) случаев) и сердце (41; 10,1%). При закрытой травме грудной клетки одинаковую частоту повреждения имеют также аорта и сосуды корня легкого (зарегистрировано по 22 (5,4%) случая разрыва каждой из указанных анатомических структур). Разрывы других сосудистых образований средостения были выявлены у 15 (3,7%) погибших. В единичных случаях на вскрытии умерших от закрытой травмы были выявлены разрывы трахеи и крупных бронхов.

Что же касается внутрибрюшных/забрюшинных повреждений у умерших с закрытой травмой живота (n=318), то в их структуре преобладали ушибы и разрывы печени и селезенки, которые обнаружены у 230 (72,3%) и 127 (39,9%) умерших, соответственно. Далее по частоте следовали повреждения органов мочевыделительной системы: мочевого пузыря (17,3%) и почек (12,6%). Значительно реже наблюдали повреждения забрюшинных органов – ДПК (2,5%) и поджелудочной железы (1,9%).

Таким образом, при тяжелой закрытой травме риск изолированного или сочетанного повреждения органов грудной клетки и живота составляет 82,8%. Более чем у трети умерших от закрытой травмы (37,1%) имеет место сочетанное поражение органов грудной клетки и живота. В структуре внутригрудных повреждений абсолютно преобладают (55,7%) разрывы ткани легкого, примерно с одинаковой частотой повреждению подвергаются диафрагма (11,8%) и сердце (10,1%), значительно реже – аорта (5,4%) и сосуды корня легкого (5,4%).

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СПОСОБ ИЗМЕРЕНИЯ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

*Тулаков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Курбонов Ш., Эргашова Г.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

С учетом доступности и других общеизвестных преимуществ УЗИ в диагностике травм живота, нами изучена целесообразность и эффективность использования, так называемого FAST-протокола (Focused Assessment with Sonography in Trauma), в определении тактики хирургического лечения больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ). Для

исследования были отобраны 67 пациентов с ЗТЖ, у которых проведена оценка соотношения объема гемоперитонеума, оцененного интраоперационно, и ширины и распространенности свободной жидкости в брюшной полости, оцененного с помощью УЗИ.

У больных с ЗТЖ чувствительность, специфичность и точность УЗИ в выявлении свободной жидкости в брюшной полости составили, соответственно, 88,3, 87,8 и 88,1%. Выявлено наличие ярко выраженной обратной корреляции ($R = -0.9934$) между возможностью полноценного использования лечебных возможностей лапароскопической техники и, соответственно, прямую корреляцию ($R = 0.9148$) между частотой конверсии и объемом гемоперитонеума. На основе сопоставления распространенности и толщины сонографически выявленной свободной жидкости с объемом интраоперационно удаленной из брюшной полости крови позволили разработать «Шкалу УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота».

С учетом выявленной корреляционной связи между количеством гемоперитонеума и тяжестью травмы нами разработан алгоритм выбора тактики хирургического лечения ЗТЖ, где центральное место занимает сонографическая оценка объема свободной жидкости в брюшной полости. При этом в качестве метода оценки объема свободной жидкости использована авторская «Шкала УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота», а в качестве главного критерия выбора тактики хирургического лечения – количество жидкости менее или более 500 мл.

Наши расчеты показывают, что при выявлении на УЗИ менее 500 мл свободной жидкости показатель «абсолютный риск наличия значимых повреждений органов брюшной полости» составляет 44,1% ($EER=0,441$), а величина относительного риска (RR) – 0,472 единиц (сомнительный признак). Наиболее высокий показатель относительного риска (RR) был характерен для объема свободной жидкости в брюшной полости более 500 мл, когда вероятность наличия серьезного внутрибрюшного повреждения (EER) составляет 93,5%, а достоверность величины относительного риска представляется абсолютным и составляет 4,862 единиц с 95%ДИ в диапазоне от 3,074 до 7,692 единиц.

Таким образом, предлагаемый подход к ультразвуковой оценке дискретных объемов свободной жидкости в брюшной полости, основанный на учете толщины слоя жидкости и ее распространенности в зонах брюшной полости, не усложняет и не удлиняет процедуру FAST-протокола, позволяет определить критические объемы гемоперитонеума, имеющие решающее значение в выборе тактики хирургического лечения ЗТЖ.

ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ.

*Мадамина Н.Э. Касимов К.К, Каримова З.Х
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Термические ожоги верхних дыхательных путей у детей относятся к тяжёлым и угрожающим жизни состояниям. Наиболее часто они возникают при вдыхании горячего пара или дыма, при контакте с открытым пламенем, а также в результате бытовых происшествий. Особенностью детского организма является узкий просвет дыхательных путей, склонность к быстрому развитию отёка слизистой и дыхательной недостаточности. Эти факторы обуславливают высокую смертность при несвоевременной диагностике и лечении. В образовательном процессе актуальным направлением является внедрение симуляционных технологий, позволяющих врачам и студентам отрабатывать алгоритмы оказания помощи при ожогах дыхательных путей без риска для пациента.

Цель и задачи. Целью работы явилось изучение возможностей симуляционного обучения в подготовке специалистов к диагностике и лечению термических ожогов верхних дыхательных путей у детей.

Задачи включали:

Смоделировать клинические сценарии термических ожогов дыхательных путей у детей различного возраста.

Отработать алгоритмы диагностики и неотложной помощи с использованием симуляторов.

Оценить эффективность симуляционного обучения в формировании клинического мышления и практических навыков.

Материалы и методы. В исследование включены данные 64 детей с ожогами верхних дыхательных путей (возраст от 1 до 16 лет), проходивших лечение в отделениях реанимации и ЛОР-клиниках. Использовались клинические, эндоскопические и лабораторные методы диагностики. Для образовательных целей были разработаны 10 симуляционных сценариев, моделирующих различные клинические ситуации: от лёгких термических поражений глотки до тяжёлых ожогов с развитием дыхательной недостаточности и ожогового шока. В занятиях участвовали 40 студентов старших курсов и 20 ординаторов, которые были разделены на контрольную и экспериментальную группы.

Результаты. Анализ показал, что обучающиеся в экспериментальной группе, прошедшие симуляционное обучение, продемонстрировали более высокие результаты: уровень правильной диагностики составил 83% против 58% в контрольной группе; точность выбора неотложных мероприятий возросла с 61% до 85%. Время на принятие решения при моделировании тяжёлых случаев сократилось в среднем на 12 минут. Особенно важно, что участники получили практический опыт ведения редких клинических ситуаций — например, ожогов гортани с обструкцией дыхательных путей, которые редко встречаются в реальной практике, но представляют угрозу жизни ребёнка.

Выводы. Термические ожоги верхних дыхательных путей у детей требуют быстрой диагностики и чётко выстроенного алгоритма оказания помощи.

Симуляционные клинические сценарии являются эффективным методом обучения, позволяя студентам и ординаторам моделировать критические ситуации без риска для пациента.

Применение симуляторов повышает точность диагностики, ускоряет процесс принятия решений и способствует формированию готовности к практической деятельности в условиях реальной клиники.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И РОТОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПОСЛЕДСТВИЯ И РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

*Мадаминова Н.Э. Касимов К.К., Каримова З.Х., Хусанов Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: Химические ожоги слизистой оболочки носа и ротоглотки у детей представляют собой тяжёлую травму, возникающую при случайном приёме внутрь агрессивных жидкостей (кислоты, щёлочи, бытовые моющие средства) или при их вдыхании. В детском возрасте риск подобных повреждений особенно высок, так как малыши тянутся к доступным бытовым химикатам. Травма носо- и ротоглотки опасна быстрым развитием некроза, формированием рубцов и стойких деформаций дыхательных путей. В связи с этим особую значимость приобретают симуляционные методы обучения, которые позволяют отрабатывать алгоритмы диагностики и оказания неотложной помощи при таких ожогах.

Цель и задачи.

Целью исследования стало обоснование применения симуляционного обучения в подготовке специалистов к диагностике и лечению химических ожогов носа и ротоглотки у детей.

Задачи включали:

Изучить клинические особенности химических ожогов у детей разного возраста.

Смоделировать сценарии неотложной помощи при химических поражениях ЛОР-органов.

Оценить эффективность симуляционных методов в формировании практических навыков у студентов и ординаторов.

Материалы и методы.

В основу работы легли данные 48 детей в возрасте от 3 до 17 лет с химическими ожогами ротоглотки и носовой полости. В качестве диагностических методов использовались эндоскопия, рентгенография и лабораторные анализы. Для образовательных целей было создано 8 симуляционных сценариев: «приём уксусной эссенции», «щелочной ожог моющими средствами», «комбинированное поражение слизистой носа и рта». Использовались высокореалистичные манекены и виртуальные тренажёры. В обучении участвовали 36 студентов и 18 клинических ординаторов, разделённых на контрольную и экспериментальную группы.

Результаты.

У пациентов младшего возраста (3–7 лет) преобладали ожоги щелочами, которые вызывали глубокие повреждения слизистой и склонность к формированию рубцовых стенозов. У подростков чаще встречались кислотные ожоги, проявляющиеся выраженным болевым синдромом и некротическими изменениями ротоглотки. На симуляционных занятиях обучающиеся экспериментальной группы демонстрировали достоверно более высокие показатели: точность постановки диагноза — 88% против 61% в контрольной группе; правильность выбора неотложных мероприятий — 82% против 55%. Время принятия клинического решения сократилось в среднем на 10 минут. Симуляция также позволила отработать редкие, но критически важные ситуации, например: ожог с угрозой острой асфиксии или сочетание ожогов с инородным телом.

Выводы.

Химические ожоги слизистой носа и ротоглотки у детей сопровождаются тяжёлыми последствиями и требуют немедленного оказания помощи.

Симуляционные клинические сценарии позволяют отрабатывать алгоритмы диагностики и лечения при различных видах химических поражений.

Обучение с использованием симуляторов повышает точность диагностики, сокращает время принятия решений и формирует готовность врача к работе в экстремальных условиях.

Внедрение симуляционного обучения в образовательный процесс является эффективным способом подготовки специалистов к ведению детей с химическими ожогами ЛОР-органов.

ИНТУБАЦИОННЫЕ ОЖОГИ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ: ПРОФИЛАКТИКА И СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ

*Мадаминаева Н.Э. Каримова З.Х., Эргашев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение.

Интубационные повреждения и ожоги гортани у детей представляют собой одно из наиболее тяжёлых ятрогенных осложнений в практике анестезиологии и оториноларингологии. Они возникают вследствие неправильной техники интубации, использования неподходящих по размеру эндотрахеальных трубок или воздействия высоких температур при применении кислородно-лазерного оборудования. У детей узкий просвет дыхательных путей и рыхлая подслизистая клетчатка способствуют быстрому развитию отёка и стеноза. Эти особенности делают профилактику и обучение специалистов правильным навыкам интубации особенно актуальными.

Цель и задачи.

Целью исследования стало изучение роли симуляционного обучения в профилактике и снижении частоты интубационных ожогов гортани у детей.

Задачи включали:

Определить наиболее частые причины интубационных повреждений гортани у детей.

Разработать симуляционные сценарии для обучения правильной технике интубации и ведения осложнённых ситуаций.

Оценить эффективность симуляционного обучения в подготовке студентов и молодых специалистов.

Материалы и методы.

В исследовании проанализированы истории болезни 32 детей (возраст от 1 до 14 лет) с интубационными повреждениями гортани, находившихся на лечении в детских ЛОР-отделениях. На основании анализа были выделены типичные клинические ситуации: отёк и ожог слизистой гортани после длительной интубации, формирование грануляций, частичный стеноз. Для образовательных целей было разработано 7 симуляционных сценариев, включая «трудная интубация у ребёнка с анатомическими особенностями» и «постинтубационный отёк с угрозой обструкции». В занятиях участвовали 28 студентов 6 курса и 14 клинических ординаторов.

Результаты.

Основными причинами интубационных ожогов у детей оказались: длительная вентиляция (37%), использование неподходящей трубки (28%), неправильная техника введения (21%) и осложнения при экстренной интубации (14%). Симуляционное обучение позволило существенно повысить уровень подготовки участников:

правильный выбор размера трубки вырос с 64% до 91%;

точность выполнения техники интубации увеличилась с 58% до 87%;

частота ошибок при моделировании осложнённых случаев снизилась на 42%.

Особенно важно, что на симуляторах студенты и ординаторы могли безопасно отрабатывать навыки в условиях приближённых к реальной практике, что невозможно при работе с настоящими пациентами.

Выводы.

Интубационные ожоги гортани у детей представляют серьёзную проблему, связанную с высокой вероятностью формирования стеноза и дыхательной недостаточности.

Основными причинами осложнений являются технические ошибки и несоответствие оборудования возрасту ребёнка.

Симуляционное обучение позволяет отрабатывать алгоритмы интубации и ведения осложнённых ситуаций, существенно снижая риск ошибок.

Внедрение симуляционных технологий в образовательные программы является эффективным методом профилактики интубационных ожогов гортани у детей.

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ОЖОГИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ И ОБУЧЕНИЕ НА СИМУЛЯТОРАХ

*Мадаминова Н.Э., Каримова З.Х., Тухтасинов Н.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение: Электрические ожоги ротовой полости и глотки у детей относятся к редким, но крайне опасным травмам, возникающим в результате контакта со струёй электричества, чаще всего при игре с оголёнными проводами или электрическими приборами. У детей младшего возраста, из-за любопытства и отсутствия чувства опасности, такие повреждения встречаются особенно часто. Электрическая травма сопровождается не только локальным повреждением слизистой оболочки, но и глубоким поражением тканей,

риском некроза и кровотечений, а также осложнениями со стороны дыхательных путей. В связи с этим ключевое значение имеет своевременная диагностика и правильно оказанная первая помощь. В образовательной практике особое внимание уделяется симуляционному обучению, которое позволяет будущим врачам безопасно отрабатывать навыки оказания помощи детям с электрическими ожогами.

Цель и задачи.

Целью исследования явилось изучение особенностей течения электрических ожогов ротовой полости и глотки у детей, а также оценка эффективности симуляционного обучения в подготовке специалистов.

Задачи:

Изучить клинические проявления электрических ожогов у детей.

Определить наиболее частые осложнения и последствия травмы.

Разработать симуляционные сценарии для обучения диагностике и неотложной помощи.

Оценить результативность симуляционного обучения в сравнении с традиционными методами подготовки.

Материалы и методы: В исследование были включены данные 27 детей (возраст от 2 до 12 лет) с электрическими ожогами ротовой полости и глотки. Основными причинами травм являлись контакт с электрическими проводами (70%) и поражение электрическим током при использовании бытовых приборов (30%). У 18 детей ожог локализовался на слизистой губ и щёк, у 9 – на мягком нёбе и глотке. Для образовательных целей разработано 5 симуляционных сценариев: «ожог губ электрическим проводом», «электротравма мягкого нёба с кровотечением», «ожог глотки с развитием дыхательной недостаточности». В обучении участвовали 30 студентов и 12 клинических ординаторов, которые были разделены на контрольную и экспериментальную группы.

Результаты: Наиболее частыми осложнениями электрических ожогов оказались: вторичные кровотечения (26%), некроз слизистой с формированием рубцов (33%), нарушение глотания (41%). В экспериментальной группе после прохождения симуляционного обучения отмечено достоверное улучшение практических навыков:

точность диагностики выросла с 63% до 89%;

правильность выбора лечебной тактики — с 58% до 85%;

время оказания неотложной помощи сократилось на 11 минут в среднем.

Особенно важным результатом стало формирование у студентов навыков ведения жизнеугрожающих ситуаций, включая остановку кровотечений и восстановление проходимости дыхательных путей.

Выводы: Электрические ожоги ротовой полости и глотки у детей являются тяжёлой травмой с высоким риском осложнений.

Ключевыми осложнениями являются кровотечения, некроз тканей и дыхательные нарушения, требующие быстрой и грамотной медицинской помощи.

Симуляционное обучение позволяет будущим специалистам отрабатывать навыки диагностики и неотложного лечения без риска для ребёнка.

Применение симуляторов способствует сокращению времени оказания помощи, повышению точности действий и формированию клинического мышления у студентов и ординаторов.

СИМУЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЕВ В ОБУЧЕНИИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА.

*Мадаминова Н.Э., Касимов К.К., Каримова З.Х.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Хронический риносинусит (ХРС) является одним из наиболее распространённых заболеваний оториноларингологического профиля, встречаясь, по данным литературы, у 12–15% взрослого населения. Хроническое воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух приводит к стойкой обструкции носового дыхания, рецидивирующим выделениям, снижению обоняния и ухудшению качества жизни. Сложности заключаются в дифференциальной диагностике с аллергическим ринитом, вазомоторными расстройствами и осложнёнными формами ХРС. В этой связи актуальным направлением медицинского образования является внедрение симуляционных технологий, позволяющих студентам и ординаторам на практике моделировать различные клинические ситуации и формировать правильные алгоритмы принятия решений.

Цель и задачи. Целью данного исследования являлась разработка и внедрение симуляционных клинических сценариев для обучения диагностике ХРС.

Задачи включали:

1. Смоделировать типичные и осложнённые случаи ХРС с использованием виртуальных пациентов.
2. Включить в сценарии варианты коморбидных состояний (аллергия, бронхиальная астма).
3. Оценить эффективность симуляционного обучения в формировании клинического мышления у студентов и ординаторов.

Материалы и методы. В основу работы положены данные диссертационного исследования, включавшего 161 пациента с ХРС, проходивших обследование и лечение в клиниках Андижанского государственного медицинского института и Ташкентской медицинской академии в 2019–2022 гг. Использовались клиничко-анамнестические, эндоскопические, микробиологические и молекулярно-генетические методы диагностики. На основании полученных данных было создано 15 симуляционных сценариев с вариациями клинического течения: катаральная форма, гнойная форма, полипозный риносинусит, сочетание с аллергией, а также осложнённые варианты (орбитальные и внутричерепные осложнения). Для проведения занятий применялись методы case-based learning, интерактивные виртуальные тренажёры и групповые разборы случаев.

В исследовании приняли участие 84 студента 5 курса и 26 ординаторов, которые были разделены на контрольную и экспериментальную группы. Контрольная группа обучалась по традиционной схеме (лекции, семинары, работа с реальными пациентами), а экспериментальная — с использованием симуляционных сценариев.

Результаты. Проведённый анализ показал, что студенты экспериментальной группы значительно лучше справлялись с диагностикой сложных случаев ХРС. Так, уровень правильной постановки диагноза составил 86% против 59% в контрольной группе. Точность выбора метода лечения (медикаментозное или хирургическое) увеличилась с 62% до 82%. Время, затрачиваемое на решение клинической задачи, сократилось в среднем на 15 минут, что отражает формирование структурированного клинического мышления. Особенно важно, что симуляция позволила студентам отрабатывать редкие, но клинически значимые сценарии — например, ХРС на фоне бронхиальной астмы или с орбитальными осложнениями. Такие ситуации в реальной практике встречаются редко, но требуют высокой готовности врача. Симуляционное обучение восполняет этот пробел.

Выводы.

1. Симуляционные клинические сценарии являются эффективным инструментом обучения диагностике ХРС.

2. Использование виртуальных пациентов позволяет моделировать широкий спектр клинических ситуаций, включая осложнённые формы и коморбидные состояния.
3. У студентов и ординаторов, прошедших симуляционное обучение, достоверно повышается точность диагностики и снижается количество ошибок в выборе тактики лечения.
4. Симуляция способствует развитию клинического мышления, ускоряет процесс принятия решений и повышает готовность к реальной врачебной практике.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЯТОРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ОБУЧЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ.

*Мадаминова Н.Э., Хусанов Ж.А., Эргашев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Эндоскопическая диагностика и хирургия играют важнейшую роль в лечении хронического риносинусита (ХРС). Однако обучение эндоскопическим навыкам традиционно сопряжено с рядом трудностей: ограниченный доступ к операционным, риск осложнений при работе на живых пациентах, высокая цена ошибок. В этой связи использование симуляционных технологий, в частности эндоскопических тренажёров, открывает новые возможности для формирования практических компетенций студентов и ординаторов.

Цель и задачи. Цель исследования заключалась в оценке эффективности применения эндоскопических симуляторов в обучении диагностике и хирургии ХРС.

Задачи включали:

1. Разработку программных модулей для виртуальных эндоскопов.
2. Отработку навыков ориентирования в анатомических структурах полости носа.
3. Сравнение качества подготовки студентов при использовании традиционных и симуляционных методов.

Материалы и методы. В исследование включены 54 студента и 18 ординаторов кафедры оториноларингологии. Контрольная группа проходила стандартное обучение на клинической базе, экспериментальная — обучение на виртуальных и манекенных эндоскопических тренажёрах. Для оценки использовались тестирование, контрольные задания и экспертная оценка преподавателей.

Результаты. Участники, прошедшие обучение на тренажёрах, показали более высокие результаты: правильность выполнения эндоскопических манипуляций увеличилась на 28%, скорость выполнения процедур выросла на 22%. Студенты лучше ориентировались в анатомии носовой полости и реже допускали ошибки.

Выводы. Эндоскопические симуляторы позволяют безопасно и эффективно формировать хирургические навыки. Их использование должно стать обязательным этапом подготовки специалистов по ЛОР-болезням.

КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МИКРОБИОТЫ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ.

*Мадаминова Н.Э., Каримова З.Х., Эргашев А.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Микробиота носовой полости — ключевое звено патогенеза хронического риносинусита (ХРС). Дисбиоз с преобладанием патобионтов (например, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas* spp.) и снижением доли комменсалов (*Corynebacterium*, *Cutibacterium*) ассоциирован с персистирующим воспалением, биоплёнкообразованием и рецидивами. Для

формирования клинического мышления одному теоретическому изложению недостаточно; необходимы наглядные инструменты, позволяющие «увидеть» динамику микробных сообществ при изменении клинических условий.

Цель и задачи. Цель — разработать и внедрить интерактивную компьютерную модель динамики микробиоты при ХРС для обучения студентов и ординаторов.

Задачи:

- агрегировать микробиологические данные пациентов с различными фенотипами ХРС (CRSsNP/CRSwNP);
- создать симуляционную модель дисбиоза, отражающую взаимодействия «комменсалы—патобионты—воспаление»;
- интегрировать модель в учебные модули и оценить её образовательную эффективность.

Материалы и методы. В основу положены результаты бактериологических и молекулярных исследований 161 пациента с ХРС; отбор материалов — из среднего носового хода/решётчатого лабиринта, идентификация — культура + MALDI/16S rRNA (при доступности). Нормализация относительной численности таксонов выполнена по суммовому правилу с расчётом индексов α -разнообразия (Шеннона) и β -различий. Модель реализована как гибридная: (а) система простых уравнений для изменения долей микрогрупп под воздействием факторов (антибиотики, топические ГКС, ирригации, хирургия), (б) вероятностные переходы состояния «здоровый биоценоз → дисбиоз → рецидив». Интерфейс предоставляет регуляторы («слайдеры») интенсивности вмешательств и коморбидных факторов (аллергия, курение), панели визуализации (тепловые карты таксонов, графики индексов разнообразия) и сценарии «что-если». Оценка эффективности: до/после тесты по патогенезу и тактике, мини-ОСКЭ-станция с разбором клинического кейса; анализ — парные сравнения, эффект обучения.

Интеграция в обучение. Модель включена в 2 занятия по 90 минут: лекционно-демонстрационный блок (30 мин) и работа в малых группах (кейсы CRSsNP/CRSwNP, 60 мин) с де-брифингом по принятию решений и рискам рецидива.

Результаты. Разработана интерактивная модель, демонстрирующая, как изменения терапии и факторов среды сдвигают баланс микробиоты и уровень воспаления. После внедрения средний тестовый балл вырос на 24%, увеличилась точность выбора рациональной терапии в кейсах, сократилось время до формулирования плана ведения; по анкетам — рост уверенности и вовлечённости. Преподаватели отметили улучшение аргументации при выборе антибиотик-спаринга и адыювантных методов (ирригации, ТГКС).

Выводы. Компьютерные симуляции микробиоты — эффективный инструмент для наглядного изучения патогенеза ХРС и тренировки клинических решений. Модель целесообразно использовать как обязательный компонент модулей по оториноларингологии, особенно при обучении тактике, ориентированной на восстановление микробного баланса и профилактику рецидивов.

АЛГОРИТМИЗИРОВАННОЕ СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ.

*Мадамина Н.Э., Касимов К.К., Тухтасинов Н.Н.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Классическое обучение диагностике и лечению хронического риносинусита (ХРС) в медицинских вузах часто ориентировано на теоретическое изложение материала и анализ отдельных клинических случаев. Однако такой подход не всегда формирует у студентов последовательность действий и целостное клиническое мышление. Алгоритмизация учебного процесса позволяет выстроить логику врачебных решений, а симуляционное обучение обеспечивает безопасные условия для их практической отработки.

Цель и задачи. Цель исследования — разработка и внедрение алгоритмизированного симуляционного обучения по диагностике и лечению ХРС в подготовку студентов-медиков.

Задачи включали:

Адаптацию авторского алгоритма диагностики и лечения ХРС для симуляционного формата. Интеграцию разработанного алгоритма в учебные модули по оториноларингологии.

Оценку эффективности внедрённого подхода с использованием количественных и качественных показателей.

Материалы и методы. В основу обучения был положен пошаговый алгоритм, включающий: сбор анамнеза и жалоб, эндоскопическое исследование полости носа, лабораторно-инструментальные тесты (КТ, бактериологический анализ), формирование дифференциального диагноза, а также выбор консервативной или хирургической тактики лечения. В исследовании участвовали 70 студентов 5 курса, которые были разделены на контрольную (традиционное обучение) и экспериментальную группы (алгоритмизированные симуляционные занятия). Для оценки эффективности применялись тестирование знаний, моделирование клинических сценариев и анализ скорости принятия решений.

Результаты. У студентов экспериментальной группы выявлены значимые преимущества: время постановки диагноза сократилось в среднем на 21%, точность выбора тактики лечения возросла на 29%, а уровень уверенности при ведении симулированных пациентов повысился по самооценочным шкалам на 34%. Кроме того, преподаватели отметили рост мотивации к изучению дисциплины и активность при решении клинических задач.

Выводы. Алгоритмизированное симуляционное обучение способствует систематизации знаний и развитию клинического мышления, позволяя студентам безопасно отрабатывать диагностические и лечебные навыки. Полученные результаты подтверждают необходимость внедрения данного подхода в образовательный процесс и его включения как обязательного элемента подготовки будущих ЛОР-врачей.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫМ ПОДХОДАМ К ЛЕЧЕНИЮ ХРС.

*Мадаминаова Н.Э., Тухтасинов Н.Н, Хусанов Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт*

Введение. Хронический риносинусит (ХРС) нередко протекает на фоне аллергических и иммунологических заболеваний (аллергический ринит, бронхиальная астма, нарушения местного/системного иммунитета), что требует командной работы ЛОР-врача, аллерголога и иммунолога. Подготовка студентов должна целенаправленно формировать междисциплинарное клиническое мышление и навыки командной коммуникации.

Цель и задачи. Цель — внедрить и оценить симуляционные методики для обучения студентов междисциплинарному взаимодействию.

Задачи: (1) разработать командные сценарии, объединяющие роли ЛОР-врача, аллерголога и иммунолога; (2) провести обучение в мультидисциплинарных группах; (3) оценить влияние на командную коммуникацию и корректность выбора комплексной терапии.

Материалы и методы. Дизайн и участники: 72 студента (5–6 курс), сформированы в 12 междисциплинарных команд по 6 человек. Продолжительность программы — 2 недели (3 симуляционных сессии по 90 минут).

Сценарии «виртуальных пациентов»:

ХРС + аллергический ринит (IgE↑, эозинофилия, положительные кожные пробы);

ХРС + бронхиальная астма (вариабельность симптомов, показатель АСТ, спирометрия с бронходилатационным тестом);

ХРС с рецидивирующим течением и подозрением на иммунодефицит низкой степени (частые синопульмональные инфекции, оценка иммунограммы).

Формат: брифинг → командная работа у «кровати пациента» (виртуальный кейс с эндоскопическими фото/видеофрагментами) → консилиум (ЛОР+аллерголог+иммунолог) → де-брифинг по модели PEARLS.

Оценка эффективности:

командная коммуникация — шкала ICCAS (Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey, 20 пунктов, 1–7 баллов);

корректность комплексной терапии — чек-листы экспертов (доля правильных решений по алгоритмам диагностики/лечения, включая роль ТГКС, ирригации, контроля астмы/АР и показаний к хирургии);

дополнительные метрики: время до консенсуса по плану ведения, баллы мини-ОСКЭ-станции; внутренняя согласованность ICCAS оценивалась по α Кронбаха.

Результаты. Командная коммуникация: средний суммарный балл ICCAS вырос с $3,2 \pm 0,6$ до $4,3 \pm 0,5$ (+34–36%; $p < 0,001$; $\alpha = 0,89$).

Корректность терапии: доля правильного выбора комплексной тактики увеличилась с 58% до 76% (+31%; $p < 0,01$).

Процессуальные показатели: время до достижения командного консенсуса сократилось на 22%; общий балл мини-ОСКЭ повысился с 3,1 до 4,2 по 5-балльной шкале.

Обратная связь: $\geq 80\%$ участников отметили улучшение понимания ролей специалистов и последовательности маршрутизации пациента.

Выводы. Симуляционные технологии эффективно формируют междисциплинарный подход у студентов при ведении пациентов с ХРС, повышая качество командной коммуникации и корректность комплексной терапии. Рекомендуется масштабирование программы и её включение как обязательного элемента подготовки будущих специалистов.

ЭХИНОКОККОВАЯ БОЛЕЗНЬ В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Бутабоев Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Эхинококкоз остаётся одной из наиболее распространённых паразитарных болезней, характеризующейся хроническим течением, высокой частотой осложнений и инвалидизацией пациентов. В последние годы особое внимание уделяется проблеме коморбидности, поскольку сочетание эхинококковой болезни с другими соматическими и инфекционными патологиями существенно утяжеляет её течение, усложняет диагностику и снижает эффективность лечения.

Коморбидные состояния (сахарный диабет, артериальная гипертензия, хронические заболевания печени и лёгких, ожирение, иммунодефицитные состояния) оказывают влияние на иммунологический статус пациента, способствуют прогрессированию эхинококкоза и повышают риск послеоперационных осложнений.

Учитывая, что эхинококковая болезнь наиболее распространена в эндемичных регионах среди населения с высоким уровнем профессионального и бытового риска заражения, изучение её в контексте коморбидности приобретает особое значение. Это позволит оптимизировать профилактические мероприятия, улучшить раннюю диагностику и повысить эффективность комплексного лечения.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения эхинококковой болезни в условиях коморбидности и разработать профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости и осложнений среди населения Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. В период с 2000 по 2024 гг. проанализированы данные 919 пациентов с различными локализациями эхинококкоза (органы грудной клетки и брюшной полости), а также 189 лиц из групп риска. Исследование проводилось в лечебно-профилактических учреждениях и хирургических отделениях трёх регионов Ферганской долины (Андижанская, Наманганская и Ферганская области).

Возрастной анализ показал, что наибольшая доля случаев приходится на лиц 18–44 лет (53,4%). В возрасте 45–59 лет выявлено 20,2% случаев, у пациентов старше 60 лет - 7,3%. Женщины составили 50,8%, мужчины - 49,2%.

Результаты. Клиническая картина носила неспецифический характер. У большинства пациентов отмечались слабость и недомогание (около 90%), приводившие к снижению работоспособности (до 73,3%). Часто выявлялись головные боли (до 38,6%), болевой синдром (до 62,8%), чувство тяжести в животе и правом подреберье (до 72,0%). Повышение температуры регистрировалось у 15–16% больных, что позволяло заподозрить нагноение кисты. Желтуха отмечалась у 2,5–3,2% пациентов.

Симптоматика зависела от локализации. При поражении диафрагмальной поверхности печени жалобы на боль в грудной клетке и кашель встречались у 8–11% больных.

Сопутствующая патология утяжеляла течение заболевания и осложняла выбор лечебной тактики. Хроническая анемия выявлена у 14,5% больных, сахарный диабет - у 3,5%. У 4,6% пациентов зарегистрированы сочетанные хирургические заболевания, требовавшие симультанных вмешательств (наиболее часто - холецистэктомия). У 16,7% больных определялся высокий риск тромбоэмболических осложнений.

В терапии применялись антибактериальные препараты (метронидазол, цефтриаксон), спазмолитики, антимикотические и метаболические средства, а также иммунокоррекция. Для профилактики тромбоэмболий использовались антикоагулянты (гепарин, эноксапарин натрий), антиагреганты и эластическая компрессия. Проводилась коррекция электролитного баланса, парентеральное питание и антибиотикопрофилактика гнойно-септических осложнений.

При противопоказаниях к операции и размере кисты 2,3–5 см назначалась антипаразитарная терапия альбендазолом в дозе 10 мг/кг в сутки курсами по 28 дней с интервалом 15 дней.

Заключение. Эхинококковая болезнь в условиях коморбидности сопровождается выраженными клиническими нарушениями, снижением трудоспособности и высоким риском осложнений. Сочетанная патология усугубляет течение заболевания и требует мультидисциплинарного подхода. Разработка и внедрение комплексных профилактических мероприятий позволит снизить уровень инвалидизации и смертности, а также повысить качество жизни пациентов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУППАХ РИСКА

*Бутабоев Ж.М., Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан, Республика Узбекистан*

Актуальность. Эхинококкоз остаётся одной из наиболее значимых паразитарных болезней человека и животных, представляя собой не только медицинскую, но и серьёзную социально-экономическую проблему. В эндемичных регионах, к которым относится и территория Узбекистана, заболевание характеризуется высокой заболеваемостью и нередко приводит к инвалидизации пациентов вследствие поражения жизненно важных органов.

Особое внимание заслуживает связь эхинококкоза с профессиональной деятельностью. Лица, работающие в сфере животноводства, переработки мясной продукции,

а также ветеринарные специалисты и пастухи, относятся к группам повышенного риска заражения. Указанные профессии предполагают постоянный контакт с источниками инвазии - сельскохозяйственными животными и собаками, что существенно увеличивает вероятность инфицирования.

Изучение распространённости эхинококкоза в профессиональных группах имеет важное значение для разработки эффективных профилактических мер, ранней диагностики и снижения заболеваемости среди населения. Анализ профессиональной обусловленности заболевания позволяет выработать целевые стратегии санитарно-просветительной работы и эпидемиологического надзора, что делает данное исследование актуальным и практически значимым.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические характеристики эхинококкоза и выявить значение гигиенических условий труда и быта в формировании заболеваемости среди представителей различных профессий

Материалы и методы исследования. Проведен анализ заболеваемости эхинококкозом у 438 пациентов (2021–2023 гг.) в районах Андижанской области (Асака, Шахрихан, Пахтабад, Кургонтепа, Жалолкудук), различавшихся по климатическим условиям и сельскохозяйственной направленности. Дополнительно исследованы 88 пациентов из групп профессионального риска.

Обследованные распределены на три подгруппы:

А (n=231, 52,7%) - пациенты, у которых применяли алгоритм комплексных лечебно-профилактических мероприятий с учётом диеты и санитарно-просветительной работы;

Б (n=88, 20,1%) - лица из групп риска (скотоводы, пастухи, мясники, кожевники, доярки), у которых оценивалась эффективность санитарно-гигиенических мероприятий, диеты и иммунологической коррекции;

В (n=119, 27,2%) - оперированные больные, которым применялись усовершенствованные методы лечения в сочетании с индивидуализированными профилактическими мероприятиями.

Анализ включал: уровень и структуру заболеваемости, многолетнюю динамику, эпидемиологические особенности в возрастных и профессиональных группах, а также оценку питания и условий быта.

Результаты. Наиболее поражённой территорией оказался Асакинский район (8,37–12,09 на 100 тыс.), что значительно превышало среднегодовой показатель по области (2,5 на 100 тыс.). Второе место занял Шахриханский район (4,65–8,36 на 100 тыс.), далее следовали Кургонтепа и Жалолкудук.

Во всех подгруппах преобладали жители сельской местности (57,6–59,6%). Отмечен рост заболеваемости и среди городского населения на фоне миграции и ухудшения эпидемиологической ситуации.

По полу выявлено незначительное преобладание женщин (соотношение 3:2).

В подгруппе А наиболее уязвимыми оказались ремесленники (35,5%), фермеры (14,3%) и студенты (12,5%).

В подгруппе Б среди групп риска ведущими профессиями были пастухи (27,3%), мясники (22,8%) и скотоводы (19,3%).

В подгруппе В (оперированные) также преобладали профессии с прямым контактом с животными (пастухи - 11,0%, доярки - 11,0%, кожевники - 9,2%).

Анализ питания показал несбалансированность рациона и несоблюдение правил гигиены. Большинство больных употребляли овощи и фрукты без достаточной санитарной обработки. До 67,4% респондентов использовали воду без кипячения.

Медицинская активность населения была крайне низкой: 40,6% никогда не проходили профилактические УЗИ, 44,6% - флюорографию, 98,7% не имели иммунологических исследований на эхинококк.

Осведомленность о болезни оказалась недостаточной: 84,1% пациентов не знали о причинах заражения, 91,5% - о методах профилактики, 96,6% — об иммунологической диагностике.

Выводы.

1. Эхинококкоз в Андижанской области сохраняет выраженную эндемичность, особенно в сельских районах, где показатели в 3–5 раз превышают среднеобластные.

2. Наибольшему риску подвержены профессии, связанные с животноводством и переработкой животной продукции (пастухи, мясники, кожевники, доярки).

3. Существенное влияние на распространённость заболевания оказывают несоблюдение гигиены питания, использование некачественной воды и низкий уровень санитарной грамотности.

4. Низкая профилактическая активность (отсутствие регулярных обследований) приводит к позднему выявлению болезни, когда кисты достигают больших размеров.

5. Эффективная профилактика эхинококкоза требует комплексного подхода: санитарно-просветительной работы среди групп риска, улучшения качества медицинских осмотров и коррекции гигиенических привычек населения.

ЭХИНОКОККОЗ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ: ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ

*Бутабоев Ж.М., Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Отакузиев А.З.
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эхинококковая болезнь широко распространена во многих странах мира и в настоящее время в мире поражены более 1 млн человек, с различием в некоторых эндемичных и неэндемичных регионах различается более чем в 200 раз, в связи с рост заболеваемости эхинококкозом и расширения географических границ болезни. При этом, проблема профилактики и хирургического лечения эхинококковой болезни (ЭБ) остается актуальной как по частоте развития осложнений, так и по результатам комплексного лечения в ближайшего и отдаленного периода.

Материалы и методы. Проанализированы 20-летние изменения, региональные особенности в зависимости от социальных факторов, частота, гигиенические особенности и распространенность ЭБ у пациентов, выявленных среди населения трех областей Ферганской долины. Подобное проспективное аналитическое эпидемиологическое исследование для сравнения полученных результатов практически не встречалось в современных условиях и масштабах Узбекистана. Некоторые из них носят преимущественно клинический характер, методика совершенно иная, а период исследования был кратковременным.

Впервые проведено и проанализировано 20-летнее эпидемиологическое описание развития ЭБ среди населения, современная и региональная трактовка в зависимости от возраста и пола. В этом направлении определены эпидемиологические научные основы первичной и вторичной профилактики ЭБ и его видов в условиях Андижана, Ферганы и Намангана.

Результаты и обсуждения. Распространенность ЭБ в Андижанской области рассмотрено на примере пяти районов с высоким уровнем заболеваемости.. Наиболее поражённой территорией оказался Асакинский район (1-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 11,8%), далее Шахриханский район (2-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 7,9%), затем Кургонтепинский район (3-я зона с высоким уровнем заболеваемости- 6,8%) и Жалолкудукские и Баликчинские районы (4-я и 5-я зоны с высоким

уровнем заболеваемости - 6,5% и 6,2%). При анализе многолетней динамики заболеваемости людей эхинококкозом за 20-летний период (2000-2024 годы) отмечается прирост заболеваемости, при этом самые высокие показатели регистрировались в 2011, 2012, 2013, 2015, 2017, 2018 годах.

Наиболее поражённой территорией оказался Асакинский район (1-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 11,8%), далее Шахриханский район (2-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 7,9%), затем Кургонтепинский район (3-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 6,8%) и Жалолкудукские и Баликчинские районы (4-я и 5-я зоны с высоким уровнем заболеваемости - 6,5% и 6,2%).

Распространённостью у мужчин - 382 (19,8%), у женщин – 371 (19,3%). Этот показатель был на 13,5% выше, чем у европейского населения.

В Наманганской области, при анализе многолетней динамики заболеваемости людей эхинококкозом за 20-летний период (2000-2024 годы) самые высокие показатели регистрировались в 2002, 2003, 2007, 2015, 2008, 2012, 2013 годах.

Наиболее поражённой территорией оказался Туракурганский район (1-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 10,3%), далее Чустский район (2-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 8,8%), затем Наманганский район (3-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 4,6%) и Мингбулакские и Давлатабадские районы (4-я и 5-я зоны с высоким уровнем заболеваемости – 4,2% и 3,6%) от общего числа больных ЭБ (3290).

Таким образом, по результатам исследования выделена, изучена и оценена популяция ЭБ в условиях Наманганской области.

Распространённостью у мужчин - 539 (16,4%), у женщин составило – 494 (15,1%). Этот показатель был на 10,2% выше, чем у европейского населения.

В Ферганской области, при анализе многолетней динамики заболеваемости людей эхинококкозом за 20-летний период (2000-2024 годы) самые высокие показатели регистрировались в 2022, 2019, 2017, 2015, 2013, 2008, 2007, 2006, 2003, 2001, 2000 годах.

Распространённость ЭБ в Ферганской области рассмотрено на примере пяти районов с высоким уровнем заболеваемости. Наиболее поражённой территорией оказался город Фергана (1-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 7,1%), далее Бешарыкский район (2-я зона с высоким уровнем заболеваемости – 5,4%), затем район Учкуприк (3-я зона с высоким уровнем заболеваемости - 4,9%) и город Коканд и Кувинские районы (4-я и 5-я зоны с высоким уровнем заболеваемости – 4,7% и 4,0%) от общего числа больных ЭБ (6666).

При этом, при распределении по полу, мужчины составили 5230 (78,5%), а лица женского пола 1436 (21,5%).

При анализе распространённости 1-ой зоной с высоким уровнем заболеваемости в Ферганской области, оказалось город Фергана (7,1%).

Распространённостью у мужчин - 1416 (21,2%), у женщин составило – 366 (5,5%). Этот показатель был на 12,2% выше, чем у европейского населения, на 1,4% от Андижанской области, на 4,8 от Наманганской области.

Выводы. Расхождение представленных результатов свидетельствуют о неполноте данных, предоставляемых медицинскими организациями хирургического профиля в органы государственного статистического наблюдения. Недостаточная полнота официальных данных объясняется нерегулярной и неполной подачей врачами карт экстренного извещения при постановке диагноза «эхинококкоз» в медицинских организациях хирургического профиля.

Эта информация важна для определения программ профилактики и их улучшения с помощью прогнозирования. Учитывая климатические, экологические и медицинские условия долины, особые эпидемиологические особенности населения в отношении ЭБ, эти результаты служат основой для создания алгоритмов лечения и профилактики этого заболевания.

ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Насриддинов Шохрух Баходирович

Кафедра хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Длительное течение язвенного колита сопровождается хроническим воспалением слизистой оболочки толстой кишки, что создаёт условия для развития эпителиальной дисплазии и последующего колоректального рака.

По данным многочисленных исследований, риск малигнизации возрастает при продолжительности заболевания более 8–10 лет. Однако ранняя диагностика диспластических изменений возможна только при регулярном эндоскопическом контроле с прицельной биопсией. На практике частота эндоскопического мониторинга нередко бывает недостаточной, что приводит к позднему выявлению предраковых состояний.

Совершенствование стратегии наблюдения, основанной на оптимальной частоте эндоскопических исследований, позволяет своевременно диагностировать начальные морфологические изменения, корректировать лечение и предупреждать развитие колоректального рака.

Таким образом, изучение влияния частоты эндоскопического мониторинга на раннее выявление дисплазии имеет важное клиническое и профилактическое значение.

Цель исследования. Цель исследования заключалась в определении оптимальной частоты эндоскопического наблюдения для своевременного выявления диспластических изменений слизистой оболочки при длительном течении язвенного колита.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 82 пациента с длительностью заболевания от 5 до 20 лет. Все больные были разделены на три группы: первую составили пациенты, проходившие эндоскопическое обследование ежегодно ($n=26$); вторую — каждые два года ($n=28$); третью — нерегулярно, реже одного раза в три года ($n=28$). Эндоскопия выполнялась с использованием хромоэндоскопии и увеличительной оптики для визуализации подозрительных участков. Прицельная биопсия проводилась из всех сегментов толстой кишки, включая зоны рубцовых изменений. Гистологическая оценка проводилась по классификации ВОЗ (2019) с выделением низкой и высокой степени дисплазии. Дополнительно оценивались клинические показатели активности заболевания и длительность ремиссии.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что частота выявления диспластических изменений напрямую зависела от регулярности эндоскопического мониторинга. В группе ежегодного обследования дисплазия низкой степени была выявлена у 19,2% пациентов, высокой степени — у 3,8%. Во второй группе эти показатели составили соответственно 32,1% и 10,7%, тогда как в третьей — 46,4% и 17,8% ($p<0,05$). При этом у больных, проходивших регулярное наблюдение, диспластические изменения диагностировались на более ранней стадии, преимущественно в виде очаговой низкостепенной эпителиальной трансформации. Своевременная коррекция терапии и локальное эндоскопическое удаление диспластических участков позволили предотвратить развитие инвазивного рака у всех пациентов первой группы в течение пятилетнего

наблюдения. В нерегулярно обследуемых больных частота перехода дисплазии в карциному in situ составила 10,7%.

Вывод. Таким образом, проведённое исследование подтвердило, что регулярный эндоскопический мониторинг не реже одного раза в год является ключевым фактором раннего выявления диспластических изменений при длительном течении язвенного колита.

Повышенная частота обследований позволяет диагностировать начальные морфологические изменения до развития злокачественной трансформации, своевременно корректировать лечение и значительно снижать риск колоректального рака.

Рекомендуется включить ежегодную эндоскопию с прицельной биопсией в стандарты диспансерного наблюдения больных с язвенным колитом длительностью более 8 лет.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ОСНОВЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЗА ЗАЖИВЛЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ

Насриддинов Шохрух Баходирович

Кафедра хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Язвенный колит остаётся одной из наиболее сложных и социально значимых проблем современной гастроэнтерологии. Несмотря на развитие фармакотерапии, у значительной части пациентов сохраняются эндоскопические признаки воспаления даже при клинической ремиссии, что повышает риск рецидивов и колоректального рака.

Традиционные подходы, ориентированные только на клинические проявления, нередко оказываются недостаточными для полной оценки эффективности лечения. В последние годы особое внимание уделяется морфологическому контролю за заживлением слизистой, который позволяет более точно определить степень восстановления эпителия, глубину воспалительных изменений и остаточную активность процесса.

Оптимизация эндоскопических методов на основе морфологических данных обеспечивает возможность индивидуализации терапии, повышения длительности ремиссии и улучшения качества жизни больных. Такой подход способствует раннему выявлению неполного заживления и своевременной коррекции терапии, что имеет важное значение для профилактики осложнений и повышения эффективности лечения язвенного колита.

Цель исследования. Цель исследования заключалась в повышении эффективности эндоскопического лечения язвенного колита путём внедрения морфологического контроля за процессом заживления слизистой оболочки толстой кишки.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 72 пациента с диагностированным язвенным колитом, находившиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении. У всех больных проводилась стандартная медикаментозная терапия, включавшая аminosалицилаты и, при необходимости, кортикостероиды. Для эндоскопической оценки использовалась система Mayo Score. Морфологическое исследование биоптатов выполнялось при первичном осмотре, на 6-й и 12-й неделе терапии.

Для анализа использовались гистологические критерии Geboes. Оценивались показатели воспалительной инфильтрации, наличие эрозий, эпителиальной регенерации и ангиогенеза. Статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у пациентов, у которых эндоскопическая ремиссия сопровождалась морфологическим заживлением слизистой, частота клинических рецидивов в течение последующих 6 месяцев составила 8,3%, тогда как при неполном заживлении – 41,7% ($p < 0,05$). Морфологическое восстановление характеризовалось исчезновением нейтрофильной инфильтрации, восстановлением крипт и нормализацией сосудистого рисунка. В группе, где лечение

корректировалось по данным морфологического контроля, отмечено более выраженное снижение активности заболевания (индекс Mayo снизился в среднем с 7,8 до 2,1 балла).

Вывод. Таким образом, морфологическая оценка позволила своевременно выявлять остаточную активность воспаления и продлевать терапию до полного восстановления слизистой, что предотвращало ранние рецидивы.

Проведённое исследование подтвердило, что использование морфологического контроля при эндоскопическом лечении язвенного колита значительно повышает качество оценки заживления слизистой и эффективность терапии. Такой подход способствует снижению частоты рецидивов, продлению ремиссии и формированию персонализированной стратегии ведения больных язвенным колитом.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ SLEEVE-РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

*Расулов М.Т., Ботиров А.К., Сотиболдиев А.А.,
Ибрагимов У.Я., Ботиров Ж.А.
Андижанский Государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан*

Актуальность проблемы. Лапароскопическая продольная резекция желудка (ПРЖ) – сравнительно новая рестриктивная бариатрическая операция, популярность которой увеличивается с каждым годом. Однако, многие вопросы, связанные с показаниями к этой операции, с ее осложнениями и результатами требуют детального рассмотрения. Практически все исследователи единодушны в том, что распространенность ожирения в современном мире носит характер эпидемического процесса [Kai T.Y., 2019; Santo M.A., 2016].

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения при ожирении, в т.ч. морбидном ожирении, путем оптимизации хирургической тактики.

Материал и методы. Предметом настоящего исследования явились 109 больных с морбидным ожирением, оперированных в плановом порядке, за период с 2019 по 2024 гг., которые в зависимости от выбранной тактики и оперативного вмешательства разделены на 2 группы.

- группа сравнения: 62 (56,8%) больных оперированных за период с 2019 по 2021 годы по принятым стандартам ведения и существующими способами, которые подлежали ретроспективному анализу.

- основная группа: 47 (43,2%) больных оперированных за период с 2022 по 2024 годы, которым применены усовершенствованные методики и технические приемы операций и оптимизированная хирургическая тактика.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Анализ отдаленных результатов является одним из решающих критериев в оценке того или иного метода оперативного вмешательства. Сроки наблюдения за больными составили от 6 месяцев до 3 лет. Всем пациентам были даны диетические рекомендации, определён необходимый рацион и нутритивная поддержка.

При оценке отдалённых результатов больные подразделены на 4 основные группы: отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. По полученным нами данным в сроки до 3 лет, в группе сравнения из 62 пациентов - у 28 (45,1%) получены отличные результаты, у 15 (24,1%) хорошие результаты, у 11 (17,8%) удовлетворительные, а у 8 (13,0%) пациентов результат операции признан неудовлетворительным, хотя в дальнейшем после повторной операции необходимый эффект был достигнут.

В основной группе в сроки до 3 лет из 47 пациентов – у 38 (80,9%) получены отличные результаты, у 7 (14,9%) получены хорошие результаты после операции, у 2 (4,2%) удовлетворительные, а неудовлетворительный результат в виде повторного набора веса не наблюдали.

Отличные результаты получены у 28 (45,1%) больных группы сравнения и у 38 (80,9%) основной группы характеризующимися стабильным снижением ИМТ и избыточной массы тела до нормы; пациент практически здоров; диету не соблюдает; выполняет прежнюю работу.

Хорошие результаты наблюдались у 15 (24,1%) пациентов групп сравнения и у 7 (14,9%) основной группы пациентов. Отмечается снижение ИМТ и избыточной массы тела до нормы, масса тела стабильна в течении 3 лет, однако испытывает кратковременное чувство тяжести в эпигастральной области и подложечной области; при объективном обследовании существенных изменений не обнаруживается; пациент практически здоров, трудоспособность полностью восстановлена.

Удовлетворительные результаты получены у 11 (17,8%) группы сравнения и у 2 (4,2%) основной группы пациентов, соответственно: жалобы на чувство изжоги и тошноту, снижение трудоспособности. Пациент отмечает снижение только ИМТ, масса тела стабильна или имеет тенденцию к повышению. Нуждается в периодическом санаторно-курортном лечении и амбулаторных обследованиях; соблюдает диету в периоды жалоб; он может выполнять прежнюю работу с ограничениями, предусмотренным ВТЭК.

Неудовлетворительный результат отмечен у 8 (13,0%) группы сравнения. Когда при обследовании отмечали клиническая картина набора веса, больной не удовлетворен результатом операции. Эти пациенты нуждались в хирургическом лечении в специализированных отделениях, были признаны инвалидами II и III группы. При неудовлетворительных отдаленных результатах решался вопрос о повторной операции.

Заключение. Таким образом, подводя итог проделанной работе хотим отметить, что на сегодняшний день лапароскопическая продольная резекция (рукавная) желудка «золотым стандартом» по праву является операцией выбора при морбидном ожирении. Проведенным научно-практическим исследованием определена роль и место модифицированной ПРЖ, отличающаяся высокой клинической эффективностью.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ

*Сайиджанова Ферузахон Латифжонова
кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Перфоративная язва желудка остаётся одним из наиболее тяжёлых осложнений язвенной болезни, требующим экстренного хирургического вмешательства. Несмотря на успехи современной хирургии и медикаментозной терапии, частота перфораций и послеоперационных осложнений остаётся высокой. Изучение морфологических изменений в зоне перфорации позволяет глубже понять патогенез процесса и оптимизировать хирургическую тактику.

Цель исследования. Изучить морфологические особенности стенки желудка при перфоративной язве для выявления закономерностей тканевой деструкции и воспалительной реакции.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили операционные и секционные образцы стенки желудка у пациентов с перфоративной язвой. Проведено гистологическое исследование с окраской гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону. Изучались структурные изменения слизистой, подслизистой и мышечной оболочек, характер воспалительной инфильтрации и наличие микротромбозов.

Результаты исследования. Во всех образцах отмечалось разрушение слизистой оболочки с формированием некротического дефекта, пропитанного фибрином и детритом. Подслизистая и мышечная оболочки подвергались коагуляционному некрозу, наблюдались выраженные сосудистые расстройства — полнокровие, стаз, тромбоз мелких сосудов. В краевой зоне дефекта выявлялась активная нейтрофильная инфильтрация и признаки начальной грануляционной реакции, свидетельствующие о попытках репарации.

Выводы:

1. Перфоративная язва сопровождается глубокими деструктивными изменениями стенки желудка, затрагивающими все её слои.
2. Морфологическая картина отражает сочетание некротических, воспалительных и репаративных процессов.
3. Полученные данные подтверждают необходимость раннего хирургического вмешательства и последующего морфологического контроля для оценки полноты санации и заживления язвенного дефекта.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Сайиджанова Ферузахон Латифжонова
кафедра патологической анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Острый холецистит является одной из наиболее частых причин экстренных госпитализаций в хирургические отделения. Заболевание сопровождается воспалительно-деструктивными изменениями стенки жёлчного пузыря, что нередко приводит к осложнениям — перфорации, эмпиеме, перитониту. Несмотря на развитие лапароскопической хирургии и антибиотикотерапии, частота осложнённых форм холецистита остаётся высокой. Морфологическое изучение поражённых тканей позволяет уточнить патогенез заболевания и совершенствовать лечебно-диагностическую тактику.

Цель исследования. Изучить морфологические особенности воспалительно-деструктивных изменений стенки жёлчного пузыря при различных формах острого холецистита.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили операционные биоптаты и секционные образцы жёлчного пузыря от пациентов, перенёсших острый катаральный, флегмонозный и гангренозный холецистит. Применялись методы макроскопического и гистологического анализа с окраской гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону. Изучались структурные изменения слизистой, подслизистой и мышечной оболочек, характер сосудистых нарушений и клеточной инфильтрации.

Результаты исследования. При катаральной форме холецистита отмечалось утолщение стенки пузыря, отёк и полнокровие сосудов, умеренная нейтрофильная инфильтрация слизистой оболочки. Флегмонозная форма характеризовалась диффузной инфильтрацией всех слоёв стенки нейтрофилами и макрофагами, наличием микроабсцессов и очаговых некрозов. При гангренозной форме выявлялись участки коагуляционного некроза, деструкция сосудистых стенок, микротромбозы и выраженные признаки тканевой аутолизной деструкции. В периферических зонах наблюдались элементы грануляционной ткани как проявление репаративной реакции.

Выводы:

1. Острый холецистит сопровождается стадийными морфологическими изменениями — от катарального воспаления до гнойно-некротического распада тканей.
2. Выраженность сосудистых нарушений и некроза прямо коррелирует с тяжестью клинического течения заболевания.

3. Морфологическое исследование поражённого жёлчного пузыря имеет важное значение для объективной оценки активности воспалительного процесса и уточнения диагноза.

4. Полученные данные подтверждают необходимость раннего оперативного вмешательства при флегмонозных и гангренозных формах холецистита для предотвращения перитонита и сепсиса.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Насриддинов Шохрух Баходирович

Кафедра хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Язвенный колит характеризуется хроническим воспалительным поражением слизистой оболочки толстой кишки, склонным к рецидивирующему течению и развитию осложнений.

Несмотря на значительный прогресс в медикаментозной терапии, включая внедрение биологических препаратов, у части больных сохраняется остаточная воспалительная активность и риск рецидивов. Это обусловлено формированием устойчивых микробных биоплёнок, нарушением микроциркуляции и неполным восстановлением слизистой.

В связи с этим актуальным становится использование комбинированного подхода, включающего эндоскопическую санацию поражённых участков в сочетании с биологической терапией. Эндоскопическая санация способствует удалению некротических тканей, слизи и биоплёнок, улучшает проникновение лекарственных средств и ускоряет репарацию слизистой.

Комбинированное применение данных методов позволяет достичь более глубокой ремиссии, снизить дозу системных препаратов и уменьшить риск осложнений, что делает данный подход перспективным направлением в комплексной терапии язвенного колита.

Цель исследования. Цель исследования заключалась в оценке клинической эффективности комбинированного применения биологических препаратов и эндоскопической санации слизистой при лечении пациентов с язвенным колитом.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 60 пациентов в возрасте от 22 до 58 лет с диагностированным среднетяжёлым и тяжёлым язвенным колитом. Основная группа (30 человек) получала комбинированное лечение, включающее биологический препарат адалимумаб по стандартной схеме и курс эндоскопической санации слизистой с использованием антисептических растворов (0,02% хлоргексидин, 0,1% мирамистин) и мягкого ирригационного воздействия.

Контрольная группа (30 человек) получала только биологическую терапию. Эффективность оценивалась по клиническим критериям (частота стула, выраженность болевого синдрома, наличие крови в кале), эндоскопическому индексу Mayo и уровню фекального кальпротектина. Исследования проводились до начала лечения, через 6 и 12 недель терапии.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что у пациентов основной группы клиническое улучшение наблюдалось уже к 4-й неделе терапии у 76,6% больных, тогда как в контрольной группе — у 53,3% ($p < 0,05$). Через 12 недель частота достижения клинико-эндоскопической ремиссии составила 83,3% против 60% в контрольной. Эндоскопическая санация способствовала ускоренному очищению слизистой от гнойно-некротических наложений, улучшению трофики тканей и снижению выраженности воспалительного отёка. Среднее значение индекса Mayo снизилось с $8,1 \pm 0,7$ до $2,0 \pm 0,4$ в основной группе и с $8,3 \pm 0,8$ до $3,6 \pm 0,6$ — в контрольной. Также зафиксировано

достоверное снижение уровня фекального кальпротектина (в среднем с 720 до 180 мкг/г) и повышение гемоглобина. Побочные эффекты биологической терапии в группе комбинированного лечения отмечались реже, что связано с возможностью снижения кумулятивной дозы препарата при сохранении клинического эффекта.

Вывод. Таким образом, комбинированное применение биологических препаратов и эндоскопической санации при язвенном колите обеспечивает более выраженный противовоспалительный и репаративный эффект по сравнению с монотерапией.

Данный подход позволяет ускорить заживление слизистой, сократить сроки ремиссии, повысить эффективность биологических препаратов и улучшить качество жизни пациентов.

Рекомендуется включать эндоскопическую санацию в комплексную терапию язвенного колита для достижения более стойких клинико-морфологических результатов и профилактики рецидивов заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР ЛОКТЕВОГО И ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Кетмонов А.Г., Отакузиев А.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Послеожоговые рубцовые контрактуры (ПОРК) суставов остаются одной из наиболее сложных проблем реконструктивной и детской хирургии. Несмотря на накопленный опыт хирургического лечения послеожоговых контрактур, до настоящего времени не выработаны единые стандарты выбора оптимального метода вмешательства в зависимости от возраста пациента, степени выраженности рубцового процесса, состояния окружающих тканей и функциональных резервов суставов. В ряде случаев используемые методики не обеспечивают стойкого восстановления функции, а риск рецидива контрактур и формирования вторичных деформаций остается высоким.

В связи с этим совершенствование хирургической тактики, направленной на индивидуализацию подхода к выбору оперативного метода, оптимизацию объемов реконструкции, использование современных пластических технологий и послеоперационной реабилитации, приобретает особую актуальность.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения детей с послеожоговыми рубцовыми контрактурами плечевого и локтевого сустава путём разработки усовершенствованного способа реконструктивно-пластической операции.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты обследования и лечения 98 детей с послеожоговыми рубцовыми деформациями и контрактурами плечевого и локтевого сустава, за период с 2016 по 2023 гг. в отделении реконструктивной хирургии ММЦ Андижанской области. В соответствии с целями и задачами исследования больные были разделены на 2 группы.

В группу сравнения включено 47 (47,9%) детей, пролеченных по принятым стандартам ведения и существующими способами пластики послеожоговых рубцовых контрактур плечевого и локтевого сустава за период с 2016 по 2019 гг. В основную группу включено 51 (52,1%) детей, пролеченных за 2020 -2023 гг на основе разработанного дифференцированного лечебно-тактического алгоритма и способа пластики с учетом времени, локализации и степени развития контрактуры плечевого и локтевого сустава.

При послеожоговых рубцовых контрактурах плечевого и локтевого сустава, в сравниваемых группах преобладали мальчики по сравнению с девочками, что свидетельствует о плохом контроле родителей за детьми, и любознательности мальчиков. В группе сравнения мальчики составили 29 (61,7%), а девочки – 18 (38,3%), в основной группе – 34 (66,7%) и 17 (33,3%), соответственно. Основной контингент пациентов составили дети в младшем школьном и подростковом возрасте – 69 (70,4%), что соответствует активному учебному процессу и определяет чрезвычайную актуальность данной проблемы.

Наибольшее количество пациентов с послеожоговыми рубцовыми контрактурами (ПОРК) плечевого и локтевого сустава для реконструктивных операций поступили в от 1 года и в течении 3 лет после получения ожога – 47 (47,9%). Вызывает тревогу и недоумение случаи, когда пациенты для реконструктивных операций обращались после 7-10 лет: в группе сравнения – 8 (17,1%), в основной группе – 6 (11,8%) пациентов.

Большую часть составили краевые односторонние и срединные контрактуры – 31 (31,6%) и 32 (32,6%) пациентов. Краевые двусторонние и тотальные рубцовые контрактуры встречались значительно реже – 20 (20,5%) и 15 (15,3%) случаев. Большинство пациентов были с двусторонними контрактурами и все пациенты с тотальными контрактурами имели III степень ограничения отведения плечевого и локтевого суставов. В общей сложности в обеих группах было 33 (33,7%) случая с I степенью ограничения отведения плечевого и локтевого сустава, со II степенью – 43 (43,8%) и с III степенью – 22 (22,5%) детей.

Комплекс предоперационного обследования включал: клинико-анамнестическую оценку, физикальное и локальное обследование; лабораторные (ОАК, биохимия, коагулограмма, инфекции) и инструментальные исследования (рентгенография, УЗИ, при необходимости МРТ/КТ); консультации смежных специалистов (педиатр, анестезиолог, ортопед, невролог).

При определении хирургической тактики и выборе метода повторного оперативного лечения подходы к диагностике и лечению до 2019 года системного характера не имели.

В группе сравнения чаще одновременное устранение рубцовой контрактуры плечевого и локтевого суставов выполнено в 35 (74,5) случаев, из них в 2 (4,2%) случаях за одно оперативное вмешательство устраняли контрактуры обоих плечевых суставов, в 9 (19,1%) случаях при поражении обоих плечевых суставов и одного локтевого сустава операции проводились поэтапно. В 3 (6,4%) случаях потребовались несколько этапов операций. Учитывая частоту поражения двух плечевых суставов и контрактуры разной степени, у 47 пациентов группы сравнения выполнено 59 оперативных вмешательств, для устранения послеожоговых рубцовых контрактур плечевого и локтевого суставов.

В группе сравнения были применены следующие способы устранения рубцовых стяжений: Z-пластику у 19 (40,4%), пластика кожно-жировым лоскутом у 5 (10,6%), свободная пересадка кожи у 16 (34,1%), комбинированная пластика полнослойным трансплантатом и разработанным способом «двугорбовой» пластики у 7 (14,9%) пациентов.

В основной группе, по поводу ПОРК плечевого и локтевого сустава в зависимости от степени контрактуры наиболее часто была применена пластика «Двугорбовым» кожно-жировым лоскутом у 21 (41,2%) детей. Из них в 2 (4,0%) случаях с I степенью, в 17 (33,3%) II степенью и в 2 (4,0%) с III степенью контрактуры сустава. Тем не менее, в основной группе применялись также «Полнослойная кожная» пластика у 17 (33,3%) детей. Из них у 10 (19,6%) с I степенью, у 6 (11,8%) со II степенью, в 1 (1,9%) случае с III степенью контрактуры. В случае острого дефицита неповрежденных тканей рубцовые контрактуры устраняли с помощью комбинированной пластики - 13 (25,5%), когда раны по краям "двугорбого" лоскута, закрывали полнослойной кожей. Комбинированная пластика применялась в основном у детей с III степенью контрактуры у 9 (17,6%) детей.

Результаты исследования. В группе сравнения в некоторых случаях стремление к обязательному малому травматизму у детей привело к развитию рецидивов рубцовых контрактур и неудовлетворительным результатам в 8 (17,1%) случаях.

Послеоперационные осложнения гнойно-септического характера связанные со способом пластики встречались с одинаковой частотой при всех способах у 13 (37,6%) детей. После первого этапа оперативного вмешательства ПОРК плечевого и локтевого сустава полностью устранена в 74,5% случаев, а остальным 12 (25,5%) детям понадобились две и трехэтапные операции.

В основной группе в 48 (94,2%) случаях послеоперационный период протекал гладко. Только лишь у 3 (5,8%) больных отмечались осложнения в виде инфильтрата раны в 1 (1,9%) случае, гематомы в 1 (1,9%) при комбинированной пластике и в 1 (1,9%) случае при

полнослойной кожной пластике. В основной группе в связи с оптимизацией технических приемов операции и тактики ведения до и после операции ПОРК устранены одним этапом у 41 (80,4%) детей. Два этапа понадобилось 10 (19,6%) ребенку и ни в одном случае не проводились многоэтапные вмешательства.

Выводы. Применение разработанного усовершенствованного способа реконструктивно-пластических операций у детей с послеожоговыми рубцовыми контрактурами плечевого и локтевого суставов позволило повысить эффективность хирургического лечения: увеличить частоту одноэтапного устранения контрактур (80,4% против 74,5%), снизить количество осложнений (5,8% против 17,1%) и значительно уменьшить риск рецидива, обеспечив лучшие функциональные и эстетические результаты.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Зейналов Н.Д., Азадова З.Н., Бехбудов В.В.

Научный Центр Хирургии имени академика М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан

Актуальность темы: В литературе имеются данные об эффективности лазерной геморроидопластики при геморрое II и III стадии. Центры, практикующиеся в области лазерной геморроидопластики, считают, что в будущем данная операция может стать методом выбора при лечении геморроя.

Цель исследования: В данном исследовании мы делимся нашим опытом лазерной геморроидопластики при геморроидальных заболеваниях Мини-лазером Leonardo 1470 нм-12 Вт немецкой компании Biolitec. Целью исследования явилось применение лазерной технологии при лечении II, III и IV стадии геморроидальной болезни и сравнить результаты лечения с классическим методом.

Материалы и метода: В исследовании приняли участие 120 пациентов: 60 в основной группе и 60 в контрольной. В основной группе при лечении геморроидальных узлов проводилась лазерная геморроидопластика (длина волны 1470 нм, мощность 9 Вт, прерывистый режим, 1 импульс 3 секунды, интервал импульса 0,01 секунды, энергия 80-90 Дж на узел), а в контрольной группе геморроидэктомия проводилась по методу Миллигана-Моргана. Обе группы пациентов были рандомизированы по возрасту и полу. Таким образом, у пациентов, включенных в обе группы, были выявлены II, III и IV стадии геморроидальной болезни, а пациенты были максимально одинаковы по возрасту, полу и другим показателям. В обеих группах преобладали женщины (>70%).

Результаты исследования: Основными показателями, сравниваемыми между группами, были интраоперационные осложнения, продолжительность пребывания пациентов в стационаре, интенсивность боли после операции, потребность в обезболивающих препаратах, активизация пациентов и возвращение к нормальной работе, послеоперационные осложнения и качество жизни. Продолжительность операции была статистически значимо короче в группе лазерной терапии ($p < 0,01$). Также средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 20 часов в основной группе, 84 часа в контрольной группе ($p < 0,001$). Интенсивность боли и потребность в обезболивающих препаратах оценивались по специальной шкале, и в основной группе эти показатели были достоверно ниже. Пациенты активизировались и начали питаться в тот же день после операции лазерной геморроидопластики.

Выводы: Таким образом, метод лазерной геморроидопластики можно считать эффективным, малотравматичным методом лечения геморроя II и III стадии, позволяющим значительно улучшить качество жизни пациентов. В центрах с большим опытом лазерной геморроидопластики также может успешно применяться при лечении геморроя IV стадии. Данный метод позволяет сократить сроки пребывания в стационаре после операции,

обеспечить раннюю активизацию, минимизировать болевой синдром, а также значительно снизить морбидность пациентов с другими показаниями.

ПОЛНОСЛОЙНАЯ АУТОДЕРМОПЛАСТИКА СТОПЫ У ДЕТЕЙ

О.И.Жураев, Р.О. Жураева

***Андижанский государственный медицинский институт
Республика Узбекистан***

Актуальность: Дефекты кожи стопы у детей представляют собой сложную клиническую проблему, требующую комплексного подхода к лечению. Эти дефекты могут быть вызваны травмами, ожогами, врождёнными аномалиями или инфекциями. Особенность строения и функции стопы делает крайне важным не только восстановление кожного покрова, но и сохранение её подвижности, что критично для нормального роста, развития и двигательной активности ребёнка. Полнослойная аутодермопластика, как метод пластической реконструктивной хирургии, позволяет добиться высокой степени восстановления как эстетических, так и функциональных параметров кожи. Несмотря на эффективность, применение данной методики у детей изучено недостаточно, что и обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель работы: Оценить эффективность применения полнослойной аутодермопластики в лечении кожных дефектов стопы у детей, изучить особенности проведения операции в педиатрической практике, проанализировать реабилитационный период и выявить возможные осложнения с целью улучшения хирургических и восстановительных подходов.

Материалы и методы: В исследование были включены 18 детей в возрасте от 3 до 12 лет с различными дефектами кожи стопы, нуждающимися в оперативном восстановлении. Всем пациентам была выполнена полнослойная аутодермопластика с использованием кожи из подходящих донорских зон (бедро, ягодичная область). Оценка проводилась по таким критериям, как приживаемость трансплантата, наличие инфекционных осложнений, скорость эпителизации, восстановление двигательной функции, а также косметические результаты. Послеоперационный период включал наблюдение до 3 месяцев, с проведением физиотерапии и контролем общего состояния.

Результаты: У всех пациентов отмечено полное приживание трансплантата, без признаков отторжения. В 15 случаях (83%) достигнуты отличные эстетические результаты с минимальными рубцовыми изменениями. Инфекционные осложнения зафиксированы только в 2 случаях (11%), и были успешно купированы антибиотикотерапией. У большинства детей восстановление подвижности стопы происходило в течение 4–6 недель. У 3 пациентов с более обширными дефектами наблюдался удлинённый реабилитационный период, но без формирования контрактур. Родители и пациенты положительно оценили как внешний вид, так и функциональное восстановление.

Вывод: Полнослойная аутодермопластика является эффективным и безопасным методом восстановления кожных покровов стопы у детей. Метод позволяет достичь хороших функциональных и эстетических результатов, при этом требует квалифицированного подхода и соблюдения всех этапов — от выбора донорской зоны до послеоперационного ухода. Ранняя активизация, комплексная реабилитация и профилактика осложнений позволяют сократить сроки восстановления и повысить качество жизни маленьких

пациентов. Необходимы дальнейшие исследования для стандартизации протоколов лечения и расширения по

СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ПАНКРЕОДУОДЕНЭКТОМИЙ

*Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Зейналов Н.Д., Бехбудов В.В., Азадова З.Н.
Научный Центр Хирургии имени академика М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан*

Актуальность темы: Все еще продолжаются дискуссии о целесообразности лапароскопической панкреатодуоденэктомии (ЛПД). В некоторых исследованиях лапароскопическая панкреатодуоденэктомия (ЛПД) описывалась как альтернатива открытому доступу при аденокарциноме поджелудочной железы.

Цель исследования: Целью данного исследования было сравнение краткосрочных результатов ЛПД и ОПД с целью выявления разницы в длительности пребывания в стационаре, заболеваемости и смертности между лапароскопической и открытой панкреатодуоденальной резекцией.

Материалы и метода: Был проведен проспективный и ретроспективный обзор пациентов, перенесших панкреатодуоденэктомию по поводу периампуллярных опухолей и хронического панкреатита в период с 2010 по 2024 год. Сравнивались демографические данные пациентов и краткосрочные клинические параметры в группах ЛПД (220 пациентов) и ОПД (197 пациентов).

Результаты исследования: Анализировались длительность пребывания в стационаре, интраоперационная кровопотеря, время операции, послеоперационное пребывание в отделении интенсивной терапии, послеоперационные панкреатические свищи ABCD, осложнения в группах лапароскопического и открытого лечения. ЛПД была связана с более короткой длительностью пребывания в стационаре (7 против 14 дней, $p < 0,05$) и сниженной кровопотерей (255 против 350 мл, $p < 0,05$). Не было выявлено существенной разницы в повторных операциях, повторных госпитализациях, удалении лимфатических узлов и резекции R1 между обеими группами. Кровопотеря была значительно меньше в группе лапароскопической панкреатодуоденэктомии ($p < 0,0001$), а продолжительность операции было значительно больше ($p < 0,0001$).

Значимых различий в медиане времени операции не наблюдалось ($p > 0,05$). Общая заболеваемость и частота панкреатических свищей достоверно не различались между двумя группами. Однако средняя продолжительность послеоперационного пребывания в отделении интенсивной терапии была значительно короче в группе ЛПД ($p < 0,05$). Частота послеоперационных панкреатических свищей и других осложнений после операции была ниже в группе ЛПД ($p < 0,05$).

Выводы: ЛПД имел больше преимуществ по сравнению с ОПД. Возможны некоторые преимущества в отношении послеоперационных инфекционных осложнений, пребывания в отделении интенсивной терапии и кровопотери, хотя достоверность этих преимуществ невелика, но, по-видимому, ЛПД не уступает открытой панкреатодуоденальной резекции по показателям смертности, осложнений, частоты панкреатических свищей, замедлении опорожнения желудка и послепанкреатэктомического кровотечения.

ОЖОГИ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

Мадаминова Н.Э. Касимов К.К, Каримова З.Х
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Ожоговые поражения ЛОР-органов у детей занимают особое место в клинической практике, так как они сочетают в себе угрозу для жизни, стойкие функциональные нарушения и высокую вероятность косметических дефектов. Повреждения носа, ротоглотки, гортани, трахеи и уха могут возникать в результате воздействия термических, химических, электрических факторов, а также при медицинских манипуляциях (например, интубации). Особенности детского организма — узкий просвет дыхательных путей, рыхлая подслизистая клетчатка, высокая реактивность слизистой — обуславливают более тяжёлое течение ожоговой болезни по сравнению со взрослыми [1; 2].

Среди клинических проявлений наиболее опасными являются дыхательная недостаточность, острый стеноз гортани и трахеи, рубцовые деформации, хронические нарушения речи и глотания. По данным международных исследований, химические ожоги пищевода и ротоглотки у детей сопровождаются высокой частотой осложнений и требуют длительной реабилитации [3; 9; 10]. Электрические травмы ротовой полости и лица встречаются реже, однако они нередко приводят к глубоким некротическим изменениям тканей и стойким функциональным нарушениям [1].

В последние годы всё большее внимание уделяется вопросам симуляционного обучения как инновационного подхода в медицинском образовании. Симуляционные технологии позволяют воспроизводить редкие и критические клинические ситуации (ожоги дыхательных путей, массивные кровотечения, асфиксия) в условиях, безопасных для ребёнка, и формировать у будущих специалистов устойчивые навыки диагностики и лечения [4; 5; 6]. Ряд исследований показал, что применение виртуальных тренажёров и клинических сценариев существенно повышает уровень подготовки студентов и ординаторов, снижает количество ошибок и ускоряет процесс принятия решений [7; 8].

Таким образом, актуальность изучения ожогов ЛОР-органов у детей обусловлена их высокой распространённостью, тяжестью последствий и недостаточной подготовкой молодых специалистов к ведению таких пациентов. Внедрение симуляционных технологий в образовательный процесс открывает новые возможности для формирования клинического мышления и повышения качества медицинской помощи [3; 5; 11].

Цель и задачи исследования

Цель исследования – определить клинические особенности ожогов ЛОР-органов у детей и обосновать роль симуляционного обучения в подготовке специалистов по диагностике, лечению и реабилитации таких пациентов.

Задачи исследования:

Изучить распространённость и клинические проявления термических, химических, электрических и интубационных ожогов ЛОР-органов у детей.

Оценить основные осложнения и последствия ожоговых повреждений (функциональные нарушения дыхания, глотания, речи, косметические дефекты).

Систематизировать современные методы диагностики и терапии ожогов ЛОР-органов у детей.

Разработать и внедрить симуляционные сценарии, воспроизводящие критические клинические ситуации.

Сравнить эффективность традиционного и симуляционного обучения при подготовке студентов и ординаторов.

Обосновать перспективы применения симуляционных технологий в образовательных программах для педиатров и ЛОР-специалистов.

Материалы и методы

В исследование были включены данные 103 детей в возрасте от 2 до 17 лет, проходивших лечение по поводу ожогов ЛОР-органов (нос, ротоглотка, гортань, трахея, наружное ухо) в специализированных отделениях в период 2019–2024 гг.

Классификация пациентов

- Термические ожоги – 47 случаев (45,6%);
- Химические ожоги – 32 случая (31,1%);
- Электрические ожоги – 12 случаев (11,7%);
- Интубационные повреждения гортани – 12 случаев (11,7%).
- Пациенты были разделены на две возрастные группы:
- младшие дети (2–10 лет) – 56 пациентов (54,4%);
- подростки (11–17 лет) – 47 пациентов (45,6%).

Методы диагностики

Клинический осмотр и эндоскопия: выполнялись фиброларингоскопия, риноскопия и отоскопия с учётом возраста.

Лучевая диагностика: КТ околоносовых пазух, гортани и трахеи проводилась при подозрении на осложнения (стенозы, перфорации, распространение повреждений).

Лабораторные методы: общий анализ крови, исследование газового состава крови у пациентов с дыхательной недостаточностью.

Микробиологические исследования: проводились при наличии гнойных осложнений.

Симуляционное обучение

Для образовательных целей были разработаны и внедрены 15 симуляционных сценариев, отражающих клинические ситуации:

- термический ожог гортани с отёком и дыхательной недостаточностью;
- химический ожог ротоглотки с риском перфорации пищевода;
- электрическая травма ротовой полости с кровотечением;
- интубационный ожог с угрозой стеноза;
- комбинированные ожоги лица и ЛОР-органов.

Использовались:

- высокореалистичные манекены;
- виртуальные симуляторы с имитацией дыхательной недостаточности;
- case-based learning и командные разборы клинических случаев.

Организация исследования

В симуляционных занятиях приняли участие 60 студентов старших курсов и 24 ординатора, разделённых на контрольную и экспериментальную группы.

Контрольная группа обучалась традиционно (лекции, клиническая практика).

Экспериментальная группа дополнительно проходила симуляционные сценарии.

Методы обработки данных

Все данные были проанализированы с использованием программы IBM SPSS Statistics 27.0. Рассчитывались:

- частота осложнений (%),
- средние значения ($M \pm SD$),
- достоверность различий по критерию Стьюдента,
- сравнительная эффективность традиционного и симуляционного обучения.

Результаты исследования

1. Распределение пациентов по видам ожогов

Среди 103 детей наибольшую долю составили пациенты с термическими ожогами (45,6%). Химические ожоги встречались в 31,1% случаев, электрические – в 11,7%, интубационные повреждения – в 11,7%.

Таблица 1.
Распределение пациентов по видам ожогов ЛОР-органов.

Вид ожога	Кол-во случаев (n)	% от общего числа
Термические	47	45,6 %
Химические	32	31,1 %
Электрические	12	11,7 %
Интубационные	12	11,7 %
Итого	103	100 %

2. Клинические проявления и осложнения

У детей младшего возраста чаще отмечались ожоги ротоглотки и гортани с быстрым развитием отёка и дыхательной недостаточности. У подростков преобладали химические ожоги пищевода и комбинированные повреждения.

Таблица 2.

Основные осложнения ожогов ЛОР-органов у детей.

Осложнение	Частота (%)
Отёк гортани и дыхательная недостаточность	42 %
Рубцовые стенозы гортани/трахеи	28 %
Нарушения глотания	24 %
Кровотечения	19 %
Деформации лица и наружного носа	15 %

3. Эффективность симуляционного обучения

Анализ показал, что симуляционное обучение значительно повысило показатели точности диагностики и качества принятия решений у студентов и ординаторов.

Правильность постановки диагноза: 87% (экспериментальная группа) против 61% (контрольная).

Точность выбора лечебной тактики: 82% против 56%.

Среднее время принятия решений сократилось на 12 минут.

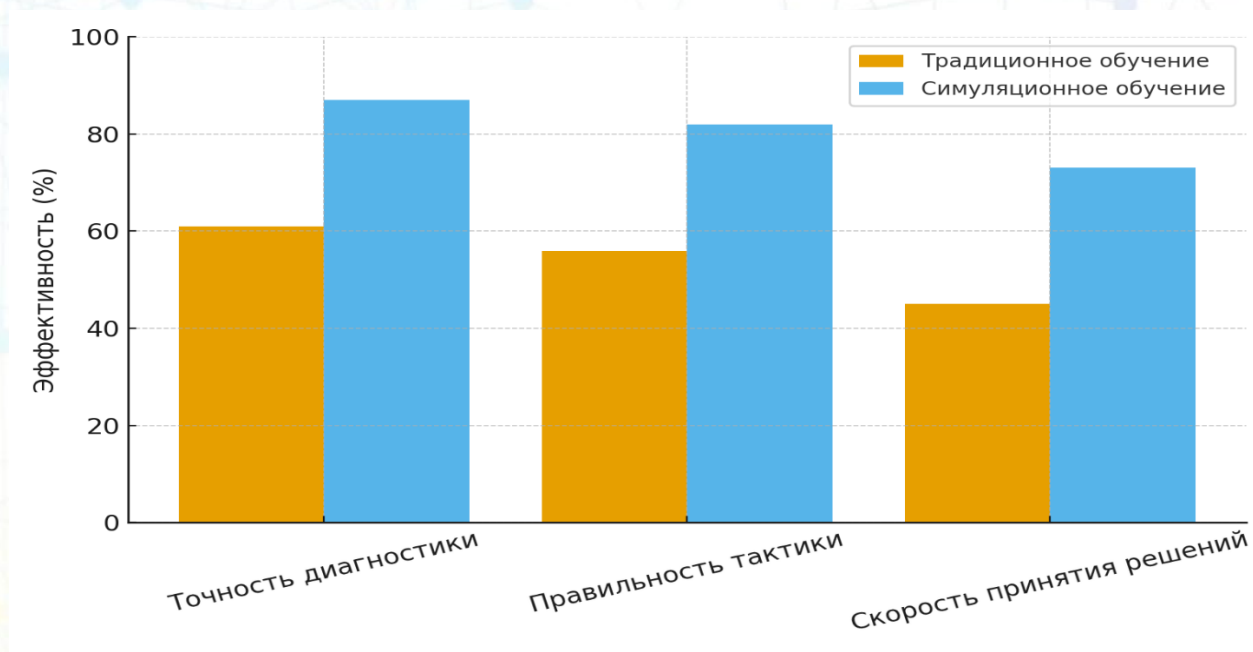


Рис . Эффективность традиционного и симуляционного обучения

(По оси X – показатели: диагностика, тактика, скорость. По оси Y – % эффективности.)

4. Ключевые наблюдения

Симуляция позволила воспроизвести редкие клинические ситуации (перфорация пищевода, острый стеноз гортани, массивное кровотечение).

Обучающиеся, прошедшие симуляционные сценарии, демонстрировали более высокий уровень готовности к оказанию помощи детям с ожогами ЛОР-органов.

Участие мультидисциплинарных команд (ЛОР-врач, педиатр, анестезиолог, психолог) показало высокую эффективность в отработке сценариев реабилитации.

Обсуждение.

Анализ клинического материала показал, что ожоги ЛОР-органов у детей характеризуются выраженными осложнениями и высокой частотой функциональных нарушений. Термические и химические повреждения чаще приводили к развитию дыхательной недостаточности, рубцовых стенозов и нарушений глотания, тогда как электрические и интубационные ожоги чаще сопровождались локальными дефектами и косметическими проблемами. Эти данные согласуются с результатами других исследователей, отмечавших высокий риск рубцевания дыхательных путей и формирования хронических нарушений после ожоговой травмы у детей [1; 2; 9].

Особое значение в нашей работе имело внедрение симуляционного обучения. Полученные результаты показали, что использование симуляционных технологий достоверно повышает качество подготовки студентов и ординаторов: точность постановки диагноза увеличилась на 26%, правильность выбора тактики лечения — на 26%, а скорость принятия решений выросла почти в два раза. Эти показатели подтверждаются данными зарубежных авторов, продемонстрировавших эффективность симуляторов в обучении навыкам диагностики и оказания помощи при редких и критических состояниях [3; 5; 6; 7].

Визуализация данных в виде таблиц и диаграмм показала, что симуляционное обучение обеспечивает формирование более структурированного клинического мышления. Так, по диаграмме (см. Диаграмма 1) видно, что разрыв между традиционным и симуляционным обучением особенно выражен в скорости принятия решений, что критически важно при оказании помощи детям с ожогами дыхательных путей.

Отдельного внимания заслуживает мультидисциплинарный аспект. Симуляционные сценарии, включавшие участие ЛОР-врача, педиатра, анестезиолога и психолога, оказались наиболее эффективными в отработке комплексной помощи. Такой подход полностью соответствует современным мировым стандартам, где симуляция рассматривается не только как метод обучения отдельным манипуляциям, но и как инструмент формирования командных компетенций [4; 8; 11].

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают, что симуляционное обучение восполняет дефицит клинических случаев в педиатрической практике, повышает готовность специалистов к реальным ситуациям и способствует снижению риска ошибок при оказании помощи детям с ожогами ЛОР-органов.

Вывод.

Ожоги ЛОР-органов у детей остаются одной из наиболее тяжёлых и угрожающих жизни патологий, сопровождающихся высокой частотой осложнений — дыхательной недостаточностью, рубцовыми стенозами, нарушениями речи, глотания и косметическими дефектами.

Термические, химические, электрические и интубационные ожоги имеют свои клинические особенности и требуют дифференцированных подходов к диагностике и лечению.

Результаты исследования показали, что использование симуляционного обучения достоверно повышает эффективность подготовки студентов и ординаторов: увеличивается точность диагностики, улучшается правильность выбора лечебной тактики и сокращается время принятия решений.

Симуляционные сценарии позволяют безопасно воспроизводить редкие и критические клинические ситуации, которые редко встречаются в реальной практике, но требуют высокой готовности специалистов.

Внедрение симуляционных технологий в образовательные программы педиатров и ЛОР-врачей является перспективным направлением, способствующим формированию клинического мышления, развитию командных навыков и повышению качества оказания медицинской помощи детям с ожогами ЛОР-органов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ SLEEVE-РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

*Расулов М.Т., Ботиров А.К., Сотиболдиев А.А.,
Ибрагимов У.Я., Ботиров Ж.А.
Андижанский Государственный медицинский институт
г. Андижан, Узбекистан*

Актуальность проблемы. Лапароскопическая продольная резекция желудка (ПРЖ) – сравнительно новая рестриктивная бариатрическая операция, популярность которой увеличивается с каждым годом. Однако, многие вопросы, связанные с показаниями к этой операции, с ее осложнениями и результатами требуют детального рассмотрения. Практически все исследователи единодушны в том, что распространенность ожирения в современном мире носит характер эпидемического процесса [Kai T.Y., 2019; Santo M.A., 2016].

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения при ожирении, в т.ч. морбидном ожирении, путем оптимизации хирургической тактики.

Материал и методы. Предметом настоящего исследования явились 109 больных с морбидным ожирением, оперированных в плановом порядке, за период с 2019 по 2024 гг., которые в зависимости от выбранной тактики и оперативного вмешательства разделены на 2 группы.

- группа сравнения: 62 (56,8%) больных оперированных за период с 2019 по 2021 годы по принятым стандартам ведения и существующими способами, которые подлежали ретроспективному анализу.

- основная группа: 47 (43,2%) больных оперированных за период с 2022 по 2024 годы, которым применены усовершенствованные методики и технические приемы операций и оптимизированная хирургическая тактика.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Анализ отдаленных результатов является одним из решающих критериев в оценке того или иного метода оперативного вмешательства. Сроки наблюдения за больными составили от 6 месяцев до 3 лет. Всем пациентам были даны диетические рекомендации, определён необходимый рацион и нутритивная поддержка.

При оценке отдалённых результатов больные подразделены на 4 основные группы: отличные, хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. По полученным нами данным в сроки до 3 лет, в группе сравнения из 62 пациентов - у 28 (45,1%) получены отличные результаты, у 15 (24,1%) хорошие результаты, у 11 (17,8%) удовлетворительные, а у 8 (13,0%) пациентов результат операции признан неудовлетворительным, хотя в дальнейшем после повторной операции необходимый эффект был достигнут.

В основной группе в сроки до 3 лет из 47 пациентов – у 38 (80,9%) получены отличные результаты, у 7 (14,9%) получены хорошие результаты после операции, у 2 (4,2%) удовлетворительные, а неудовлетворительный результат в виде повторного набора веса не наблюдали.

Отличные результаты получены у 28 (45,1%) больных группы сравнения и у 38 (80,9%) основной группы характеризующимися стабильным снижением ИМТ и избыточной массы тела до нормы; пациент практически здоров; диету не соблюдает; выполняет прежнюю работу.

Хорошие результаты наблюдались у 15 (24,1%) пациентов групп сравнения и у 7 (14,9%) основной группы пациентов. Отмечается снижение ИМТ и избыточной массы тела до нормы, масса тела стабильна в течении 3 лет, однако испытывает кратковременное чувство тяжести в эпигастральной области и подложечной области; при объективном обследовании существенных изменений не обнаруживается; пациент практически здоров, трудоспособность полностью восстановлена.

Удовлетворительные результаты получены у 11 (17,8%) группы сравнения и у 2 (4,2%) основной группы пациентов, соответственно: жалобы на чувство изжоги и тошноту, снижение трудоспособности. Пациент отмечает снижение только ИМТ, масса тела стабильна или имеет тенденцию к повышению. Нуждается в периодическом санаторно-курортном лечении и амбулаторных обследованиях; соблюдает диету в периоды жалоб; он может выполнять прежнюю работу с ограничениями, предусмотренным ВТЭК.

Неудовлетворительный результат отмечен у 8 (13,0%) группы сравнения. Когда при обследовании отмечали клиническая картина набора веса, больной не удовлетворен результатом операции. Эти пациенты нуждались в хирургическом лечении в специализированных отделениях, были признаны инвалидами II и III группы. При неудовлетворительных отдаленных результатах решался вопрос о повторной операции.

Заключение. Таким образом, подводя итог проделанной работе хотим отметить, что на сегодняшний день лапароскопическая продольная резекция (рукавная) желудка «золотым стандартом» по праву является операцией выбора при морбидном ожирении. Проведенным научно-практическим исследованием определена роль и место модифицированной ПРЖ, отличающаяся высокой клинической эффективностью.

УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВОЙ КОНТРАКТУРЫ СТОПЫ У ДЕТЕЙ

О.И. Жураев, Р.О. Жураева

***Андижанский государственный медицинский институт
Республика Узбекистан***

Актуальность: Послеожоговые контрактуры стопы — одна из наиболее тяжелых ортопедо-пластических проблем у детей, особенно при поражении ахиллова сухожилия и стопы. Такие контрактуры нарушают функцию стопы, приводят к деформации, ограничению подвижности и ухудшению походки, существенно снижая качество жизни ребёнка. Исследования подтверждают высокий риск рецидивов (до 69 %) при отсутствии адекватного лечения. Поэтому раннее и адекватное устранение контрактур и грамотная реабилитационная поддержка являются критически важными задачами лечения.

Цель исследования: Оценить эффективность хирургического устранения послеожоговой контрактуры стопы у детей, определить оптимальные методы хирургии (включая релиз, Z-пластику, полнослойную пластику), а также разработать рекомендации по послеоперационной реабилитации для минимизации рецидивов и восстановлению функции стопы.

Материалы и методы: Проанализировано 72 ребёнка в возрасте от 3 до 15 лет с контрактурами стоп и голеностопа, обусловленными послеожоговыми рубцами. Мужчин — 38, девочек — 34. У 14 детей были поражены обе стопы (всего 86 стоп). Контрактуры релизовались с помощью различных хирургических техник: Z-пластика, релиз по линии суставов и освобождение рубцовой ткани с последующим покровом полнослойным трансплантатом (FTSG) или местными лоскутами при невозможности. Послеоперационный

период включал наблюдение от 6 месяцев до 2 лет, регулярную физиотерапию, сплентинг, контроль активного и пассивного диапазона движений.

Результаты:

- **Технический успех:** Во всех случаях контрактура была релизована. В группе с полным слоем кожи показатель приживаемости — >90 %, минимальные рубцовые дефекты.
- **Рецидив:** Частота рецидивов составила около 35 %, в основном при сложных и обширных контрактурах, особенно при использовании только Z-пластики.
- **Функция:** Средний диапазон активного разгибания голеностопа улучшился на +40° в группе после FTSG и на +30° при Z-пластике, что значительно улучшало походку и осанку.
- **Косметика:** При использовании полнослойного трансплантата из донорской зоны с близкой по текстуре кожей эстетика была выше. Локальные лоскуты давали приемлемые косметические результаты, но с большей вероятностью гиперпигментации.
- **Реабилитация:** Своевременная физиотерапия, ночное спринтование и упражнения значительно снижали риск контрактур, минимизировали рецидив и ускоряли восстановление подвижности.

Выводы: Полнослойное хирургическое устранение послеожоговой контрактуры стопы у детей является эффективным методом, позволяющим добиться хороших функциональных и косметических результатов при условии тщательного подхода к выбору методики (FTSG или лоскуты), адекватной реабилитации и индивидуальной оценки пациента. Чтобы снизить частоту рецидивов, необходимо сочетать хирургическое вмешательство с активной физиотерапией и сплентами. Следует развивать стандарты терапии и проводить дальнейшие клинические исследования, особенно в педиатрической популяции.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хожиметов Д.Ш., Акбаров Ф.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования улучшение результатов лечения рефлюкс-эзофагитов путем усовершенствования методики чрескожного лазерного воздействия.

Материал и методы.

Одним из важных направлений развития здравоохранения является разработка и внедрение передовых медицинских технологий для лечения широко распространенных заболеваний, приносящих не только продолжительные страдания пациентам, но и наносящие большой экономический урон, в виде длительных сроков нетрудоспособности населения.

Изучение клинических особенностей ГЭРБ при различных патологиях ЖКТ (669 больных). Определение эффективности терапии эзофагитов с использованием лазерного аппарата СИХАТ-1 при консервативном лечении, сопровождающихся ГЭРБ (90 пациентов – группа контроля и 92 пациента в основной группе) и в комплексном хирургическом лечении пациентов с ЯБДПК (14 пациентов в группе контроля и 17 пациентов в основной группе).

Результаты и обсуждение. В целом на 669 больных всего определено 895 факторов риска (рис. 1). При этом факторов риска не выявлено при сборе анамнеза у 181 (27,1%) пациента, среди них РЭ диагностирован только в 11 (6,1%) случаях. Один фактор определен у 162 (24,2%) больных, эзофагит выявлен у 35 (21,6%), по 2 фактора верифицировано у 271 (40,5%) пациента (542 фактора), РЭ выявлен у 112 (41,3%), 3 и более у 55 (8,2%) (191 фактор на 55 больных), РЭ при эндоскопии диагностирован у 47 (85,5%) больных. Таким образом, отмечается ожидаемая закономерность, что с увеличением количества факторов риска, экспоненциально растет частота развития РЭ. Это бросается в глаза даже без статистического расчета.

Закключение.

Таким образом, предложенный комплекс консервативного лечения ГЭРБ с включением лазеротерапии позволил увеличить частоту хороших результатов с 60,0% до 86,0%, сократить риск неудовлетворительного исхода лечения с 14,5% до 3,5%. У больных с хирургическими осложнениями ЯБДПК с сопутствующим РЭ, период предоперационной подготовки сократился с $20,3 \pm 10,5$ до $10,1 \pm 1,8$ суток, в целом сократилась общая продолжительность периоперативного периода с $29,4 \pm 11,4$ до $17,4 \pm 2,3$ суток, риск развития ранних локальных функционально-органических осложнений снижен с 14,3% до 5,9%.

METHODS OF LYMPHATIC THERAPY IN PROPHYLACTICS AND TREATMENT OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS IN GUNSHOT DAMAGE OF SOFT TISSUES OF EXTREMITIES IN CONDITIONS OF MASSIVE INFLUX OF THE PATIENTS

***K.K. Mirzaev, E.S. Djumabaev, E.I. Usmonov, J.Q. Yusupov.
Andijan branch of RSCUMH***

Currently, there are a lot of sporadic occurrences of extremist attacks, that's why the number of gunshot damage among the population is increasing.

Purpose of research: to learn the results of treatment by lymphotropic antibiotic therapy (LAT), and regional lymphostimulation (RL) of gunshot wounds of soft tissues of extremities in case of massive influx of the patients.

Patients with gunshot wounds of soft tissues of extremities were under our observation. These wounds made up 44.7% of all wounds. 67.8% of the patients were in main group and 32.2% - control. Men were 96.6% and women were 3.4% among the injured people. The age of the patients was 15-52.

All of the patients had laboratory examinations of general blood, urine, biochemical examination of blood, immunological, bacteriological and cytology examinations, X-ray of injured extremities.

Debridement of the gunshot wound is the main type of treatment in these cases. The success of excision is higher as the time of operation is earlier.

In afteroperational period patients of the main group received LAT with RL. Course of antibiotic therapy was 5-7 days depending on condition of the wound. Peculiarity of this method is one time prescription of the antibiotics in middle therapeutic dosage for 24 hours, which will allow having the therapeutic concentration of the medicament both in tissues and blood for a day. In control group – antibacterial therapy was held in traditional method. Easiness and effectiveness of the usage of lymphatic therapy allowed us to use it in gunshot wounds and massive influx of the patients.

Offered method allowed putting primary closure to 85 % of the patients. Length of hospitalization was 6.3 ± 0.7 days. In all cases wounds healed without complications. Outpatient rehabilitation was 3.1 ± 0.6 days while as in control group these terms were 21.7 ± 2.3 days ($p < 0.01$).

In 10 % of the patients in presence of big defect late primary closure were put in 4.5 ± 1 day, in 5% - autodermoplastic operation was held. Full healing was observed after 15.2 ± 1.1 days versus 21.7 ± 2.3 in control group ($p < 0.05$).

Complications were observed in 2.5% of the patients as suppuration of afteroperational wound which demanded to put secondary closures. Full healing was observed. In 10.5% of the patients in control group suppuration of afteroperational wound was observed.

So, usage of complex method of treatment including LAT with RL allowed achieving shortening of the days of hospitalization and decreasing purulent-septic complications.

ADVANTAGES OF USING VIRTUAL REALITY SYSTEMS IN TEACHING CLINICAL SCIENCES.

*Abduvalieva Chulpanoy Muhammadjonovna
Andijan State Medical Institute
Associate professor pediatric surgery and urology
department of the faculty of medicine.*

Abstract. Virtual reality (VR) technologies are increasingly being integrated into medical education, particularly in the teaching of clinical sciences. This article examines the advantages of using VR systems in clinical training and analyzes global experiences and outcomes. Based on literature review and recent research, VR-based training improves students' procedural accuracy by 30–40%, enhances retention of knowledge, and provides safe environments for practicing complex clinical scenarios.

Keywords: virtual reality, medical education, clinical sciences, simulation, digital learning.

Introduction. The training of clinical sciences traditionally relies on bedside teaching, cadaver-based practice, and apprenticeship models. However, these methods are limited by resource availability, patient safety concerns, and restricted opportunities for repetitive practice. The rapid development of digital technologies has led to the emergence of immersive learning environments, particularly virtual reality (VR), which enable medical students to simulate real-life clinical experiences without risk to patients [1,2].

Studies indicate that VR technologies are highly effective in teaching anatomy, surgical skills, and clinical decision-making [3]. The adoption of VR in medical education provides an innovative solution to address challenges such as limited access to clinical cases, ethical restrictions in patient-based learning, and the need for individualized training [4].

Materials and Methods. This research is based on:

- A systematic review of 35 peer-reviewed articles (2018–2023) on VR in medical education;
- Comparative analysis of VR implementation in medical universities across Europe, the USA, and Asia;
- Case studies of VR-based surgical training programs;
- Policy review of Uzbekistan's "Digital Uzbekistan – 2030" strategy for integrating digital technologies in higher education.

Methods applied include:

- Literature review and content analysis of scientific publications;
- Comparative approach to assess traditional vs. VR-based training;
- Statistical evaluation of reported learning outcomes;
- Generalization of best practices for clinical sciences education.

Results and Discussion. The analysis reveals several key advantages of using VR systems in teaching clinical sciences:

1. Safe and Risk-Free Learning Environment.

VR allows students to practice invasive procedures without exposing real patients to risk. A study by Moro et al. (2021) showed that VR-trained students had a 32% reduction in error rates compared to traditionally trained peers [2].

2. Enhanced Knowledge Retention and Engagement.

Immersive 3D visualization improves memory recall and engagement. Pottle (2019) reported that VR-based anatomy teaching increased long-term knowledge retention by up to 40% [3].

3. Opportunity for Repetitive Practice.

Unlike traditional methods, VR enables unlimited practice. In surgical education, repetitive VR training improved procedural speed by 29% and accuracy by 34% (Berg et al., 2020) [4].

4. Simulation of Rare and Complex Cases.

VR can simulate uncommon but critical conditions (e.g., pediatric emergencies, rare surgical anomalies) that students may not encounter during clinical rotations [5].

5. Cost-Effectiveness and Scalability.

Although initial investment is high, VR reduces reliance on cadavers, animal labs, and expensive equipment. In the long term, it is more sustainable and scalable for medical schools.

6. Alignment with Digital Transformation Policies.

Uzbekistan's *Digital Uzbekistan – 2030* program emphasizes the integration of innovative educational technologies, including VR, to enhance medical training and ensure global competitiveness [7].

Conclusion. Virtual reality systems offer significant advantages in teaching clinical sciences by providing safe, immersive, and interactive learning environments. Research shows that VR improves procedural accuracy, knowledge retention, and clinical decision-making skills compared to traditional methods. In Uzbekistan, the gradual adoption of VR technologies in medical universities demonstrates a strong commitment to modernizing medical education. Future directions should focus on developing localized VR modules in native languages, integrating VR with artificial intelligence for adaptive learning, and establishing VR-based clinical simulation centers in medical institutions.

CLINICAL, ANATOMICAL AND SURGICAL ASPECTS OF THYROID DISEASES

Musashaykhov Khusanboy Tojiboyevich

Khoshimov Ilkhomboy Musojon ugli

Akhmadjonov Javokhir Uktamali ugli

Department of General Surgery and Transplantology, ASMI

Research objective: This thesis explores the clinical, anatomical, and surgical aspects of thyroid diseases, highlighting their epidemiology, pathophysiology, diagnostic principles, and therapeutic approaches. Emphasis is placed on the challenges of surgical management, such as preservation of the recurrent laryngeal nerve and parathyroid glands, as well as the role of minimally invasive and robotic techniques in modern thyroid surgery.

The thyroid gland, a butterfly-shaped endocrine organ located in the anterior neck, plays a crucial role in regulating metabolism, growth, and energy balance through secretion of thyroxine (T4) and triiodothyronine (T3). Thyroid disorders encompass a wide spectrum of conditions ranging from functional abnormalities (hypothyroidism, hyperthyroidism) to structural alterations (goiter, nodules, malignancies). According to the World Health Organization, thyroid diseases affect hundreds of millions of people globally, with iodine deficiency and autoimmune thyroiditis being the leading causes in many regions. From a clinical perspective, these diseases present with a variety of systemic manifestations that often overlap with other pathologies, complicating early diagnosis. From an anatomical and surgical standpoint, the thyroid gland is intimately related to critical structures such as the recurrent laryngeal nerves, superior laryngeal nerves, carotid arteries,

jugular veins, and parathyroid glands, making thyroid surgery one of the most delicate procedures in head and neck surgery.

Research material and methods

Clinically, thyroid diseases are broadly classified into functional disorders, inflammatory conditions, nodular diseases, and malignancies. Hypothyroidism, often caused by autoimmune Hashimoto's thyroiditis or iatrogenic factors, manifests with fatigue, weight gain, cold intolerance, constipation, and depression. In contrast, hyperthyroidism, commonly due to Graves' disease or toxic multinodular goiter, leads to weight loss, tachycardia, heat intolerance, tremors, and in severe cases, atrial fibrillation or thyroid storm. Subclinical hypothyroidism and hyperthyroidism, defined by abnormal TSH levels with normal thyroid hormone levels, present diagnostic and therapeutic challenges due to their subtle manifestations yet significant cardiovascular risks [1].

Results and their discussion

Goiter, defined as enlargement of the thyroid gland, can be diffuse or nodular, euthyroid, hypothyroid, or hyperthyroid in function. Large goiters may compress adjacent structures, leading to dysphagia, dyspnea, and cosmetic concerns. Thyroid nodules are particularly common, detected in up to 50% of the adult population on ultrasonography. While most nodules are benign, a small proportion represent malignancy, necessitating fine-needle aspiration biopsy (FNAB) for cytological evaluation. Thyroid cancer, particularly papillary thyroid carcinoma, is the most prevalent endocrine malignancy and generally carries a favorable prognosis with appropriate management. Other subtypes, including follicular, medullary, and anaplastic thyroid carcinomas, vary widely in clinical behavior and outcomes [2].

Diagnosis of thyroid disease relies on a combination of clinical assessment, laboratory testing (TSH, free T4, T3, thyroid autoantibodies), imaging (ultrasound, scintigraphy, CT/MRI for large goiters), and cytopathology. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology provides a standardized approach for classifying FNAB results, guiding surgical decision-making.

The anatomy of the thyroid gland is fundamental to both clinical evaluation and surgical treatment. The gland is composed of two lateral lobes connected by an isthmus, and in some cases, a pyramidal lobe extending superiorly. It is enveloped by the pretracheal fascia and lies anterior to the trachea, with close relationships to the esophagus and larynx. Embryologically, the thyroid develops from the thyroglossal duct, explaining the occurrence of ectopic thyroid tissue and thyroglossal duct cysts in clinical practice.

The vascular supply of the thyroid gland is rich and complex. The superior thyroid artery (a branch of the external carotid artery) and the inferior thyroid artery (from the thyrocervical trunk) are the main sources, with venous drainage via the superior, middle, and inferior thyroid veins. Rarely, a thyroid ima artery may be present, creating additional risks during surgery. The gland's close association with the recurrent laryngeal nerves, which course in the tracheoesophageal groove, underscores the risk of nerve injury during thyroidectomy, potentially resulting in vocal cord paralysis. Likewise, the superior laryngeal nerve, particularly its external branch, is at risk during ligation of the superior thyroid artery [3].

The parathyroid glands, usually four in number, lie posterior to the thyroid lobes and are vital for calcium homeostasis. Accidental removal or devascularization of the parathyroids during surgery can result in hypocalcemia, a serious postoperative complication. Anatomical variability in the location of the parathyroids and recurrent laryngeal nerves further complicates surgical procedures. A comprehensive understanding of these variations is critical for safe thyroid surgery.

Surgical management of thyroid disease has evolved significantly over the past century. Indications for surgery include malignant thyroid tumors, suspicious or indeterminate nodules, large obstructive goiters, toxic multinodular goiter resistant to medical therapy, and in some cases, Graves' disease. The most common surgical procedures are total thyroidectomy, subtotal thyroidectomy, hemithyroidectomy, and isthmusectomy. The choice of procedure depends on the underlying pathology, extent of disease, and patient-specific considerations.

A key principle in thyroid surgery is the preservation of the recurrent laryngeal nerve and parathyroid glands. Meticulous dissection techniques, intraoperative nerve monitoring, and identification of parathyroid tissue are essential strategies to minimize complications. Despite these precautions, transient hypocalcemia and recurrent laryngeal nerve palsy remain among the most frequent postoperative complications [4].

Advances in surgical technology have introduced minimally invasive and endoscopic thyroidectomy techniques, including robotic-assisted approaches. These techniques aim to reduce surgical trauma, improve cosmetic outcomes, and shorten recovery times. However, they require specialized training and are typically reserved for selected patients with small to medium-sized thyroid nodules or low-risk cancers.

Postoperative management involves thyroid hormone replacement therapy in patients undergoing total thyroidectomy, monitoring of calcium levels, and long-term surveillance with ultrasonography and thyroglobulin measurements in cases of differentiated thyroid cancer. Multidisciplinary collaboration among endocrinologists, surgeons, pathologists, and radiologists is critical for optimizing patient outcomes [5].

Conclusions.

Thyroid diseases represent a diverse and clinically significant group of endocrine disorders. Their management requires integration of clinical evaluation, laboratory diagnostics, anatomical knowledge, and surgical expertise. While medical therapy remains the cornerstone for functional disorders such as hypothyroidism and hyperthyroidism, surgical intervention is indispensable for malignant, obstructive, and refractory cases. Advances in minimally invasive techniques and intraoperative monitoring have improved the safety and efficacy of thyroid surgery, but the anatomical complexity of the gland continues to pose challenges. Future directions in thyroid disease management include molecular diagnostics, targeted therapies for aggressive cancers, and further refinement of minimally invasive surgical approaches. A comprehensive understanding of the clinical, anatomical, and surgical aspects of thyroid diseases is therefore essential for advancing patient care in endocrinology and head and neck surgery.

THE IMPORTANCE OF USING SIMULATION TOOLS IN TEACHING SURGICAL SCIENCES.

Kadirov Komiljon Zakirdjanovich,. Mirzakarimov Baxromjon Halimjanovich
Associate professors of the Department of pediatric surgery
Andijan State Medical Institute.

Abstract. Simulation-based education has become an essential component of modern surgical training. Traditional teaching methods, while valuable, are often constrained by patient safety concerns, limited access to diverse clinical cases, and ethical restrictions. Simulation tools—including virtual reality (VR), augmented reality (AR), high-fidelity mannequins, and computer-based modules—offer innovative solutions to these challenges. This article explores the significance of simulation in surgical sciences, reviews international best practices, and analyzes its potential implementation in the context of Uzbekistan's medical education reform. Evidence suggests that simulation-based training improves procedural skills by 25–40%, reduces complication rates, and enhances confidence among medical students.

Keywords: simulation, surgical education, virtual reality, clinical training, medical pedagogy.

Introduction. Surgical sciences require mastery of complex psychomotor skills, decision-making abilities, and teamwork competencies. Traditionally, these skills have been taught through cadaveric dissection, supervised operations, and apprenticeship-style learning. However, rapid technological advances, along with heightened concerns about patient safety, have created demand for new approaches to surgical education [1].

Simulation-based learning has emerged as a transformative methodology, providing medical students and residents with opportunities to practice procedures in a safe, controlled, and repeatable

environment [2]. Globally, simulation tools are integrated into curricula to supplement, and in some cases partially replace, traditional bedside teaching [3].

Materials and methods. This study is based on a comprehensive review of 40 peer-reviewed scientific articles published between 2017 and 2023 that investigate the role of simulation in surgical sciences [1–3]. A systematic literature review and meta-analysis were conducted to compare the effectiveness of simulation-based training with traditional teaching approaches such as cadaver dissection and bedside apprenticeship. Special attention was given to randomized controlled trials, such as the study by Gallagher and Cates (2020), which showed a 35% improvement in laparoscopic accuracy among students trained with virtual reality simulators compared to conventional methods [4]. Comparative analysis was performed across different simulation modalities, including virtual reality (VR), augmented reality (AR), high-fidelity mannequins, and computer-based modules, highlighting their respective contributions to psychomotor skill acquisition, clinical decision-making, and teamwork. Furthermore, case studies from leading international medical schools in the United States, the United Kingdom, South Korea, and Germany were examined to identify best practices and curricular integration models [5–7].

Results and Discussion. The analysis of reviewed studies demonstrates that the use of simulation tools in surgical sciences significantly improves clinical competence, patient safety, and learner confidence. Across 40 reviewed publications, it was observed that students who trained with virtual reality and high-fidelity simulators consistently outperformed those trained through traditional methods. The main findings are summarized in **Table 1**, which compares outcomes of simulation-based training with conventional approaches.

Table 1. Comparative outcomes of simulation-based versus traditional surgical training

Parameter	Traditional Training	Simulation-Based Training	Improvement (%)
Procedural accuracy	60–65%	80–85%	+25–35%
Error/complication rate	15–20%	8–10%	–40–50%
Knowledge retention (6 months)	55–60%	75–80%	+30%
Confidence/self-efficacy scores	50–55%	70–75%	+25–30%
Exposure to rare surgical cases	Limited	Simulated 100%	N/A

Conclusion

Simulation tools play a crucial role in modern surgical education by enhancing procedural skills, ensuring patient safety, and providing standardized learning experiences. Evidence confirms that simulation-based training improves competence, confidence, and clinical outcomes compared to traditional models. In Uzbekistan, the integration of simulation centers in medical universities is essential to align with global practices and achieve the goals of *Digital Uzbekistan – 2030*. Future directions should include the localization of VR/AR simulation tools, faculty training programs, and investment in national simulation centers for surgical education.

RETINAL VESSEL ANALYSIS AS A MODERN HIGH-TECH METHOD IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ATHEROSCLEROSIS.

Khakimova O.Sh., Batirov D.Yu.
Urgench State Medical Institute

Relevance of the topic: atherosclerosis remains the leading cause of cardiovascular morbidity and mortality worldwide. Its early stages are clinically silent, while irreversible complications often require urgent or elective surgical interventions such as coronary artery bypass grafting, carotid endarterectomy, or peripheral vascular surgery. Early diagnosis of vascular

dysfunction is therefore crucial for both preventive medicine and surgical planning. Retinal Vessel Analysis (RVA) offers a modern, high-technology, non-invasive tool for detecting early endothelial dysfunction and microvascular abnormalities, making it highly relevant for contemporary cardiovascular diagnostics.

Purpose of the study: the aim of this study is to analyze the clinical significance of Retinal Vessel Analysis as a high-tech method for early detection of atherosclerosis, and to evaluate its potential role in preoperative risk stratification, surgical planning, and reduction of emergency surgical events.

Materials and methods of research: the analysis is based on a review of clinical and experimental studies from Germany, where RVA has been widely integrated into research and preventive cardiology. Two principal modalities are evaluated:

- Static Vessel Analysis (SVA): measurement of central retinal arteriolar and venular calibers, calculation of arteriovenous ratio (AVR).
- Dynamic Vessel Analysis (DVA): assessment of endothelial function by measuring flicker light-induced vasodilation of retinal vessels.

Population studies such as the Gutenberg Health Study and the COMPLETE project provide normative values and confirm the association of RVA parameters with cardiovascular risk.

Research results: evidence from German cohorts shows:

- Narrowed arterioles and dilated venules (low AVR) correlate with hypertension, systemic inflammation, and increased risk of stroke and myocardial infarction.
- Impaired flicker-induced vasodilation reflects endothelial dysfunction and strongly predicts cardiovascular events independent of classical risk factors.
- RVA parameters improve risk prediction models for cardiovascular morbidity by up to 20% beyond traditional assessments.
- Clinical utility has been demonstrated in preoperative evaluation: patients with impaired RVA results are at higher perioperative risk and may benefit from intensified medical therapy before elective surgery.

Conclusions: retinal Vessel Analysis is a modern, high-tech, and clinically validated method for early diagnosis of atherosclerosis. Its dual ability to assess both structural and functional vascular changes makes it superior to conventional anatomical imaging alone. In the context of surgery, RVA is highly valuable for:

1. Elective surgery – improving patient selection, timing, and outcome prediction.
2. Emergency surgery – reducing acute vascular events through earlier risk detection and preventive treatment.

While widely used in Germany, RVA is not yet available in Uzbekistan. Introducing this technology could strengthen national strategies for cardiovascular prevention, optimize surgical planning, and ultimately reduce the burden of urgent surgical interventions.

SURGICAL PREVENTION OF SECONDARY COMPLICATIONS OF POST-BURN SCAR DEFORMATIONS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL

*M.M. Madazimov, S.U. Nazirov
Andijan State Medical Institute*

Relevance. The severity of the consequences of deep extensive burns complicates rehabilitation due to the prevalence of the scar process and the lack of intact skin for plastic surgery, namely the abdominal part of the trunk.

Currently used traditional methods of treatment are not effective enough, often give relapses in the form of cicatricial deformities of the anterior abdominal wall, and the advantageous use of any one method does not allow revealing the advantages and disadvantages of others.

Purpose. To study the results of treatment of patients with post-burn cicatricial deformities of the anterior abdominal wall in order to prevent secondary complications.

Materials and methods. From 2022 to 2025 in the regional in the Andijan multidisciplinary medical center, 11 (100%) patients with anterolateral unilateral cicatricial deformity of the abdominal wall, we used skin and fat layers mobilized on the abdominal wall in areas adjacent to the scar defect. Operation technique. Before the operation, we outline the boundaries of the scars to be excised, as well as the level of mobilization of the skin and fat layer. The incision was made at the border of scars and healthy skin. The skin and subcutaneous fat were dissected. Retaining sutures were placed on the free edges of the skin and fat layer. The skin and fat layer of the indicated areas was mobilized suprafascially by an acute and blunt way. The bleeding perforating vessels were coagulated. Then, taking into account the available reserves of unaffected mobilized tissues, scars were excised, hemostasis was performed, and the resulting wounds were closed with these tissues in a state of moderate tension. At the same time, double-row subdermal and skin sutures were applied, the sub-flap space was drained with drains.

Results. Long-term results, followed up in 11 (100%) patients, showed that 8 (72.7%) out of 11 patients obtained good functional and cosmetic results, in 3 (27.3%) patients the result was regarded as satisfactory, since excessive growth of postoperative scars along the edge of the displaced flaps.

Conclusions. Thus, due to several sources of axial blood supply to the skin and fat layer of the anterior abdominal wall of the regions, their extensive mobilization and movement is possible without the risk of subsequent tissue necrosis. In this way, in 1-2 stages, it is possible to eliminate the scar mass with an area of up to 300 cm² and restore the skin on the anterior abdominal wall. Within 6-8 months, the displaced tissues are completely stabilized, their elasticity and ability to re-move are restored.

SIMULATION TOOLS FOR ENHANCING CLINICAL TRAINING IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE EDUCATION.

Khalilov Shukurillo Kuchkarbaevich
Assistant of the Department of pediatric surgery.
Mirzakarimov Baxromjon Halimjanovich
Associate professor of the Department of pediatric surgery
Andijan State Medical Institute.

Abstract. The integration of simulation tools into medical education provides new opportunities for teaching chronic diseases such as chronic obstructive pulmonary disease. This study explores the effectiveness of simulation-based learning in chronic obstructive pulmonary disease education, emphasizing improvements in diagnostic accuracy, clinical decision-making, and patient safety. A systematic literature review and comparative analysis were conducted using data from 2017–2023. Results show that simulation significantly enhances student competence, knowledge retention, and confidence in managing chronic obstructive pulmonary disease cases.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease; simulation-based education; clinical training; virtual reality; medical simulation; pulmonology education; knowledge retention; diagnostic accuracy; medical curriculum.

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease is a major global health burden, affecting more than 300 million people worldwide and ranking as the third leading cause of death [1]. Effective management of chronic obstructive pulmonary disease requires not only theoretical knowledge but also clinical decision-making and procedural competence. Traditional methods of

teaching, such as lectures and bedside apprenticeship, often provide limited exposure to complex and emergency scenarios. Simulation-based education (SBE) has emerged as an innovative strategy to bridge this gap by replicating clinical environments using high-fidelity mannequins, virtual reality (VR), and computer-based case scenarios [2,3]. Recent studies highlight that simulation improves diagnostic skills by up to **40%**, reduces clinical errors, and strengthens interdisciplinary collaboration [4,5]. Given the increasing adoption of digital learning tools globally, it is essential to evaluate how simulation can enhance chronic obstructive pulmonary disease education for medical students and healthcare professionals.

Materials and methods. This research is based on a systematic review of 35 peer-reviewed studies published between 2017 and 2023, focusing on the application of simulation in teaching pulmonary medicine, particularly chronic obstructive pulmonary disease. Electronic databases including PubMed, Scopus, and Web of Science were searched using keywords such as “*Chronic obstructive pulmonary disease education*,” “*simulation tools*,” “*virtual reality in pulmonology*,” and “*clinical training in respiratory diseases*.” Only English-language articles that reported on educational outcomes such as knowledge retention, diagnostic accuracy, self-efficacy, or clinical decision-making were included. Randomized controlled trials, observational studies, and multi-center reports were reviewed. In addition, case studies from simulation centers in the United States, the United Kingdom, and South Korea were analyzed to highlight best practices in COPD education [2,6,7]. Policy documents, including the *Digital Uzbekistan – 2030* strategy, were also reviewed to examine how simulation could be integrated into national medical curricula [8]. Data synthesis combined quantitative results (knowledge test scores, clinical skill assessments) and qualitative findings (student feedback, teacher evaluations). The methodological framework therefore consisted of literature synthesis, comparative analysis, and case study evaluation to provide a comprehensive overview of simulation in chronic obstructive pulmonary disease education.

Results and discussion. The analysis of reviewed studies demonstrates that simulation tools significantly improve clinical outcomes in chronic obstructive pulmonary disease education. Table 1 summarizes the comparative outcomes of traditional teaching methods versus simulation-based approaches.

Table 1. Comparative educational outcomes in COPD training

Parameter	Traditional Training	Simulation-Based Training	Improvement (%)
Diagnostic accuracy in COPD cases	55–60%	80–85%	+30–35%
Error rate in spirometry tests	15–18%	7–9%	–45–50%
Knowledge retention (6 months)	60–65%	80–85%	+25–30%
Self-confidence in management	50–55%	75–80%	+25–30%
Exposure to emergency scenarios	Limited	100% simulated exposure	N/A

These results confirm that simulation-based training provides measurable improvements in chronic obstructive pulmonary disease education. Gallagher and Cates (2020) reported that students using VR for respiratory case simulations demonstrated **35% higher diagnostic accuracy** compared to those learning through lectures [4]. Similarly, Okuda and Bryson (2020) found that simulation reduced spirometry test errors by nearly **50%**, improving both diagnostic reliability and patient safety [3]. High-fidelity mannequins have been particularly effective in teaching emergency scenarios such as chronic obstructive pulmonary disease exacerbations, which may not be frequently encountered during clinical rotations [6].

In terms of long-term outcomes, Issenberg et al. (2021) observed that simulation increased knowledge retention by approximately **30%** after six months compared to traditional instruction [2]. Moreover, McGaghie and Harris (2021) highlighted that simulation-based team training enhances communication between pulmonologists, nurses, and respiratory therapists, reducing miscommunication-related errors by **22%** [5]. These findings indicate that simulation not only improves individual clinical competence but also promotes interprofessional collaboration.

The discussion of these outcomes highlights the global trend toward simulation-based education as a standard in medical curricula. In Uzbekistan, initiatives such as *Digital Uzbekistan – 2030* aim to integrate simulation centers into medical universities, aligning local practices with international standards [8]. This creates opportunities to provide standardized chronic obstructive pulmonary disease education across institutions, ensuring that medical graduates acquire both theoretical and practical competencies.

Taken together, the evidence strongly suggests that simulation-based learning is not supplementary but essential in chronic obstructive pulmonary disease education. It enhances diagnostic accuracy, reduces clinical errors, ensures safe exposure to rare or critical cases, and builds learner confidence, thereby improving the overall quality of medical education and patient outcomes.

Conclusion. Simulation-based education is a powerful tool for enhancing the clinical training of medical students and healthcare professionals in chronic obstructive pulmonary disease management. Compared with traditional methods, simulation provides superior outcomes in diagnostic accuracy, knowledge retention, error reduction, and self-confidence. Furthermore, it prepares students for emergency scenarios and promotes teamwork. Given the rising global burden of chronic obstructive pulmonary disease, integrating simulation tools into medical curricula should be considered a priority for medical education reform.

LOCAL TISSUE PLASTIC SURGERY

Yusupov K.A. - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases and Civil Defense of the Andijan State Medical Institute

Certain successes in the treatment of this group of patients have been achieved largely due to the etiopathogenetic approach, which implies active surgical tactics in relation to the source of infection, which creates objective prerequisites for the elimination of the purulent-necrotic process and wound healing

The aim of this study was to improve the treatment results of patients with purulent wounds by developing and introducing into clinical practice a differentiated approach to the selection of skin-plastic reconstructive surgeries.

Materials and methods. The results of treatment of 223 patients with purulent wounds of various etiologies were analyzed. The age of the patients ranged from 15 to 82 years. Wounds up to 100 cm² were noted in 152 (48.7%) patients, 100-200 cm² - in 109 (34.9%), more than 200 cm² - in 51 (16.3%) patients. Significant sizes of the wound defect served as one of the indications for skin grafting.

Results and discussion. In our observations, when the area of wound defects was less than 100 cm², the most common variants of skin grafting were full-thickness flap grafting — 115 (75.7%) patients. If the wound area was from 100 to 200 cm², this ratio changed towards an increase in the number of autodermoplasties with a split flap — 75 (68.8%), and when the area of the defect was more than 200 cm², split-thickness flap grafting was most often performed as the

only possible type of wound closure — 24 (47.1%), or in combination with local tissue grafting — 15 (29.4%) patients.

Conclusions. Local tissue plastic surgery has undeniable advantages over other methods of full-layer skin plastic surgery, due to the use of skin related to the given region with preserved innervation and blood supply as a plastic material. The widespread use of this method of reconstructive surgery is limited by the limited plastic reserves of the skin. Wound plastic surgery with a free split skin flap is the method of choice for plastic closure of postnecrectomy wounds after surgical treatment of erysipelas, as well as for wound plastic surgery in elderly and senile patients. A differentiated approach to the choice of skin plastic reconstructive surgeries made it possible to achieve 91.4% of immediate and 80% of remote positive results in the treatment of patients with surgical infection

PERCUTANEOUS BALLOON VALVULOPLASTY FOR PULMONIC STENOSIS IN TEENAGERS AND ADULTS.

Umarov M.M.

"Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after V. Vakhidov"

Background: Percutaneous balloon valvuloplasty has been the accepted first-line treatment for congenital pulmonic stenosis in children. Its efficacy in adolescents and adults is less well defined.

Methods: Between December 2020 and July 2023 we performed percutaneous pulmonic valvuloplasty with a single Balloon catheter in 53 adolescent or adult patients 13 to 55 years of age (mean [$\pm$ SD], 26 ± 11). Follow-up studies were performed 0.2 to 9.8 years after the procedure (mean, 6.9 ± 3.1) by Doppler echocardiography (in all the patients) and by cardiac catheterization and angiography (in nine patients).

Results: After balloon valvuloplasty, the systolic pressure gradient across the pulmonic valve decreased from 91 ± 46 mm Hg to 38 ± 32 mm Hg ($p < 0.001$), and the diameter of the pulmonic-valve orifice increased from 8.9 ± 3.6 mm to 17.4 ± 4.6 mm ($p < 0.001$). In the nine patients catheterized at follow-up, the systolic gradient decreased from 107 ± 48 mm Hg before valvuloplasty to 50 ± 29 mm Hg after valvuloplasty and to 30 ± 16 mm Hg at follow-up ($p < 0.001$ for the comparison of the gradient before and after valvuloplasty; $p < 0.001$ for the comparison before valvuloplasty and at follow-up; and $p < 0.05$ for the comparison after valvuloplasty and at follow-up). In the same nine patients, the diameter of the pulmonic valve, as measured by right ventricular angiography, increased from 8.3 ± 1.4 mm before valvuloplasty to 17.2 ± 2.0 mm after valvuloplasty ($p < 0.001$) and to 18.4 ± 1.4 mm at follow-up ($p = 0.08$). Incompetence of the pulmonic valve was noted in 7 of the 53 patients (13 %) after balloon valvuloplasty, but it had disappeared at follow-up in all of them.

Conclusions: Patients with congenital pulmonic stenosis who present in late teenagers or adult life can be treated with percutaneous balloon valvuloplasty with excellent short-term and long-term results.

КОМОРБИДЛИКНИ $\geq 90-106$ ЁШЛИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Сирожиддинов К.Б.

Андижон давлат тиббиет институти, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти. Умр кўришни узайиши коморбид касалликларни, бир вақтда 2 тадан кам бўлмаган касалликлари бўлган геронт аҳоли сонини, ортишига олиб келди. Коморбидлик турли аъзолар функциясини камайишига, когнитив

бузилишлар ва гериатрик синдромларни келиб чиқишига, ногиронлик ва барвақт ўлим кўпайишига олиб келувчи хатар омили бўлиб ҳисобланади [1]. Геронт аҳолида нисбатан кўп учрайдиган коморбид касалликларни бўлиши умр кўришни 12 йилдан 15 йилгача етиб қисқариши билан ассоциацияланади [2].

Тадқиқотнинг мақсади. Коморбид касалликларни ва уларнинг хатар омилларининг тарқалишини Ўзбекистоннинг турли минтақаларида истиқомат қилувчи геронт аҳоли популяциясида ўрганиш, самарали ташхисоти ва профилактикаси усуллари ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Дизайни бўйича – бир вақтли эпидемиологик тадқиқот Ўзбекистоннинг 5 та вилоятида – Андижон, Наманган, Фарғона, Жиззах ва Қашқадарё вилоятларининг 90 ёшдан ошган (геронт популяция) ва 106 ёшдан ошган (супергеронт популяция) аҳолисида ташкил этилди. Жами 635 та ≥ 90 -106 ва юқори ёшли аҳоли текширилди (258 та эркаалар ва 377 та аёллар). 506 та – 90-99 ёшлилар (эркаклари – 218 та ва аёллари – 288 та), 102 та – 100-105 ёшлилар (33 таси – эркаалар ва 69 таси аёллар) ва 27 та 106 ёшдан ўтганлар (эркаклари – 7 та ва аёллари – 20 та).

Эпидемиологик тадқиқотнинг ҳослиги ва талабларидан келиб чиқиб текширувни геронт – супергеронт аҳолида амалга оширишни режалаштириш, тадқиқотни тайёрлаш, тадқиқотни ўтказиш, маълумотларни қайта ишлаш, натижаларни таҳлил қилиш ва шарҳлаш, олинган натижалардан фойдаланиш ва уларни амалиётга жорий қилиб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорликларини ўрганиш ва баҳолаш.

Натижа ва муҳокамалар. Геронт ёшдаги аҳолида коморбидлик қатор эпидемиологик хос эпидемиологик тавсифлар билан аниқланди. Маълум бўлдики, ≥ 90 -106 ёшли аҳолининг 98,4%-тида полиаъзоли сурункали 2 тадан ортиқ касалликлар, яъни коморбидлик (КК) аниқланади. Фақат 1,6% геронтларда КК қайд қилинмади [RR=1,67; 95% CI=1,41 – 1,98; $\chi^2=64,93$; $P<0,05$]. Геронт аҳолининг 3,5%-тида фақат битта касаллик, 11,0%-тида – 2 та, 11,0% - тида – учта касаллик, 12,1%тида – тўртта касаллик ва 60,8%-тида бир вақтда ўзаро қўшилиб бештадан ортиқ касалликлар тасдиқланади.

Андижоннинг геронт популяциясида КК фақат 4,8% текширилганларда кузатилмади, яъни коморбид касалликларни аниқланиш частотаси ушбу ҳудуднинг ≥ 90 -106 ёшли аҳолисида 95,2%ни ташкил қилади. Жумладан, ушбу популяциянинг 8,6% тида битта касаллик, 8,6% тида иккита касаллик, 17,1%-тида учта касаллик, 19,0% тида тўртта ва 41,9% тида бир вақтни ўзида ўзаро қўшилиб биттадан ортиқ касалликлар қайд қилинади [RR=1,03; 95% CI=0,75 – 1,41; $\chi^2=9,79$; $P<0,05$].

Наманган вилоятининг геронт популяциясида ККга хос эпидемиологик шароит қиёсан қуйидагича тафовутланиб тавсифланади: 100,0% аҳолида коморбид касалликлар аниқланади. Хусусан, битта касаллик – 1,2% тида, иккита касаллик – 12,8% тида, учта касаллик – 9,3% тида, тўртта касаллик – 15,1% тида ва 61,6% тида бештадан ортиқ касалликларни ўзаро қўшилиб аниқланиш частотаси билан Наманганнинг ≥ 90 -106 ёшли аҳолиси таснифланади [RR=1,39; 95% CI=0,93 – 2,07; $\chi^2=3,98$; $P<0,05$].

Фарғона шароитида ҳам ўзига хослик билан КК нисбатан эпидемиологик шароит тасдиқланади. Чунончи, геронт ёшдаги аҳолининг 98,6% тида коморбид касалликлар аниқланади. Битта касаллик – 4,1%, иккита касаллик – 14,9%, учта касаллик – 13,5%, тўртта касаллик – 14,0% ва бештадан ортиқ касаллик бир вақтда – 52,3% аниқланиш частотаси билан геронт популяцияда тавсифланади [RR=1,51; 95% CI=1,17 – 1,93; $\chi^2=15,06$; $P<0,05$].

3.1 расм маълумотларининг тахлилий кўрсаткичлари ишончли ва исботли тасдиқлайдики, Қашқадарёнинг геронт ёшдаги популяциясида коморбид касалликларни тарқалиши частотаси 99,4%ни ташкил қилади. Ушбу шароитда яшшовчи геронт аҳолисида битта касаллик – 1,1%, иккита касаллик – 6,3%, учта касаллик – 6,3%, тўртта касаллик – 5,1% ва бештадан зиёд касаллик бир пайтда – 80,6% аниқланиш частотаси билан аниқланади [RR=1,88; 95% CI=1,24 – 2,86; $\chi^2=36,15$; $P<0,05$].

Жиззах вилоятининг геронт ёшдаги аҳолисида коморбид касалликларни тарқалиш частотаси қуйидагича тавсифланиш билан тасдиқланади: 1) коморбид касалликлар 97,8%

частотада тарқалиш билан аниқланади, фақат 2,1% аҳолида қайд қилинмайди; 2) битта касаллик -2,1% аҳолида, иккита касаллик – 12,8% аҳолида, учта касаллик – 6,4% аҳолида, тўртта касаллик -8,5% аҳолида ва бештадан ортиқ касаллик -68,1% геронт аҳолида бир вақтнинг ўзида аниқланади [RR=1,33; 95% CI=0,83 – 2,15; $\chi^2=2,71$; $P>0,05$].

Шундай қилиб, эпидемиологик текширувнинг маълумотларини умумлаштириб **хулоса чиқариш мумкинки**, коморбид касалликлар геронт аҳолида юқори частоталарда кузатилади. Энг кўп ≥ 5 тадан ортиқ сонли коморбид касалликлар қайд қилинади ва тарқалиш частотаси бўйича воҳа популяцияси етакчилик ролида тасдиқланади, деярли икки баробарга етиб қиёсан кам частоталарда коморбид касалликлар водий популяциясида аниқланади ($P<0,05$).

КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАРНИ 90-99 ЁШЛИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Сирожиддинов К.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти. Коморбид касалликлар геронтологик ёшдаги аҳолида, мавжуд тадқиқотларнинг маълумотларига кўра, 49% тарқалиш частотаси билан тасдиқланади ва яқин йилларда уларнинг ўсиб боришини давом этиши прогнозланади. Чунончи, 2035 йилга бориб коморбидлик билан яшовчи геронт аҳоли сонини 86,4% га ортиши прогноз қилинган [2;3].

Тадқиқотнинг мақсади. Коморбид касалликларни ва уларнинг хатар омилларининг тарқалишини Ўзбекистоннинг турли минтақаларида истиқомат қилувчи геронт аҳоли популяциясида ўрганиш, самарали ташхисоти ва профилактикаси усуллари ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Дизайн бўйича – бир вақтли эпидемиологик тадқиқот Ўзбекистоннинг 5 та вилоятида – Андижон, Наманган, Фарғона, Жиззах ва Қашқадарё вилоятларининг 90 ёшдан ошган (геронт популяция) ва 106 ёшдан ошган (супергеронт популяция) аҳолисида ташкил этилди. Жами 635 та $\geq 90-106$ ва юқори ёшли аҳоли текширилди (258 та эркаалар ва 377 та аёллар). 506 та – 90-99 ёшлилар (эркаклари – 218 та ва аёллари – 288 та), 102 та – 100-105 ёшлилар (33 таси – эркалар ва 69 таси аёллар) ва 27 та 106 ёшдан ўтганлар (эркаклари – 7 та ва аёллари – 20 та).

Эпидемиологик тадқиқотнинг хослиги ва талабларидан келиб чиқиб текширувни геронт – супергеронт аҳолида амалга оширишни режалаштириш, тадқиқотни тайёрлаш, тадқиқотни ўтказиш, маълумотларни қайта ишлаш, натижаларни таҳлил қилиш ва шарҳлаш, олинган натижалардан фойдаланиш ва уларни амалиётга жорий қилиб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорликларини ўрганиш ва баҳолаш.

Натижа ва муҳокамалар. Коморбид касалликларни ёшга боғлиқ ҳолда эпидемиологик тавсифларини “очиш” ва “профилактикаси уфқлари” ни Ўзбекистон шароитида узоқ умр кўрувчилар учун тасдиқлаб бериш, шак-шубҳасиз, илмий – амалий аҳамият касб этади. Шундан келиб чиқиб бундай тахлилий эпидемиологик тадқиқот Ўзбекистоннинг геронт популяциясида мавжуд эмас, ККни 90-99 ёшли аҳоли популяциясида эпидемиологик тавсифи хусусиятлари ўрганилди ва аниқланди. Текширилган 90-99 ёшли жами аҳолида ($n=635$) битта касалликни аниқланиш частотаси – 2,8%ни, иккита касалликни қўшилувчи частотаси – 8,3%ни, учта касалликни қўшилиб учраши частотаси 10,1%ни, тўртта касалликни қўшулуви – 10,1% ни ва бештадан ортиқ касалликларни бир пайтда қўшилиб аниқланиш частотаси – 46,9% ни ташкил этади. Жами коморбидликни аниқланиш частотаси – 79,7% ни ташкил этади [$P<0,05$].

Андижоннинг 90-99 ёшли текширилган геронт аҳолисида ($n=105$) жами коморбид касалликлар 83,8% тарқалиш частотаси билан аниқланади. Фақат 3,8% геронтда касаллик кузатилмаган; 6,7% да – битта касаллик, 4,8% да – иккита касаллик, 16,2%да – учта касаллик,

17,1% да – тўртта касаллик ва 35,2%да – бештадан ортиқ сурункали касалликларни қўшилиб аниқланиши тасдиқланади [$P<0,05$].

90-99 ёшли узоқ умр кўрувчиларни Наманган шароитида комплекс эпидемиологик тадқиқот ($n=86$) кўрсатадики, уларда коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 75,6% ни ташкил қилади 1,2% текширилганларда – битта касаллик, 9,3% да – иккита касаллик, 9,3% да – учта касаллик, 12,8% да – тўртта касаллик ва 43,0% тида бешта ва ундан ортиқ сурункали полиаэзоли хасталанишлар бир пайтда қайд қилинади [$P<0,05$].

Тадқиқот маълумотларини Фарғонанинг 90-99 ёшли геронт аҳолисида статистик қайта ишлаш қуйидагиларни тасдиқлади ($n=222$): коморбид касалликлар 96,4% тарқалиш частотаси билан кузатилиб, фақат 1,4% текширилганларда касаллик қайд қилинмайди; битта касаллик – 3,6%, иккита касаллик – 14,0%, учта касаллик – 13,1%, тўртта касаллик – 14,0% ва бештадан ортиқ касаллик – 50,5% частоталарда тарқалиш билан бир вақтда қўшилишиб қайд этилади [$P<0,05$].

Қашқадарёнинг 90-99 ёшли аҳолисида ($n=175$) коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 60,0%ни ташкил этиб, битта касаллик -1,1%, иккита касаллик қўшиливи – 2,9%, учта касаллик қўшиливи – 4,0%, тўртта касаллик қўшиливи – 2,3% ва бештадан зиёд касалликни бир вақтда қўшилишиб аниқланиши частотаси – 49,1% ни кўрсатиб эътиборни жалб қилади [$P<0,05$].

Шундай таҳлиллар Жиззах вилояти бўйича, 90-99 ёшли аҳолида бажарилди ($n=47$), қуйидагиларни тасдиқлади: 1) коморбид касалликлар 72,3% тарқалиш частотасида аниқланади; 2) 1 та касаллик бор аҳоли аниқланмайди; 3) иккита касаллик қўшиливи – 8,5% частотада қайд қилинади; 4) учта касалликни қўшиливи частотаси – 6,7% ни ташкил қилади; 5) тўртта касалликни қўшиливи кузатилмайди; 6) бешта ва ундан ортиқ сурункали касалликларни бир вақтда қўшилишиб учраши частотаси – 55,3%ни ташкил этади [$P<0,05$].

Хулоса. Хулоса қилиш мумкинки, 90-99 ёшли аҳолида коморбид касалликларни қиёсан юқор частоталарда аниқланиши Фарғона ва Андижон худудларида, сезиларли фарқ билан (23,8%га) эса паст кўрсаткичларда – Қашқадарё, Жиззах ва Наманганда тасдиқланади. 5 тадан зиёд касалликларни қўшиливи юқори частоталари Жиззах, Фарғона ва Қашқадарёнинг, паст частоталари бўлса Андижон ва Наманганнинг 90-99 ёшли аҳолисида қайд қилинади.

КЎП СОНЛИ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ ТУРЛИЧА ҚЎШИЛУВИДА КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАРҚАЛИШИ, ЁШГА ВА ГЕНДЕР ОМИЛГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ЖИХАТЛАРИ.

*Мамасолиев Н.С., Сирожиддинов К.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон*

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти. Геронт аҳолида, 90-99, 100-105 ва ≥ 106 ёш гуруҳларида, коморбид касалликни ўрганиш фанда устувор илмий йўналиш ва амалиётда долзарб масала ҳисобланади [1;2;3]. Коморбид касалликларни ҳозирги даврдаги геронт аҳолида муаммолиги шу билан ифодаланадики, улар иктисодий йўқотишларни ҳам кескин оширган ёки анча иқтисодий харажатлар улар талаб қилади. Статистика далолат беришича, кўпчилик мамлакатларда суғурта харажатларининг 80%ти коморбид касалликлари бўлган геронт ва геронтологик ёшдаги аҳолига тўғри келади [4].

Тадқиқотнинг мақсади. Коморбид касалликларни ва уларнинг хатар омилларининг тарқалишини Ўзбекистоннинг турли минтақаларида истиқомат қилувчи геронт аҳоли популяциясида ўрганиш, самарали ташхисоти ва профилактикаси усулларини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Дизайни бўйича – бир вақтли эпидемиологик тадқиқот Ўзбекистоннинг 5 та вилоятида – Андижон, Наманган, Фарғона, Жиззах ва Қашқадарё вилоятларининг 90 ёшдан ошган (геронт популяция) ва 106 ёшдан ошган (супергеронт популяция) аҳолисида ташкил этилди. Жами 635 та $\geq 90-106$ ва юқори

ёшли аҳоли текширилди (258 та эркалар ва 377 та аёллар). 506 та – 90-99 ёшлилар (эркаклари – 218 та ва аёллари – 288 та), 102 та – 100-105 ёшлилар (33 таси – эркалар ва 69 таси аёллар) ва 27 та 106 ёшдан ўтганлар (эркаклари – 7 та ва аёллари – 20 та).

Эпидемиологик тадқиқотнинг хослиги ва талабларидан келиб чиқиб текширувни геронт – супергеронт аҳолида амалга оширишни режалаштириш, тадқиқотни тайёрлаш, тадқиқотни ўтказиш, маълумотларни қайта ишлаш, натижаларни таҳлил қилиш ва шарҳлаш, олинган натижалардан фойдаланиш ва уларни амалиётга жорий қилиб тиббий, ижтимоий ва иқтисодий самарадорликларини ўрганиш ва баҳолаш.

Натижа ва муҳокамалар. Кўп сонли хатар омилларининг (КСХО) турлича қўшиливида коморбид касалликларнинг тарқалиши ва ифодаланиши ≥ 90 -106 ёшли аҳолида ўрганилди ва хос жиҳатлари тасдиқланди.

“АГ (артериал босим) +ДЛП (дислиппротеидемия)+ОТВ (ортиқча тана вазни)” қўшиливи билан ифодаланган КСХО “бор” ва “йўқ” бўлган геронт аҳолида коморбид касалликлар мувофиқ бўлиб – 72,60% ва 27,40% аниқланиш частоталари билан тасдиқланади [$P<0,05$]. Геронт аҳолида “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш” қўшиливида ифодаланган КСХО “бўлганда” ва “бўлмаганда” эса коморбид касалликларни тарқалиши кўрсаткичлари – 83,06% ва 16,94% частоталарда қайд қилинади [$P<0,05$].

КСХО “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” қўшиливи билан ифодаланиб “аниқланган геронт” ва “аниқланмаган геронт” аҳолида коморбид касалликларни қайд этилиш частоталари – 82,25% ва 17,75% ни ташкил этади [$P<0,05$].

Геронт аҳолида “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ (мева-сабзавотларни меъёрдан кам истеъмоли)” қўшиливида шаклланган КСХО “бўлганда” ва “бўлмаганда” коморбид касалликларни тарқалиш частотаси мувофиқ тарзда – 82,66% ва 17,34%дан тасдиқланади [$P<0,05$]. ≥ 90 -106 ёшли геронт аёлларда КСХОга боғлиқ ҳолда коморбид касалликларни тарқалишининг хос жиҳатлар ва ифодаланишлари қуйидагича тавсифланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” қўшиливи билан шаклланган КСХОда коморбид касалликларни аниқланиш частотаси -62,96% (омил бўлганда) ва 37,04% дан (омил бўлмаганда) қайд қилинади [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” шаклида ифодаланган КСХО “бор” ва “йўқ” геронт аёлларда КК – 69,3% ва 30,61% аниқланиш частотаси билан тасдиқланади [$P>0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” қўшиливи бўлган геронт аёллар популяциясида ККни тарқалиш частоталари – 75,90% ва 24,10%дан кузатилади [$P<0,05$]; 4) геронт аёлларда (≥ 90 -106 ёшли) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” қўшиливи билан таркибланган КСХО “бўлганда ва бўлмаганда” коморбид касалликлар мувофиқ бўлиб – 71,67% ва 28,33% дан аниқланиш частоталарида тасдиқланади [$P>0,05$].

“АГ+ДЛП+ОТВ” қўшиливи билан КСХО “бўлган” ва “бўлмаган” геронт эркаларда ККни аниқланиш частоталари – 84,62% ва 15,38% кўрсаткичларни кўрсатади [$P>0,05$]. АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” қўшиливи билан ифодаланган КСХО “бор” ва “йўқ” геронт аёлларда КК – 92,00% ва 8,0% аниқланиш частоталари билан тасдиқланади [$P<0,05$]. КСХОни “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” қўшиливи асосида шаклланган тури “бўлган” ва “бўлмаган” ≥ 90 -106 ёшли аёлларда коморбид касалликларни аниқланиш частоталари мувофиқ бўлиб – 90,91% ва 9,09% дан қайд қилинади [$P<0,05$].

Яна тасдиқланадики, “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” қўшиливида шаклланган КСХО “бор” ва “йўқ” геронт аёлларда КК тарқалиш частоталари – 91,39% ва 8,61% кўрсаткичларда ифодаланиб кузатилади [$P<0,05$].

Умуман, аниқландики, КСХО таркиби ошиб борган сари унга узвий боғлиқлик билан коморбид касалликларнинг аниқланиш частоталари геронт эрка ва аёлларда сезиларли даражада ошиб боради.

90-99 ёшли геронт популяцияда КСХОнинг қуйидагича қўшилувлари “бўлганда” ва “бўлмаганда” мувофиқ бўлиб коморбид касалликлар хос частоталарда тасдиқланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” да – 67,23% ва 32,77%дан [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 78,97% ва 21,03% дан [$P<0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия”да – 79,84% ва 20,16% дан [$P<0,05$]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 78,90% ва 21,10% дан - [$P<0,05$]; 5)

“АГ+ДЛП+ОТВ”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$]; 6) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия”да – 100,0% ва 0,0%дан [$P<0,05$].

Коморбид касалликларни КСХО турли кўринишларига боғлиқ бўлиб 100-105 ёшдаги геронт аҳолида аниқланиш частоталари қуйидагича ифодаланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” да – 100,0% ва 0,0% [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия” га боғлиқ ҳолда, бу қўшилув “бўлганда” ва “бўлмаганда” – 100,0% дан [$P<0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ” да – 78,08% ва 21,92% дан [$P>0,05$]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” да – 100,00% ва 0,0%дан [$P<0,05$].

Супергеронт (≥ 106 ёшли) аҳолида КСХО турли кўринишларга боғлиқ ҳолда, ушбу омиллар “бўлганда” ва “бўлмаганда” коморбид касалликларни тарқалиш частоталари сезиларли тафовутлар билан қуйидагича тасдиқланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”да – 85,71% ва 14,29% дан [$P<0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 92,31% ва 7,69%дан [$P>0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия+АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 85,83% ва 4,17% дан [$P>0,05$].

Геронт аёлларнинг ёшига боғлиқ ҳолда, КСХО турли кўринишлари “бўлган” ва “бўлмаган”ларда, коморбид касалликларни аниқланиш частоталари ишончли ва сезиларли тафовутлар билан 90-99 ёшлиларда қуйидагича частоталарда тавсифланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”га боғлиқ ҳолда – 57,35% ва 42,65%дан [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 62,82% ва 37,18%дан [$P>0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия”да – 72,99% ва 27,01%дан [$P<0,05$]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 65,26% ва 34,74%дан [$P<0,05$].

Геронт аёлларнинг 100-105 ёш гуруҳидагиларда КСХОга боғлиқ ҳолда, яъни ушбу омиллар “бўлганда” ва “бўлмаганда” коморбид касалликларни тарқалиш частоталари фарқ билан қайд қилинади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 80,0% ва 20,0%дан [$P>0,05$]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P<0,05$].

Ушбу популяциянинг ≥ 106 ёш гуруҳига кирувчиларида, КСХО “бор” ва “йўқ” бўлганларда, коморбид касалликлар тафовутлари ва ҳосликни ифодалаб қуйидагича тарқалиш частоталарида тасдиқланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”да – 83,33% ва 16,67% дан [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия+ АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 94,12% ва 5,88%дан [$P>0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 87,50% ва 12,50% дан [$P>0,05$].

КСХО турили ифодаланиш “мавжуд” ва “мавжуд бўлмаган” 90-99 ёш гуруҳидаги эркаклар коморбид касалликлар тафовутлари частоталари билан кузатилади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ” қўшиливи билан ифодаланган КСХО бўлганда ва бўлмаганда коморбид касалликлар – 80,39% ва 19,61% дан аниқланади [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 89,74% ва 10,26% дан [$P<0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамияда” – 88,29% ва 11,71%дан [$P<0,05$]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 89,43% ва 10,57%дан [$P<0,05$].

100-105 ёш гуруҳидаги геронт эркакларда КСХО “мавжуд бўлганда” ва “мавжуд бўлмаганда” коморбид касалликлар қуйидаги аниқланиш частоталари билан тасдиқланади: 1) “АГ+ДЛП+ОТВ”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$]; 4) “АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$].

Коморбид касалликларни кўп сонли хатар омилларининг турлича қўшиливи билан геронт ≥ 106 ёшли аҳолида ифодаланиб тарқалиши хусусиятлари, КСХО “бор” ва “йўқ” гуруҳларда, қуйидаги тарқалиш частоталари билан ифодаланди: 1) “АГ+ ДЛП +ОТВ” қўшиливи билан КСХО ифодаланганда – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$]; 2) “АГ+ДЛП+ОТВ+чекиш+АИ”да – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$]; 3) “АГ+ДЛП+ОТВ+гиподинамия+АГ+ДЛП+ОТВ+МСПМКИ” – 100,0% ва 0,0% дан [$P>0,05$].

Олинган маълумотлар ҳулоса берадики, кўп сонли ХО геронт аҳолининг ҳамма гуруҳларида коморбид касалликларни кескинлашиб шаклланишга олиб келади ва уларнинг кучли хатар омиллари сифатида тасдиқланади.

Хулоса. Тадқиқотнинг якуний хулосаси сифатида “Коморбид касалликларни геронт аҳолида профилактикаси алгоритми ва модели” ишлаб чиқилди, амалиётга тавсия этилди ҳамда унинг тиббий, иқтисодий – ижтимоий ва фармакотерапевтик самарадорлиги баҳоланиб аниқланади: ушбу тизимнинг ишланишини таъминланиши геронт аҳолида тиббий ёрдам кўрсатиш сифати ва самарасини – 84,0% гача оширади, фармакохавф – 100,0%га бартарафланади ва геронтларда умрни яна 10-15 йилгача узайтириш имконияти туғдирилади.

СУРУНКАЛИ СТЕАТОГЕПАТИТНИНГ ТАРҚАЛИШ ЧАСТОТАСИНИ АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА 20 ЙИЛЛИК ДИНАМИКАСИ

Н.С. Мамасолиев., Г.Ж. Хомидова., З.Н. Мамасолиев., Б.У. Усмонов., Г.Р. Адилова
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Илмий манбаларда ҳам мавзунинг долзарблиги ва зарурати куйидагича талқин этилади: цивилизация касаллиги ёки замон синдроми сифатида ер шари аҳолисининг 25 фоизда (жигарни ёғ босиши касаллиги таркибида) ва жигарни ёғ босиши касаллиги билан хасталанган аҳолининг ҳар иккинчисида (50 фоиз) эпидемик тусда тарқалиш билан кузатилади, фақат касалликни тўхтовсиз ўсиб бориш тенденцияси давом этмоқда, касаллик 80 фоизга етиб асосий юрак – қон томир касалликлари билан ассоцирланиб қайд қилинади ва ЮҚК ўлимини 2 баробарга оширади, юқори тарқалиш частотаси меҳнатга лаёқатли аҳолида аниқланади ва 77 фоиз ҳолатларда клиник ноаниқ кечиш билан ифодаланади, кўпчилик ҳолатларда хасталик ЮҚКни бош хатар омилларини “туғдириб” ёки аксинча улар фонида туғилиб давом этади ва 20 фоиз аниқ кечиш (жигар хасталанишини ташқи симптомларини намоён этиб) кўринишида аниқланади ҳолос.

Изланишнинг масқади. Фарғона водийси шароитида ноалкоголли стеатогепатитни тарқалиши, хатар омиллари ва кечишини ўрганиш, предикцияси ва профилактикасининг хос жиҳатларини аниқлашдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Тадқиқотда эпидемиологик, умумклиник, биохимик ва асбобий усуллар (УТТ, КТ, МРТ, Эластография, ФГДС, ЭКГ) ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Изланиш натижалари. 20 йиллик эпидемиологик мониторинг натижаларини таҳлилидан куйидагилар маълум бўлди: 1) НСГст умумий популяцияда 10,4% аниқланиш частотаси билан тасдиқланади; 2) 20 йил давомидаги аниқланиш частотаси 8,3% ва 8,0% дан қайд қилиниб, деярли ўзгаришсиз ифодаланади; 3) НСГстни кучли ўсиш тенденцияси олдинги 16 йил давомида 8,3% дан (2000 йилда) 34,7% га (2016 йилда) етиб, яъни 3,9 мартага ортиш билан ифодаланиб кузатилади; 4) кейинги 4 йил ичида эса йилдан йилга камайиш тенденциясида аниқланади: шу йилларда НСГст салкам 4 баробарга етиб, яъни йилига 8,0% дан ўртача камайиш частотасини ифодалаб тасдиқланади [$X^2=4,015$; $C=0,030$; $RR=1,198$; 95% $CI=1,007-1,424$].

НСГст эркаклар (11,2%) ва аёллар орасида (9,4%) фарқланиб аниқланади. Тафовутланиш частотаси 1,8% ни ташкил қилиб эркакларда устуворлик қилади ($P<0,05$).

20 йиллик эпидмониторингда эркакларда НСГни тарқалиш частотаси 11,8%дан 8,7%га камайиш билан (3,1% га $P<0,05$) қайд қилинади. 16 йил давомида кескин ўсиш билан кузатилиб (20,7%га), сўнг кейинги 4 йилда 23,8%га пасайиш тенденциясида тасдиқланади.

Ёш аёллар популяциясида аксинча эпидемиологик тенденция тасдиқланади, йиллар давомида камайиш эмас, балки 3,8% дан 7,3%гача (3,5%га) ўсиш частотасида НСГст қайд қилинади ($P<0,05$). Аёлларда касалликни ўсиш частотаси (то 37,5%гача етиб) 16 йил давомида кузатилади ва кейинги 4 йилда 5,3 мартага (30,2%га), яъни сезиларли камайиш билан тасдиқланади ($P<0,001$).

Хулоса. Хулоса чиқариш мумкин бўладики 20 йиллик НСГст нинг ўртача тарқалиш частотаси 10,4%ни ташкил қилиб сезиларли фарқ билан эркакларда кўп қайд қилинади. Динамикада эркакларда камайиб бориш ва аёлларда бўлса, деярли икки баробарга етиб

кўпайиб бориш тенденцияси НСГстда тасдиқланади. Кўпчилик тадқиқотларда ҳам шундай тенденцияси қайд қилинган.

СТЕАТОГЕПАТИТНИНГ АСОСИЙ АСОРАТЛАРИНИ ВОДИЙ ШАРОИТИДА ТАРҚАЛИШИ ЧАСТОТАСИНИ ГЕНДЕРЛИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Г.Ж. Хомидова., Н.С. Мамасолиев., Д.М.Қаландаров., Б.У.Усмонов., Г.Р. Адилова
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Илмий манбаларда ҳам мавзунинг долзарблиги ва зарурати куйидагича талқин этилади: цивилизация касаллиги ёки замон синдроми сифатида ер шари аҳолисининг 25 фоизда (жигарни ёғ босиши касаллиги таркибида) ва жигарни ёғ босиши касаллиги билан хасталанган аҳолининг ҳар иккинчисида (50 фоиз) эпидемик тусда тарқалиш билан кузатилади, фақат касалликни тўхтовсиз ўсиб бориш тенденцияси давом этмоқда, касаллик 80 фоизга етиб асосий юрак – қон томир касалликлари билан ассоцирланиб қайд қилинади ва ЮҚК ўлимини 2 баробарга оширади, юқори тарқалиш частотаси меҳнатга лаёқатли аҳолида аниқланади ва 77 фоиз ҳолатларда клиник ноаниқ кечиш билан ифодаланади, кўпчилик ҳолатларда хасталик ЮҚКни бош хатар омилларини “туғдириб” ёки аксинча улар фонида туғилиб давом этади ва 20 фоиз аниқ кечиш (жигар хасталанишини ташқи симптомларини намоён этиб) кўринишида аниқланади ҳолос.

Изланишнинг масқади. Фарғона водийси шароитида ноалкоголли стеатогепатитни тарқалиши, хатар омиллари ва кечишини ўрганиш, предикцияси ва профилактикасининг хос жиҳатларини аниқлашдан иборат.

Изланиш материаллари ва усуллари. Тадқиқотда эпидемиологик, умумклиник, биохимик ва асбобий усуллар (УТТ, КТ, МРТ, Эластография, ФГДС, ЭКГ) ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Изланиш натижалари. Асоратланган ноалкоголли стеатогепатит (АНСГст) 7 турли кўринишда (асцит, спонтан бактериал перитонит, қизилўнгач варикоз кенгайган веналардан қон кетиш, пороти тизимли қон кетиш, жигар етишмовчилиги, жигар – буйрак синдроми, жигар хужайралари раки) ифодаланиб юқори частоталарда аниқланади. 18-74 ёшли популяцияда АНСГстнинг асосий асоратлари куйидагича аниқланиш частотаси билан қайд қилинади: асцит – 35,9% (эркакларда – 38,4% ва аёлларда – 32,5%дан, $P>0,05$), спонтан бактериал перитонит – 20,2% (эркакларда – 20,1% ва аёлларда – 20,3% дан, $P>0,05$), қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш – 23,3% (эркакларда 23,3% ва аёлларда – 23,4%, $P>0,05$), поротизимли қон кетиш – 26,1% (эркакларда - 26,9% ва аёлларда – 24,9%, $P>0,05$), Жигар етишмовчилиги – 43,9% (эркакларда – 45,5% ва аёлларда – 41,6%, $P>0,05$), жигар – буйрак синдроми – 24,8% (эркакларда – 25,1% ва аёлларда – 26,9%, $P>0,05$) ва жигар раки – 24,2% (эркакларда 29,4% ва аёлларда – 22,3%, $P>0,05$).

Хулоса. Умуман аниқландики НСГст хавфли асоратларни ҳар бешинчи ёки тўртинчи беморда аксарият келтириб чиқариш билан тавсифланади, эркак ва аёлларда сезиларсиз тафовут билан кузатилади [$X^2=0,004$; $C=0,001$; $RR = 1,005$; 95 % $CI = 0,731 - 1,381$ $P > 0,05$]. Эрта аниқлаш ва профилактика дастурларини ўтказиш АНСГст аҳоли орасида 20% дан то 43,9%гача етиб бартарафлаш имконини беради.

ДИФФУЗ ТОКСИК БЎҚОҚЛИ «ТИПОЛГИК» ХУСУСИЯТЛИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Юсупова Ш.К., Ботирова Д.Р., Хамидов Ф.Ш., Нишоновна Н.А.
Андижон давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти. Бугунги кунга келиб, диффуз токсик бўқоқ (ДТБ) учун қалқонсимон безнинг нормал функциясини тиклайдиган аутоиммун ҳолатларни

тузатадиган даволаш усули мавжуд эмас [1]. Маълумки, ҳозирги вақтда ДТБ-ни даволашнинг учта асосий усули мавжуд. Бу консерватив терапия, жарроҳлик даволаш ва радиоактив ёд билан даволаш [3]. Ихтисослашган самарали ва замонавий эндокринология ёрдами тизимини шакллантириш, қандли диабет ва бошқа эндокрин касалликлар профилактикаси ва уларни барвақт аниқлаш чораларини янада такомиллаштириш, аҳолига ихтисослашган юқори малакали эндокринология ёрдамини кўрсатиш сифати ва имкониятларини ошириш талаб этилади [2].

Тадқиқот мақсади Тиреоидологияда тактик жиҳатларни такомиллаштириш орқали диффуз токсик бўқоқни даволаниш натижаларини ва ҳаёт сифатини яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ўзбекистон Республикаси марказий ихтисослашган Эндокринология илмий текшириш институтининг Андижон филиали Андижон вилоят Эндокринология диспансерининг Тиреоидология бўлимида 2021-йилдан 2024-йилгача ДТБ касаллиги билан ётиб даволаниб чиқиб кетган 230 нафар беморларнинг касаллик тарихлари, картотекалари ўрганилди.

2021 йилдан 2024 йилгача тиреоидология бўлимига даволаниш учун ётган беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. 2021-2022 йилларда даволанган 110 нафар беморлар солиштирув гуруҳи деб номланди. 2023-2024 йилларда даволанган 120 нафар беморлар асосий гуруҳ деб аталди. Солиштирув гуруҳидаги беморларни даволаш ананавий усулда олиб борилди. Даволаш стандарт бўйича ўтказилди. Ва ҳар бир беморга индивидуал ёндашилди. Асосий гуруҳдаги беморларга ананавий усулга қўшимча қилиб комплекс даволаш усули қўлланилди.

Натижа ва муҳокамалар. 110 нафардан 20% беморда тиреотоксикоз енгил даражаси, 15,5% беморда тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси, 2,7% беморда тиреотоксикоз оғир даражаси, жами 38,2% беморда рецидив юзага келган ва оператив даволаниш учун жарроҳлик бўлимига ўтказилган бўлса, 61,8% беморлар ананавий даволанишдан сўнг ремиссияга тушиб қолган.

120 нафардан 14,2% беморда тиреотоксикоз енгил даражаси, 10% беморда тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси, 1,7% беморда тиреотоксикоз оғир даражаси, жами 25,8% беморда рецидив юзага келган ва оператив даволаниш учун жарроҳлик бўлимига ўтказилган бўлса, 74,2% беморлар ананавий даволанишдан сўнг ремиссияга тушган ва узок муддатли даволанишдан кейин соғайиб кетган.

Асосий гуруҳни тиреоидология бўлимида ананавийга қўшимча комплекс даволаниб ремиссияга тушаётган ва рецидивга ўтаётган беморларни қиёслаганда: тиреотоксикоз енгил даражаси билан ананавий даволанганлар ичида 3 баробарга ($p<0,001$), тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси билан 2,1 баробарга ($p<0,01$), тиреотоксикоз оғир даражаси билан 5,5 баробарга ($p<0,001$), жами беморлар сони 2,9 баробарга ($p<0,01$) ишончли камайиб рецидивга ўтган. Солиштирув гуруҳига таққосланганда ремиссия тиреотоксикоз енгил босқичида 1,6 баробарга ($p<0,05$) ва тиреотоксикоз ўрта оғир босқичида 1,1 баробарга кўпайган, тиреотоксикоз оғир босқичида 1 баробарга камайган, жами беморлар сони 1,3 баробарга ремиссияга тушиши ортган. Рецидив тиреотоксикоз енгил босқичида 1,3 баробарга ва тиреотоксикоз ўрта оғир босқичида 1,4 баробарга, тиреотоксикоз оғир босқичида 1,5 баробарга, жами беморлар сони 1,4 баробарга рецидивга ўтиши камайган.

ДТБ даволашга қўшимча қилиб, 2023-йилдан бошлаб ананавий усулга комплекс даволаш усули киритилди (+Селен, +Витамин Д, +Harmony Lux). Ананавий даволаш усулидан ($n=110$) 2021 йилда тиреотоксикоз енгил даражаси билан 24,5% ремиссия, 11,8% рецидив; тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси билан 17,3% ремиссия, 7,3% рецидив; тиреотоксикоз оғир даражаси билан 5,5% ремиссия, 0,9% рецидив, жами беморлар сони 47,3% ремиссия, 20% рецидив ривожланган. Ананавий даволаш усулидан ($n=110$) 2022 йилда тиреотоксикоз енгил даражаси билан 26,4% ремиссия, 8,2% рецидив; тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси билан 18,2% ремиссия, 8,2% рецидив; тиреотоксикоз оғир даражаси билан 8,2% ремиссия, 1,8% рецидив, жами беморлар сони 52,7% ремиссия, 18,2% рецидив юзага келган.

Комплекс даволаш усулидан ($n=120$) 2023 йилда тиреотоксикоз енгил даражаси билан 28,3% ремиссия, 10% рецидив; тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси билан 15,8% ремиссия, 2,7% рецидив; тиреотоксикоз оғир даражаси билан 5,8% ремиссия, 0,9% рецидив, жами беморлар сони 50% ремиссия, 13,6% рецидив аниқланган. 2024 йилда ($n=120$) тиреотоксикоз енгил даражаси билан 30% ремиссия, 5,5% рецидив; тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси билан 15% ремиссия, 8,2% рецидив; тиреотоксикоз оғир даражаси билан 5% ремиссия, 0,9% рецидив, жами беморлар сони 50% ремиссия, 14,5% рецидив кузатилган. Ананавий даволаш усулидан сўнг солиштирув гуруҳида операцияга боровчилар 2021 йилда 2,4 баробарга ($p<0,01$), 2022 йилда 2,9 баробарга ($p<0,01$), жами 2,6 баробарга ($p<0,01$) беморлар сони ишончли камайган.

Асосий гуруҳда операцияга боровчилар 2023 йилда 4 баробарга ($p<0,001$), 2024 йилда 3,8 баробарга ($p<0,001$), жами 3,9 баробарга ($p<0,001$) беморлар сони ишончли кескин камайган. Солиштирув гуруҳида рецидив ишончли $p<0,01$ -га пасайган бўлса, Комплекс даволаш усулидан сўнг эса асосий гуруҳда рецидив ишончли $p<0,001$ -га кескин камайяпти. Гуруҳлар бўйича даволаниш жараёнини кўриб чиқадиган бўлсак, қўшиб қўлланилган комплекс даволаш усулидан сўнг ремиссияга тушган беморлар сони солиштирув гуруҳида 61,8%-га, асосий гуруҳда 74,2%-га кўтарилган.

Хотима. Натижалардан кўриниб турибдики, ананавий даволашдан сўнг солиштирув гуруҳида 61,8%-га ва ананавийга қўшимча қўшиб қўлланилган комплекс даволаш усулидан сўнг асосий гуруҳда ремиссияга тушган беморлар сони 74,2%-га кўпайган. Ремиссиядан рецидивга ўтган беморлар сони солиштирув гуруҳида 38,2%-га, асосий гуруҳда 25,8%-га камайиб борган. Рецидивга ўтган беморлар ремиссияга тушган беморларга нисбатан солиштирув гуруҳда 1,6 баробарга ($p<0,05$), асосий гуруҳда 2,9 баробарга ($p<0,01$) ишончли камайиб келган. Қўшилган комплекс даволашни самарадорлиги ремиссияга тушган беморларни кўпайтирсада, рецидивни юзага келишини камайитиришга хисса қўшган.

ДИФФУЗ ТОКСИК БЎҚОҚНИ ДАВОЛАШНИ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ТАКОМИЛЛАШУВИДА БАЛЛИК БАҲОЛАШ АЛГОРИТМИ.

***Юсупова Ш.К., Хамидов Ф.Ш., Ботирова Д.Р., Нишоновна Н.А.**
Андижон давлат тиббиет институти*

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти. Бугунги кунга келиб, ДТБ учун қалқонсимон безнинг нормал функциясини тиклайдиган аутоиммун ҳолатларни тузатадиган даволаш усули мавжуд эмас [1]. Консерватив даволанишнинг асосий босқичлари: қалқонсимон без гормонлари синтезини бостириш учун тиреостатикларни юбориш; барқарор гормонлар даражасига эришгандан сўнг дозани аста-секин камайитириш; терапия самарадорлигини назорат қилиш учун ТШ, эркин Т3 ва Т4 даражасини кузатишдан иборат [2].

Тадқиқот мақсади Тиреоидологияда тактик жиҳатларни такомиллаштириш орқали диффуз токсик бўқоқни даволаниш натижаларини ва ҳаёт сифатини яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ўзбекистон Республикаси марказий ихтисослашган Эндокринология илмий текшириш институтининг Андижон филиали Андижон вилоят Эндокринология диспансерининг Тиреоидология бўлимида 2021-йилдан 2024-йилгача ДТБ касаллиги билан ётиб даволаниб чиқиб кетган 230 нафар беморларнинг касаллик тарихлари, картотекалари ўрганилди.

2021 йилдан 2024 йилгача тиреоидология бўлимига даволаниш учун ётган беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди. 2021-2022 йилларда даволанган 110 нафар беморлар солиштирув гуруҳи деб номланди. 2023-2024 йилларда даволанган 120 нафар беморлар асосий гуруҳ деб аталди. Солиштирув гуруҳидаги беморларни даволаш ананавий усулда олиб борилди. Даволаш стандарт бўйича ўтказилди. Ва ҳар бир беморга индивидуал ёндашилди. Асосий гуруҳдаги беморларга ананавий усулга қўшимча қилиб комплекс даволаш усули қўлланилди.

Натижа ва муҳокама. Биз қўллаётган баллик баҳолаш тизими асоратларни сезиларли даражада пасайишига олиб келади, қолаверса касалликни гиподиагностикага тушурмасдан тўғри ташхисот қўйишга ундайди. Шунингдек, беморларни ҳаёт сифатини эрта тикланишига ва шу сабабли оила даврасига соғлом ҳолатда кириб боришига олиб келади. Шу аснода алгоритмни тартибига олиб кириш маъқул деб топилди. Узоқ йиллик олиб борилган текширувлардан сўнг албатта узоқ йиллик натижаларни кузатиш, таҳлил қилиш ва беморларни ҳаёт сифатини назорат қилиш мақсадга мувофиқ бўлди.

Биринчи уринишда шартли ва шартли бўлмаган текширув усулларни ажратиб олдик. Бу баллик баҳолаш алгоритми ҳар бир шартли текширув босқичидан ўтилади. Балл қанчалик кўп тўпланиб йиғилган сари, диагностика асосланиб боради. Диагностика қанчалик шаффофлашиб борса, даволаш усули ҳам шунчалик мустаҳкамлашиб боради. Бемор соғайишига ишонч ортиб боради. 2021-2022 йилларда 100% бемордан 38,2%-да рецедив авж олиб операция қилдирган, қолган 61,8% соғайган. Агарда бемор шартли текширувлардан тўлиқ ўтиб, берилган комбинациядаги даволашни тўлиқ бажарганидан сўнг, 2023-2024 йилларда 100% беморни 25,8% ремиссиядан қайтиб операцияга мухтожлиги сезилган. Ҳар бир босқичдан ўтилганда қўшиб бориладиган балли баҳолаш тизими. Ҳар бир катакдан ўтиб бажарилган шартлар, беморга индивидуал ёндашиб, ҳаёт сифатига тўла тўққис кафилликни бера олади. Белгиланган балларни эгаллаши ҳаёт сифатини қай даражадалигини кўрсатиб беради.

Бўқоқнинг ультратовуш текшируви қалқонсимон без касалликларини ташхислашнинг энг замонавий, арзон ва юқори маълумотли инвазив бўлмаган усулларида бири ҳисобланади. Доплер кўруви тугунларнинг қон томирланиш даражаси билан эмас, балки унинг ҳажмига боғлиқ гистологик тузилиш билан аниқланади. Ультратовушнинг камчиликлари орасида безнинг ретростернал жойлашган қисмларини кўришнинг иложи бўлмаслиги, яхши ва ёмон, ҳафсиз ва ҳафли шаклланишларни ажрата олмаслик сонограф шифокорининг малакасига боғлиқлиги талаб қилинади. Бўқоқ бўлақларини пастки қутби айрим катталашган бўқоқларда ўмров суягини ортида жойлашади. Шу сабабли кўп рентген аппаратлар ёрдамида аниқлаш мумкин. Лекин сифатли чиқариб бериши камроқ. Орқасидан контрастли MSKT ёки MPT тавсия қилинади. Сохта овоз бойлами нимшолини инкор қилиш учун оторинолоринголог консультацияси ўтказилади.

Қондаги холестерин миқдори, радиоизотоп сканерлаш, рефлехиометрия, эхостеометрия, рентгенография, MPT-лар шартли бўлмаган текширувларга киради. Бу текширув аппаратлари ҳамма клиникаларда ҳам учрамайди. Қолаверса булар бериши мумкин бўлган маълумотга ўхшаш маълумотни асосийдаги текширувлар ҳам бериши мумкин. Ингичка игнали аспирацион биопсияда тугун кичик бўлса, уни топпиш ҳақиқати муаммоли бўлиб қолади. Агар тугун катта бўлса, кейин сонографик кўрсатмаларсиз кафолат бериш мумкин эмас, биопсия тугуннинг чегара бўлимларидан олинади, бу эрда ситологик расм энг информативдир.

Гисто-морфологик текширув бу энг аниқ ва яқуний 100%-ли тўғри маълумот берувчи текширув ҳисобланади. Ҳар бир даволанган беморларни яқунини, ҳаёт сифатини билиш учун албатта ретроспектив меттатаҳлил ўтказиш ва ҳисобот юритиш зарур ҳисобланади. Бундан келиб чиққан келгусидаги натижаларга қараб хирургик тактик белгиланади ва замонавий даволаш чора тадбирлари режалаштирилади.

Хотима. Тавсия этилган ДТБни даволашни замонавий диагностик такомиллашувида баллик баҳолаш алгоритми: бу – ретроспектив натижаларни диагностик такомиллашуви остида даволаш самарадорлигини ошириш деб қаралди. Бу қўллаётган баллик баҳолаш тизими асоратларни сезиларли даражада пасайишига олиб келади, қолаверса касалликни гиподиагностикага тушурмасдан тўғри ташхисот қўйишга ундайди. Шунингдек, беморларни ҳаёт сифатини эрта тикланишига ва шу сабабли оила даврасига соғлом ҳолатда кириб боришига олиб келади. Шу аснода алгоритмни тартибига олиб кириш маъқул деб топилди.

МАСТОПАТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мамарасулова М.Т. – студентка лечебного факультета Ташкентского государственного медицинского университета

Холмурзаева Э.А. – студентка лечебного факультета EMU University.

Умарова З.Х. – старший преподаватель кафедры гистологии и медицинской биологии Ташкентского государственного медицинского университета

Мастопатия — распространённая патология, которая встречается у женщин всех возрастов. Она проявляется болью в молочных железах, появлением уплотнений и необычными выделениями из сосков.

Гистологически (т.е. на тканевом уровне) мастопатия характеризуется доброкачественными изменениями молочных желез, обусловленными гормональным дисбалансом. Гистологически описывая мастопатию, можно увидеть изменения в нескольких компонентах молочной железы. Первая из них - эпителиальная клетка молочной железы. При эпителиальных изменениях мы можем наблюдать следующие изменения: пролиферация (увеличение количества клеток внутреннего эпителия молочных протоков), гиперплазия (эпителиальный слой в стенке протоков утолщается, иногда становится многослойным (в норме однослойным)), атипичная гиперплазия (иногда наблюдаются изменения формы и ядра клеток, что может увеличить риск развития рака). Разрастание волокнистой ткани в молочной железе (фиброз) - увеличение количества соединительной ткани (коллагеновой), что приводит к уплотнению молочных желез. Под микроскопом мы видим, что эпителиальная ткань увеличена, стала многослойной, а фиброзная ткань состоит из плотных коллагеновых волокон. Мастопатия - это гистологически гормонально-зависимое заболевание, особенно нарушение баланса эстрогена и прогестерона. Поэтому результаты гистологического исследования оцениваются в сочетании с клиническими симптомами и результатами УЗИ. Мастопатия проявляется в нескольких формах и классифицируется по гистологическим изменениям в молочной железе. Основными проявлениями мастопатии являются: фиброзная, кистозная, фиброзно-кистозная (наиболее распространенная), пролиферативная и атипичная мастопатия.

Фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) — это самое распространенное заболевание молочных желез (МЖ), которое встречается у 30-60% женщин репродуктивного возраста. Среди пациенток с гинекологическими болезнями распространенность патологии возрастает до 80%. Мастопатия практической маммологии, поскольку она не только вызывает ряд неприятных субъективных симптомов, но и выступает предпосылкой для развития рака молочной железы — наиболее частого вида онкопатологии у женщин. Существует несколько причин, приводящих к фиброзно-кистозной мастопатии, и это:

- ✓ Гормональный дисбаланс (дефицит прогестерона, относительно высокий уровень эстрогена).
- ✓ Нарушения менструального цикла.
- ✓ Стресс, нервное напряжение.
- ✓ Проблемы в сексуальной жизни.
- ✓ Отсутствие грудного вскармливания после родов или кратковременное кормление грудью.
- ✓ Эндокринные заболевания (заболевания щитовидной железы, гипофиза, печени).

У пациентов с фиброкистозной мастопатией наблюдаются следующие симптомы:

- ✓ Боль в груди (мастодиния) - часто усиливается перед менструацией.
- ✓ Ощущение отека и напряжения в груди.
- ✓ Появление мелких узелков или твердостей.
- ✓ Иногда выделение желтой или зеленой жидкости из молочной железы.
- ✓ Симптомы обычно двусторонние и меняются в зависимости от менструального

цикла.

Фиброкистозная мастопатия обычно лечится консервативными (медикаментозными и гормональными) методами. Однако в некоторых случаях требуется хирургическое вмешательство. Важным аспектом этого метода является то, что он устраняет ситуации, которые ставят под угрозу жизнь и здоровье пациента. Важными аспектами хирургического лечения являются точная диагностика и снижение риска рецидивов. При хирургическом лечении мы можем использовать резекцию сектора и пункцию кисты, а также склеротерапию.

Секторная резекция - удаляется только пораженная часть молочной железы.

Пункция кисты и склеротерапия - малоинвазивный метод, но иногда требуется полная операция при больших или рецидивирующих кистах.

Закключение. Мастопатия - это заболевание, вызванное нарушением гормонального баланса в молочных железах у женщин, характеризующееся преимущественно доброкачественными изменениями. Наиболее распространенным типом мастопатии является фиброкистозный тип. Современное лечение фиброно-кистозной мастопатии в основном включает гормональную терапию, симптоматические препараты, минимально инвазивные процедуры и, при необходимости, хирургические методы. Для наиболее эффективного результата наряду с медикаментами требуется и оздоровление образа жизни.

SUD TIBBIYOTIDA O'TMAS JISMLARNING TA'SIRINI BAHOLASH MEZONLARI

B.I. Ibragimov, M.M. Turg'unboyev
Andijon Davlat tibbiyot instituti
Andijon Davlat tibbiyot instituti talabasi

Kirish: Sud-tibbiyot ekspertizasida o'tmas jismlar bilan yetkazilgan shikastlanishlarni aniqlash va ularni baholash muhim ahamiyatga ega. Bunday shikastlanishlar ko'pincha turli maishiy, ishlab chiqarish, yo'l-transport hodisalari hamda jinoyatlarda uchraydi. O'tmas jismlar ta'sirida hosil bo'lgan jarohatlarning shakli, chuqurligi, joylashuvi va ichki a'zolariga ta'siri ularning mexanizmini aniqlashda asosiy diagnostik mezon hisoblanadi. Shuning uchun o'tmas jismlarning ta'sirini baholash sud-tibbiyotda ilmiy va amaliy jihatdan dolzarb masalalardan biridir.

Tadqiqot maqsadi: Tadqiqotning asosiy maqsadi o'tmas jismlar ta'sirida yuzaga keladigan shikastlanishlarning morfologik xususiyatlarini tahlil qilish va ularni sud-tibbiy ekspertizada baholash mezonlarini ishlab chiqishdir. Shuningdek, shikastlanishlarning kelib chiqish mexanizmini aniqlash va ularni kriminalistik baholash imkoniyatlarini kengaytirish ham ushbu tadqiqotning maqsadiga kiradi.

Tadqiqot vazifalari: Tadqiqot vazifalari o'tmas jismlar ta'sirida yuzaga keladigan tashqi va ichki shikastlanishlarni morfologik nuqtayi nazardan o'rganish, jarohatlarning shakli, hajmi va chuqurligiga qarab baholash mezonlarini ishlab chiqish, o'tmas jismlar ta'sirida hosil bo'lgan

shikastlanishlarni boshqa turdagi jarohlardan farqlash mezonlarini aniqlash hamda sud-tibbiyot amaliyotida shikastlanishlarning kriminalistik ahamiyatini asoslashdan iboratdir.

Metodlar: Tadqiqot sud-tibbiy ekspertiza amaliyotida uchraydigan o'tmas jismlar bilan bog'liq shikastlanishlarni klinik va morfologik tahlil qilish asosida olib borildi. Kuzatuvlarda tashqi ko'rik, morfologik tekshiruv, rentgenologik usullar va patogistologik tahlillar qo'llanildi. Shuningdek, adabiyot manbalari va sud-tibbiyot amaliyotidagi ilg'or tajribalar o'rganildi.

Natijalar: O'tkazilgan tahlillar shuni ko'rsatdiki, o'tmas jismlar ta'sirida hosil bo'lgan shikastlanishlar ko'pincha ko'karish, qon quyilish, teri osti gematomalari, sinish va mushaklarning ezilishi bilan namoyon bo'ladi. Jarohlarning morfologik belgilarini baholashda ularning shakli, joylashuvi va chuqurligi asosiy mezon bo'lib xizmat qiladi. Masalan, silindrsimon o'tmas jismlar odatda chiziqsimon yoki yassi shakldagi shikastlanishlarni, sferik jismlar esa ko'proq dumaloq va ovalsimon jarohlarni hosil qiladi. Shuningdek, shikastlanishlarning joylashuvi zarba yo'nalishi va kuchini aniqlashda muhim ahamiyatga ega.

Xulosa: Sud-tibbiyot amaliyotida o'tmas jismlar ta'sirini baholashda jarohlarning morfologik xususiyatlarini tizimli tahlil qilish muhim hisoblanadi. Jarohlarning shakli, joylashuvi va chuqurligi zarba mexanizmini aniqlashga yordam beradi hamda jinoyat hodisasining tafsilotlarini tiklashda asosiy dalil bo'lib xizmat qiladi. Shunday qilib, o'tmas jismlar ta'sirini baholash mezonlarini ishlab chiqish va ularni amaliyotda qo'llash sud-tibbiyot ekspertizasining ilmiy asoslangan va ishonchli xulosalar chiqarish imkoniyatini oshiradi.

HOMILA SUYAK QOLDIQLARI ASOSIDA GESTATSION YOSHNI ANIQLASHNING SUD-TIBBIY JIHATLARI

S.K. Kasimov, B.G'. Raximov, B.I. Ibragimov
Respublika sud tibbiy ekspertiza ilmiy amaliy markazi AF
Respublika sud tibbiy ekspertiza ilmiy amaliy markazi AF
Andijon Davlat tibbiyot instituti

Kirish: Sud-tibbiyot amaliyotida homilaning intrauterin yoshini aniqlash muhim diagnostik vazifalardan biridir. Homila yoki yangi tug'ilgan chaqaloq qoldiqlarini tekshirishda suyak to'qimalarining rivojlanish darajasi asosiy mezon sifatida qo'llaniladi. Suyaklanish markazlarining paydo bo'lishi, ularning hajmi, shakllanish darajasi hamda morfologik xususiyatlari homilaning gestatsion yoshini aniqlash imkonini beradi. Ushbu ma'lumotlar homila yoki yangi tug'ilgan chaqaloqning yashash qobiliyatini baholash, tug'ruqning vaqtida yoki muddatidan oldin sodir bo'lganini aniqlash hamda huquqiy masalalarda dalil sifatida qo'llaniladi.

Tadqiqot maqsadi

Tadqiqotning asosiy maqsadi homila suyak qoldiqlari asosida intrauterin yoshni sud-tibbiy jihatdan aniqlash va suyaklanish jarayonlarini gestatsion davrga qarab tizimli ravishda baholashdan iboratdir. Shuningdek, ushbu tadqiqotning maqsadi suyak to'qimalarining rivojlanish bosqichlarini ilmiy asoslash, ularning yoshga doir diagnostik ahamiyatini ochib berish va sud-tibbiyot ekspertizasida qo'llaniladigan metodlarni takomillashtirishdir.

Tadqiqot vazifalari

Tadqiqot vazifalari quyidagilardan iborat:

Homila suyak qoldiqlaridagi morfologik va rentgenologik belgilarni o'rganish.

Suyaklanish markazlarining paydo bo'lish va rivojlanish ketma-ketligini aniqlash.

Gestatsion yoshni baholashda qo'llaniladigan sud-tibbiy mezonlarni aniqlash va taqqoslash.

Sud-tibbiy amaliyotda intrauterin yoshni aniqlash uchun zamonaviy metodlarni tahlil qilish va ularning samaradorligini asoslash.

Metodlar

Tadqiqot sud-tibbiy ekspertiza amaliyotida qo'llanilgan homila suyak qoldiqlarining morfologik va rentgenologik tekshiruvlariga asoslandi. Morfologik kuzatuvlar orqali suyaklanish markazlari, ularning o'lchamlari va shakllanish darajasi baholandi. Rentgenologik metod yordamida suyak to'qimalarining rivojlanish bosqichlari aniqlandi. Shuningdek, adabiyot manbalari, klinik kuzatuvlar va xalqaro sud-tibbiyot amaliyoti tajribalari solishtirma tahlil asosida o'rganildi.

Natijalar

Natijalar shuni ko'rsatdiki, homila suyak qoldiqlarida aniqlangan suyaklanish markazlari intrauterin yoshni baholashda asosiy mezon hisoblanadi. Masalan, qovurg'alarda, uzun suyaklarda va kalla suyaklarida suyaklanish markazlarining paydo bo'lishi ma'lum gestatsion davrlarga mos keladi. 5–6 oylik homilada epifiz markazlarining shakllanishi boshlanishi, 7–8 oylik davrda esa suyak to'qimalarining mineralizatsiyasi yaqqol namoyon bo'lishi kuzatildi. Ushbu belgilar sud-tibbiy ekspertizaga intrauterin yoshni taxminiy aniqlash imkonini beradi.

Xulosa

Homila suyak qoldiqlari asosida intrauterin yoshni aniqlash sud-tibbiyot ekspertizasida muhim ahamiyatga ega bo'lib, u tug'ruqning muddatida yoki muddatidan oldin sodir bo'lganini aniqlash, yashash qobiliyatini baholash va huquqiy jarayonlarda ishonchli dalil sifatida qo'llaniladi. Suyaklanish markazlarining rivojlanish darajasini o'rganish biologik yoshni belgilashda eng muhim ko'rsatkichlardan biri hisoblanadi. Shu sababli ushbu yo'nalishda olib boriladigan ilmiy tadqiqotlar va zamonaviy diagnostik metodlarning qo'llanilishi sud-tibbiyot amaliyotining samaradorligini oshiradi va tergov jarayonida ilmiy asoslangan xulosalar chiqarishga yordam beradi.

O'ZGARGAN SUYAK VA MUSKUL TO'QIMASINING SUD-TIBBIY JIHATLARI

X.V. Nurmatov
Andijon Davlat tibbiyot instituti

Kirish: Sud-tibbiyot amaliyotida suyak va muskul to'qimalarida yuzaga keladigan o'zgarishlar alohida diagnostik ahamiyat kasb etadi. Bu o'zgarishlar jarohatlarning kelib chiqish sababi, mexanizmi va ularning vaqtini aniqlashda muhim dalillarni beradi. Shuningdek, ular shaxsni identifikatsiya qilish, o'lim sababini baholash va kriminalistik jarayonlarda dalillarni ilmiy asosda mustahkamlashda qo'llaniladi. Suyak va mushak to'qimalari inson organizmining eng muhim tayanch va harakat apparati bo'lib, tashqi ta'sirlarga nisbatan ham sezgir, ham chidamli tuzilmalar sifatida ekspertiza jarayonida katta ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqot maqsadi: Tadqiqotning asosiy maqsadi suyak va muskul to'qimalarida kuzatiladigan patologik va travmatik o'zgarishlarning sud-tibbiy ahamiyatini aniqlash, ularning ekspertiza amaliyotida diagnostik va identifikatsion imkoniyatlarini baholashdir.

Tadqiqot vazifalari: Tadqiqot vazifalari suyak va muskul to'qimalarining patologik o'zgarishlarini morfologik nuqtayi nazardan o'rganish, jarohatlarning mexanizmini tushuntirishda ushbu o'zgarishlarning rolini tahlil qilish, shaxsni aniqlashda ularning diagnostik ahamiyatini baholash hamda sud-tibbiy ekspertizada qo'llaniladigan zamonaviy metodlarni ko'rib chiqishni o'z ichiga oladi.

Metodlar: Tadqiqot sud-tibbiy ekspertiza amaliyotida uchraydigan klinik va patomorfologik materiallarni tahlil qilish asosida olib borildi. Morfologik tekshiruv, gistologik usullar, rentgenologik tasvirlash va sud-tibbiy vizual baholash metodlari qo'llanildi. Shuningdek, ilmiy

maqolalar, o'quv qo'llanmalar va amaliy kuzatuv materiallari asosida tahliliy yondashuv amalga oshirildi.

Natijalar: O'tkazilgan tahlillar shuni ko'rsatdiki, suyak va muskul to'qimalaridagi o'zgarishlar sud-tibbiy ekspertizada ishonchli diagnostik mezon sifatida xizmat qiladi. Suyaklarda aniqlangan sinish chiziqlari, regeneratsiya jarayonlari, mushak tolalaridagi nekroz, gemorragiyalar va atrofiya belgilarining aniqlanishi shikastlanishning vaqtini, mexanizmini va turini aniqlashga yordam beradi. Shuningdek, ushbu belgilar kriminalistik identifikatsiyada ham qo'llanilib, shaxsga oid ma'lumotlarni tiklash imkonini beradi.

Xulosa: Sud-tibbiyot amaliyotida suyak va muskul to'qimalarining o'zgarishlarini chuqur o'rganish shikastlanishlarning kelib chiqish mexanizmlarini aniqlash, o'lim sabablarini ishonchli baholash va kriminalistik jarayonlarda ilmiy asoslangan dalillar taqdim etishda katta ahamiyatga ega. Ushbu to'qimalarning morfologik va patologik tahlili sud-tibbiyot fanining samaradorligini oshiradi va tergov hamda sud jarayonlarida ishonchli xulosalar chiqarishga xizmat qiladi.

O'ZGARGAN SUYAK VA MUSKUL TO'QIMASINING YOSHGA DOIR SUD-TIBBIY JIHATLARI

X.V. Nurmatov
Andijon Davlat tibbiyot instituti

Kirish: Sud-tibbiyot amaliyotida suyak va muskul to'qimalarida yoshga xos o'zgarishlarni tahlil qilish muhim ilmiy va amaliy ahamiyatga ega. Inson organizmida yosh o'tishi bilan suyak va mushak tizimida morfologik, biokimyoviy va funksional o'zgarishlar sodir bo'ladi. Ushbu o'zgarishlar shaxsni identifikatsiya qilish, biologik yoshni aniqlash va shikastlanish mexanizmlarini tushuntirishda sud-tibbiyot ekspertizasi uchun muhim manba bo'lib xizmat qiladi. Shu sababli suyak va muskul to'qimalarining yoshga bog'liq morfologik xususiyatlarini o'rganish sud-tibbiyotning asosiy yo'nalishlaridan biridir.

Tadqiqot maqsadi: Ushbu tadqiqotning maqsadi suyak va muskul to'qimalarida yoshga bog'liq o'zgarishlarni chuqur o'rganish hamda ularning sud-tibbiyot amaliyotida diagnostik va identifikatsion ahamiyatini aniqlashdan iboratdir. Inson organizmida yosh o'tishi bilan yuzaga keladigan morfologik va funksional o'zgarishlar suyaklarning mustahkamligi, elastikligi va tiklanish qobiliyatiga, mushaklarning esa tonusi va regeneratsiya imkoniyatlariga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Shu bois, tadqiqotning asosiy maqsadi biologik yoshni taxminiy baholash, jarohatlarning mexanizmini tushuntirish, o'lim sababini aniqlash va shaxsni identifikatsiya qilishda ushbu o'zgarishlarning sud-tibbiy ahamiyatini ko'rsatishdir.

Bundan tashqari, tadqiqot yosh guruhlariga qarab suyak va muskul to'qimalaridagi o'zgarishlarning farqlarini aniqlash, ularning jarohatlarga bo'lgan javob reaksiyasini tahlil qilish hamda sud-tibbiy ekspertizaga qo'llanilishi mumkin bo'lgan zamonaviy metodlarni asoslab berishni ham ko'zda tutadi.

Tadqiqot vazifalari: Tadqiqot vazifalari quyidagilardan iborat: suyak va muskul to'qimalarining yoshga doir morfologik o'zgarishlarini o'rganish; yosh guruhlariga qarab o'zgarishlarning farqlarini aniqlash; biologik yoshni aniqlashda ushbu to'qimalarning diagnostik imkoniyatlarini baholash; sud-tibbiy amaliyotda qo'llaniladigan zamonaviy metodlarni tahlil qilish.

Metodlar: Tadqiqotda sud-tibbiy ekspertiza amaliyotida uchraydigan patomorfologik materiallar, rentgenologik ma'lumotlar va sud-tibbiy kuzatuvlar tahlil qilindi. Gistologik va morfometrik tekshiruvlar yordamida suyak zichligi, mushak tolalari tuzilishi hamda yoshga doir involyutsion jarayonlar baholandi. Shuningdek, adabiyot manbalari, klinik kuzatuvlar va xalqaro tajribalar asosida solishtirma tahlil amalga oshirildi.

Natijalar: O'tkazilgan tahlillar natijasida aniqlanishicha, yosh o'tishi bilan suyak to'qimasi zichligi kamayadi, osteoporoz va degenerativ jarayonlar tez-tez uchraydi. Mushak to'qimasida esa tolalarning ingichkalashuvi, elastiklikning pasayishi va atrofik o'zgarishlar kuzatiladi. Ushbu o'zgarishlar yosh guruhlariga qarab sezilarli darajada farq qiladi va sud-tibbiy ekspertizaga biologik

yoshni taxminiy aniqlash imkoniyatini beradi. Bundan tashqari, shikastlanishlarning suyak va muskul to'qimalarida ifodalanishi ham yosh omiliga bog'liq bo'lib, bolalarda regeneratsiya jarayoni tezroq, keksalarda esa sekinroq kechishi kuzatildi.

Xulosa: Suyak va muskul to'qimalarida yoshga doir o'zgarishlar sud-tibbiyot ekspertizasida muhim ahamiyatga ega bo'lib, ular shaxsni identifikatsiya qilish, biologik yoshni aniqlash va shikastlanish mexanizmlarini tushuntirishda ishonchli dalillarni taqdim etadi. Yosh omili suyak va mushak tuzilmalarining jarohatlarga bo'lgan javob reaksiyasiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Shu sababli yoshga xos o'zgarishlarni tizimli o'rganish sud-tibbiyot amaliyotida ilmiy asoslangan va aniq xulosalar chiqarishga imkon beradi.

EKSPERIMENTAL QANDLI DIABETDA OZIQ-OVQAT QO'SHILMALARI QO'LLANILGANDA JIGARDAGI MORFOMETRIK O'ZGARISHLAR.

*Mo'minova Guyoxon Alidjonovna., Sayidjanova Feruzaxon Latifjonovna
Andijon davlat tibbiyot instituti
Patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrasida assistenti*

Annotatsiya: Ushbu maqolada o'simliklardan tayorlangan "Shifo" va "As-GAM" oziq-ovqat qo'shilmalari Alloksanli qandli diabet modelida jigar morfologiyasiga ta'sirini morfometrik usulda aniqlash hamda sintetik preparat Metforminga taqqoslash natijalari berilgan.

Kalit so'zlar: Alloksan, "Shifo", "As-GAM", oziq-ovqat qo'shilmalari, jigar, morfologiya, morfometriya.

Kirish.

Biz tekshirayotgan o'simlik ekstraktlarining gepatoprotektorligi haqida adabiyotlar ma'lumotlar keltirilgan. Tadqiqotlarda aniqlanishicha, sulik ekstrakti bilan davolash qon zardobidagi jigar fermentlari miqdorini pasaytirdi, shuningdek, sulik ekstrakti bilan davolangan guruhda jigarning alkogolli shikastlanishi kuzatilmadi. Shuningdek, jigar hujayralarida alkogol bilan sodir bo'lgan jigar degeneratsiyasining patologik o'zgarishlarini (makrovezikulyar va mikrovezikulyar) rivojlanishini sezilarli darajada oldini oldi, shuningdek jigar hujayralarining yaxlitligini ta'minladi [1].

Navbatdagi o'simlik, dalachoy ekstrakti jigar steatozini susaytirishi, ichak mikrobiotasi va metabolit ko'rsatkichlarini tiklashi tadqiqotlarda aniqlangan [2].

Do'lana tarkibida antioksidant fenol birikmalar qandli diabetda jigar hujayralarini nekrozga uchrashini oldini oladi [3; 4].

Igining etanolli ekstraktining gepatoprotektiv va antioksidant ta'sir ko'rsatishi kalamushlarda jigar shikastlanishi modelida gistopatologik va biokimyoviy tekshiruvlar orqali aniqlandi [5].

Kashnich urug'i ekstrakti qo'llanilganda SOD, katalaza, GP kabi fermentlar miqdorini jigarda ortishi va jigar nekrozida jigar hujayralarining tiklanishi namoyon bo'ldi. Shuningdek, NF-KB, TNF- α , kaspaza 3 miqdorini va jigarning shikastlanishida nekrozni kamaytirishi aniqlandi [2].

Ushbu o'simliklar asosida tayorlangan "As-GAM" va "Shifo" oziq-ovqat qo'shilmalari yordamida eksperimental qandli diabet modelini koreksiyaladik. Biz o'tkazilgan morfologik tadqiqotlarni morfologik mezonlar asosida baholadik.

Natijalar va muhokama.

1-jadval.

Tadqiqot kalamushlari jigaridagi morfologik o'zgarishlarni R.G.Knoudell et.al. (1996) mezonlari asosida baholash ko'rsatkichlari

	AD	metformin	"Shifo"	AsGam
Gepatositlardagi distrofik o'zgarishlar darajasi	3	3	2	2
Jigar parenximasida nekrozning rivojlanish	2	2	0	2

darajasi				
Limfoid infiltrasiyani rivojlanish darajasi - 1/3 portal traktlardan kam bo'lgan	3	3	1	1
Sklerozning rivojlanish darajasi -Fibroz hisobiga portal traktlarni kengayishi	3	2	1	1
Gepatositlar regenerasiyasining darajasi	2	2	4	2
Jami	13	12	8	8

Jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, qo'llanilagan OOO lar qandli diabetda samarali ekanligi distrofik o'zgarishlar, nekroz, infiltratsiya, sklerozni bartaraf etish, regeneratsiya qilish xususiyatlari bo'yicha metformindan samarali ekanligi aniqlandi. "Shifo" OOO nekrozni bartaraf etishi va gepatotsitlar regeneratsiyasi ko'rstkichlari yuqoriligi bo'yicha As-GAM OOO dan samarali ta'sir etdi (4.4-jadval).

4.4-jadval.

Tadqiqot kalamushlari jigaridagi morfologik o'zgarishlarni fibrozlanish darajasini baxolash mezonlari

	AD		metformi		"Shifo"		AsGAM	
Rivojlangan morfologik birliklar	META VIR	Ishak	META VIR	Ishak	META VIR	Ishak	META VIR	Ishak
Fibroz yo'q	F3	3	F2	2	F0	0	F2	2
Bir nechta portal yo'llarining portal fibrozi	F3	3	F2	2	F1	1	F1	1
Ko'pgina portal yo'llarining portal fibrozi	F2	2	F2	2	F0	0	F1	1
Bir nechta ko'priksimon fibroz to'siqlar	F2	2	F1	1	F1	1	F0	0
Ko'plab ko'priksimon fibroz to'siqlar	F1	1	F1	1	F0	0	F0	0
To'liq shakllanmagan sirroz	F0	0	F0	0	F0	0	F0	0
To'liq shakllangan sirroz	F0	0	F0	0	F0	0	F0	0
Jami to'plangan morfologik birliklar bo'yicha ball	2,2	2,2	1,6	1,6	1	1	1,3	1,3

OOO lar tadqiqot kalamushlari jigaridagi morfologik o'zgarishlarni fibrozlanish darajasini pasaytirdi va ularni metformindan samarali ekanligi aniqlandi (Rivojlangan morfologik birliklar - jadval).

Demak, qandli diabet modellashtirilgan guruhda yuqoridagi morfologik o'zgarishlar bo'yicha olingan ma'lumotlar taxlili, Alloksan preparatini tajriba sharoitida eksperiment orqali chaqirilgan qandli diabetda davolanmagan guruh jigar to'qimasiga ta'siri bo'yicha quyidagi o'zgarishlar aniqlandi. Qandli diabet fonida shakllangan jigar fibrozi, gepatotsitlarda distrofik, nekrobiotik va sklerotik o'zgarishlar bilan birga kechgan jarayonlarda, Alloksanning jigarga bevosita ta'siri, reparativ regeneratsiya jarayonini substitutsiya ko'rinishida yuzaga kelishini stimullagan va gepatotsitlarda rivojlangan distrofik va nekrobiotik o'zgarishlar o'rnida sklerotik o'zgarishlar shakllanganligi va triadalar atrofida limfo gistiotsitar infiltratsiya o'choqlarining

shakllanishi bilan davom etganligi inobatga olindi. Alloksan preparati bilan chaqirilgan qandli diabetda davolanmagan guruh 15 sutkasida jigar to'qimasida yuzaga kelgan o'zgarishlarni yuqorida keltirilgan mezonlar bo'yicha baxolanganda ta'siri salbiy bo'lib, jarayonning davomiyligiga qarab davolanmasdan jarayon uzoqroq 60-80 kun davom etsa, jigar sirrozi rivojlanish extimolini oshirishi bilan xarakteralanidi .

Metformin bilan davolangan guruhda yuqoridagi morfologik o'zgarishlar bo'yicha olingan ma'lumotlar taxili, metmorfin dorivor preparatini tajriba sharoitida chaqirilgan alloksanli qandli diabetni korreksiyalash maqsadida qo'llanishi, asosan jigar to'qimasida, qandli diabet fonida shakllangan jigar fibrozi, gepatotsitlarda distrofik va nekrobiotik o'zgarishlar bilan bilan birga kechgan jarayonlarda, metmorfinning jigarga bevosita ta'siri, neoglikogenez jarayonini tormozlagan va reparativ regenratsiya jarayonini susbtitutsiya ko'rinishida yuzaga kelishini stimullagan va gepatotsitlarda rivojlangan distrofik va nekrobiotik o'zgarishlar bilan davom etganligi inobatga olindi. Yuqorida keltirilgan mezonlar bo'yicha baxolanganda Metmorfin dorivor preparatini qandli diabetni davolashda qo'llanilganda jigarga nojo'ya ta'sirini, terapevtik dozalarda guruhlariga qaraganda, nojo'ya ta'siri bilan boshqa guruhlariga nisbatan past ijobiy natija berdi deb baxolanadi.

Demak, yuqoridagi morfologik o'zgarishlar bo'yicha olingan ma'lumotlar taxili, "Shifo" OOQ–100 mg/kg preparatini tajriba sharoitida chaqirilgan alloksanli qandli diabetni korreksiyalash maqsadida qo'llanishi, asosan jigar to'qimasida keskin o'zgarishlarga olib kelmasdan, faqat distrofik o'zgarishlarning rivojlanishi ko'rinishida davom etganligi va yuqorida keltirilgan mezonlar bo'yicha baxolangan xolda, "Shifo" OOQ – 100 mg/kg preparatini terapevtik samaradorligi yuqoriligi va jigar to'qimasiga nojo'ya ta'siri bo'lmaganligi bo'yicha boshqa guruhlariga nisbatan yuqori ijobiy natija berdi deb baxolanadi.

"As-GAM" bilan davolangan guruhda yuqoridagi morfologik o'zgarishlar bo'yicha olingan ma'lumotlar taxili, "As-GAM" OOQ preparatini tajriba sharoitida chaqirilgan alloksanli qandli diabetni korreksiyalash maqsadida qo'llash natijasida jigar to'qimasida yuzaga kelgan nojo'ya ta'sirlarining morfologik jixatlari bo'yicha quyidagilar aniqlandi. Jigar to'qimasida, qandli diabet fonida topayotgan jigar fibrozi, gepatotsitlarda yog'li va oqsilli distrofik va nekrobiotik o'zgarishlar bilan bilan birga kechgan jarayonlarda, "As-GAM" OOQ ning jigarga bevosita ta'siri salbiy oqibatlariga olib kelmagan, balki qaysidir jihatlari bilan perigepatotsellyulyar fibroz o'choqlarini bosilganligi, Rappaport bo'yicha metabolizmga javob beradigan 1 va 2-maydonlardagi keskin o'zgarishlar xam "As-GAM" OOQ qo'llanilgan guruhga nisbatan ijobiy o'zgarishlar bo'lganligi, gepatotsitlarda reparativ regenratsiyaning restitutsiya ko'rinishida namoyon bo'lganligi, kichik tomchi ko'rinishidagi yog'li distrofik o'zgargan gepatotsitlarni saqlanishi, jarayonni ijobiy tmonga o'zgarganligini ko'rsatadi. Yuqorida keltirilgan jigarning shikastlanishi va fibrozlanish jarayonini belgilovchi mezonlar bo'yicha baxolangan xolda, "As-GAM" OOQ preparatini qandli diabetni davolashda qo'llanilgan va jigarga nojo'ya ta'sirini terapevtiv dozalarda 2 guruhga nisbatan ko'proq, boshqa guruhlariga nisbatan nojo'ya ta'sirlari past darajada ekanligi yuqorida keltirilgan morfologik o'zgarishlar bo'yicha ijobiy natijalar bilan o'z tasdig'ini topgan.

Xulosa: Alloksanli qandli diabet modelida "Shifo" va "As-GAM" OOQ lari jigar morfologiyasini yaxshilashi kuzatildi. "Shifo" OOQ berilgan kalamushlarda nekroz va fibroz holatlari kuzatilmadi, gepatotsitlarda regeneratsiya jarayoni kuchaygani aniqlandi. "As-GAM" OOQ berilgan kalamushlarda fibroz holati kuzatilmadi hamda regeneratsiyaning qisman tiklanishi aniqlandi. Metformin dori preparati bilan davolangan guruh kalamushlarida jigarda regeneratsiya jarayoni kuzatilmadi, nekrotik va distrofik o'zgarishlar rivojlandi.

EKSPERIMENTAL QANDLI DIABET MODELIDA "AS-GAM" VA "SHIFO" OZIQ-OVQAT QO'SHILMALARINING JIGAR MORFOLOGIYASIGA TA'SIRINI O'RGANISH

*Mo'minova Guyoxon Alidjonovna., Sayidjanova Feruzaxon Latifjonovna
Andijon davlat tibbiyot instituti*

Annotatsiya: Hozirgi kunda xalq tabobatiga qiziqish dunyo bo'ylab ortib bormoqda. O'simliklardan olingan mahsulotlar sintetik dorilarga nisbatan kamroq asoratlari, kam toksikligi tufayli keng qo'llanilmoqda. Butun dunyoda 80-85% dunyo aholisi dorivor o'simliklar dorivor moddalar manbai sifatida keng foydalaniladi. Ko'plab kasalliklarni davolashda dorivor o'simliklar qo'llaniladi, jumladan diabetni davolashda 800-1200 ga yaqin o'simliklar qo'llanilishi haqida ma'lumotlar mavjud. Qandli diabetni davolash bilan xalq tabobati ming yillardan buyon shug'ullanib keladi va bu borada muhim tajriba hamda qimmatli ma'lumotlar to'plangan. Maqolada "As-GAM" va "Shifo" oziq-ovqat qo'shilmalarining va sintetik dori vositasi metforminning qandli diabet bilan kasallangan kalamushlar jigariga ta'sirini morfologik jihatdan o'rganish jarayoni yoritilgan.

Kalit so'zlar: "As-GAM", "Shifo", oziq-ovqat qo'shilmasi, qandli diabet, metformin, morfologik ko'rsatkichlar, jigar.

Kirish: Qandli diabet murakkab, ko'p tizimli kasallik bo'lib, eng avvalo hayotiy muhim a'zo jigarni zararlaydi. Qandli diabetda kuzatiluvchi giperglikemiya ko'plab a'zolari shu jumladan hepatotsitlar gistologik strukturasini shikastlaydi [1]. Adabiyotlarda keltirilishicha, qandli diabetda jigarda sinusoidlar markaziy venasining kengayishi, markaziy venalar devori hujayralarining shikastlanishi, hepatotsitlar apoptozi aniqlanadi [2]. Hepatotsitlar yadrosi xromatini kondensatsiyasi, endoplazmatik to'r shikastlanishi va yo'qolishi sodir bo'ladi, mitoxondriyalar keskin kamayadi [3]. Bunga sabab, surunkali giperglikemiya holatida mitoxondriyalarda Ca^{+2} ionlari miqdori oshadi, glyukozaga jigar rezistentligining ortishi mitoxondriyalar parchalanishiga olib keladi [4]. Diabet chaqirilgan kalamushlar hepatotsitlarida yog'li vakuolalar paydo bo'lishi, sinusoidlar kengayishi, jigar fibrozi va steatogepatit aniqlandi [5]. Shuningdek, hepatotsitlarda mitoxondriyalar, donador endoplazmatik to'r va yadro strukturalari o'zgarishi qayd etildi [6]. O'tkazilgan biokimyoviy tahlillar ham qandli diabetda jigardagi o'zgarishlarni ko'rsatadi [12]. Keltirilgan ma'lumotlar bizning tadqiqotimiz to'g'ri ekanligini isbotlaydi.

Biz tekshirayotgan o'simlik ekstraktlarining hepatoprotektorligi haqida adabiyotlar ma'lumotlar keltirilgan. Tadqiqotlarda aniqlanishicha, suli ekstrakti bilan davolash qon zardobidagi jigar fermentlari miqdorini pasaytirdi, shuningdek, suli ekstrakti bilan davolangan guruhda jigarning alkogolli shikastlanishi kuzatilmadi. Shuningdek, jigar hujayralarida alkogol bilan sodir bo'lgan jigar degeneratsiyasining patologik o'zgarishlarini (makrovezikulyar va mikrovezikulyar) rivojlanishini sezilarli darajada oldini oldi, shuningdek jigar hujayralarining yaxlitligini ta'minladi [7].

Navbatdagi o'simlik, dalachoy ekstrakti jigar steatozini susaytirishi, ichak mikrobiotasi va metabolit ko'rsatkichlarini tiklashi tadqiqotlarda aniqlangan [88].

Do'lana tarkibida antioksidant fenol birikmalar qandli diabetda jigar hujayralarini nekrozga uchrashini oldini oladi [8; 9].

Igarning etanolli ekstraktining hepatoprotektiv va antioksidant ta'sir ko'rsatishi kalamushlarda jigar shikastlanishi modelida gistopatologik va biokimyoviy tekshiruvlar orqali aniqlandi [10].

Kashnich urug'i ekstrakti qo'llanilganda SOD, katalaza, GP kabi fermentlar miqdorini jigarda ortishi va jigar nekrozida jigar hujayralarining tiklanishi namoyon bo'ldi. Shuningdek, NF-KB, TNF- α , kaspaza 3 miqdorini va jigarning shikastlanishida nekrozni kamaytirishi aniqlandi [11].

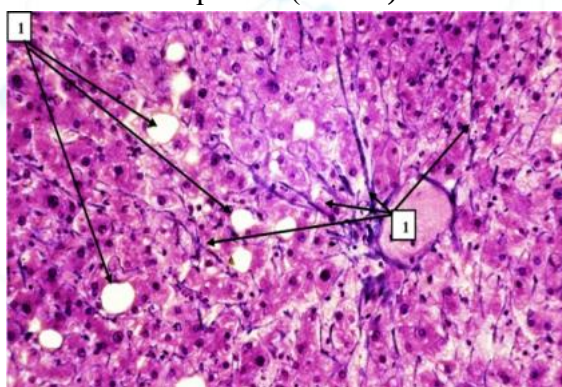
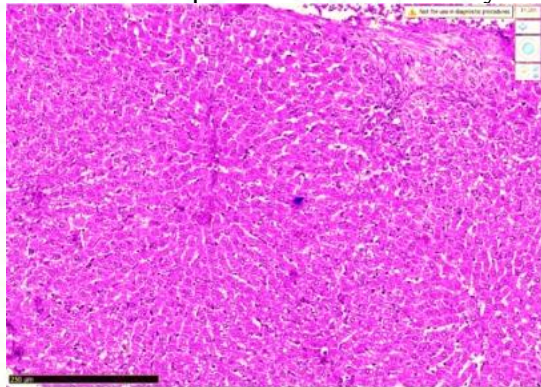
Tadqiqotning maqsadi: Qandli diabetda jigarda morfologik o'zgarishlarni aniqlash va ularni korreksiyalash

Tadqiqot metodi:

Morfologik tadqiqotning birinchi bosqichida to'qima namunalari 10 % neytral formalin eritmasida 72 soat davomida qotiriladi. Keyinchalik, materiallar suvsizlantirish maqsadida oshib boruvchi tartibda spirtidan (70, 80, 90, 100%) o'tkaziladi va oxirida yog'sizlantirish uchun xloroform va ksiloldan o'tkaziladi. Olingan parafin bloklari mikrotomlarda 4-5 mkm qalinlikdagi kesmalar tayyorlandi, ular shisha buyum oynachalariga o'rnatildi, gematoksilin-eozin bilan bo'yaldi va qoplamalar ostiga qo'yildi. Bo'yalgan gistologik preparatlar ZEISS (Primo Star, 64 MP kamera, 40, 100, 400 o'lchamda, Germaniyada ishlab chiqarilgan) yorug'lik mikroskopi yordamida o'rganildi va mikrotasvirlarga olindi.

Natijalar va muhokama: Jigar to'qimasi sichqonlar tanasida eng yirik bez a'zosi bo'lib, aksariyat zaxarli moddalarni dezintoksikatsiyalash vazifasini bajaradi. Jigar o'rtacha sichqonlar vaznini 50/1 qsmni tashkil etadi. Jigar to'qimasi tashqaridan fibroz kapsulasi bilan o'ralgan bo'lib, ushbu kapsula jigar ichiga o'sib kirib, siyrak tolali tuzilmalardan iborat bo'lakchalarni tashkil etadi. Aksariyat kemiruvchilarda jigarning funksional birligi bo'lgan bo'lakchalarning chegaralari bo'ylab joylashgan siyrak tolali tuzilmalar sust aniqlanadi. Aksariyat jigar uchliklari atrofida siyrak tolali tuzilmalar va kam miqdorda 3 va 4 tipdagi kollagen tolalarning paralel joylashgan tuzilmalari tashkil etadi. Jigar bo'lakchalari markazida vena tomir va perimetrida ustunsimon radiar joylashgan hepatotsitlarning qatorli tuzilishidan iborat(1-rasm).

Qandli diabet modellashirilgan kalamushlar jigari kapsulasi odatdagi qalinlikda, kapsula tomirlarida o'rtacha to'laonlik va sust shakllangan oraliq shishlar aniqlandi. Jigar gistioarxitektonikasi keskin o'zgarishlardan holi, aksariyat o'zgarishlar hepatotsitlarda distrofik, nekrobioz va takomil topayotgan jigar fibrozi ko'rinishdagi o'zgarishlar aniqlandi. Jigarning bo'lakchali tuzilishi o'zgarmagan, lekin bo'lakchalarda sinusoidal bo'shliqlarning umumiy fonda kengayganligi, jigar bo'lakchalari perilobulyar soxalarda o'rta tomchili yog'li distrofik o'zgargan hepatotsitlar saqlangan, shu soxadagi sinusoidlarning torayganligi aniqlanadi. Rappaport bo'yicha jigar faol maydonlardan ikkinchi maydonda joylashgan hepatotsitlarda o'rta tomchi ko'rinishidagi yog'li distrofiyaga uchrgan va gialin tomchili distrofiyaga uchrgan hepatotsitlar aniqlanadi. Yog'li distrofik o'zgargan hepatotsitlar nekrobiozga, sitoplazmasi xiralashgan, xajman kattalashagan, sinusoidlarda maxalliy toraygan o'choqlar aniqlanadi. Perilobulyar vena qon tomirlarida to'laonlik saqlangan, perivaskulyar soxalarda shish, atrofida limfotsitar, plazmotsitar va kam sonli gistiotsitar infiltratsiya o'choqlari aniqlanadi. Bo'lakchalarning perimetrida joylashgan hepatotsitlarda fokal nekrobioz va monotsellyulyar nekroz o'choqlari xam aniqlanadi. Sinusoidlar markazga qarab kengaygan, Disse bo'shliqlari kengaygan. Kupfer xujayralari Disse va sinusoidlar bo'shlig'ida migratsiyasi, eritrotsitlarda sladj fenomeni aniqlanadi. Sinusoidlar bo'ylab endoteliy xujayralari ostida siyrak joylashgan tolali tuzilmalarning paralel joylashgan o'choqlari aniqlanib, bu o'zgarishlar qandli diabet asorati sifatida takomil topayotgan fibroz o'choqlari xisoblanadi. Aynan sinusoidlar bo'ylab perigepatotsellyulyar fibroz o'choqlarining takomil topishi, qaytar jarayon bo'lib, retikulin tolalari xisoblanadi. Perigepatotsellyulyar fibroz o'choqlari ham aynan bo'lakchalarning medial va perilobulyar hepatotsitlarning chegarasida sust shakllangan siyrak tolalar ko'rinishida aniq konturli kontrastli troyektoriyal ko'rinishda aniqlanadi (2-rasm).



1-rasm. Intakt guruhi. Jigar to'qimasi. **2-Rasm.** Alloxan + suv qabul qilgan Bo'lakchalar va hepatotsitlarning radiar tuzilishi kalamushlar guruxi jigar to'qimasi. Namuna-16.

bir xil ko'rinishda. Sinusoidal bo'shliqlar bir xil ko'rinishda. Bo'yoq G.E. O'lchami 4x10.	Jigarning gistioarxitektonikasida o'zgarishlar aniqlanmaydi. Asosan perilobulyar soxalarda yirik yog'li distrofik o'zgargan va sust darajada gialin tomchili distrofiyaga uchragan hepatotsitlar aniqlanadi (1). Bo'yoq G.E. O'lchami 4x10.
---	---

O't kapillyarlarida o'choqli ko'rinishdagi xolestaz belgilari aniqlanadi. Bo'lakchalarning sentrolobulyar sohalaridagi hepatotsitlar sitoplazmasida eozinofil kiritmalar ko'payganligi va gialin tomchili distrofiyaning ko'p aniqlanishi Rappaport bo'yicha 1 va 2 nchi faol maydonlarni meyorda o'z funksiyasini to'liq amalga oshirmaganligini anglatadi. Aynan perigepatotsellyulyar fibrozning rivojlanishi, geaptotsitlar va sinusoidlar orasida bazal membrananing rivojlanishiga va jigarning morfofunktsional yuzalarini keskin to'silishiga olib keladi. Bu esa, alloksanli qandli diabetning ma'lum bir vaqt davomida (o'rtacha 60-80 kunda) jigar sirrozini rivojlanishiga olib kelishi bilan tugallanadi. Shikastlangan hepatotsitlar atrofida limfotsitlar va makrofagal infiltratsiya o'choqlarining takomil topishiga olib keladi.

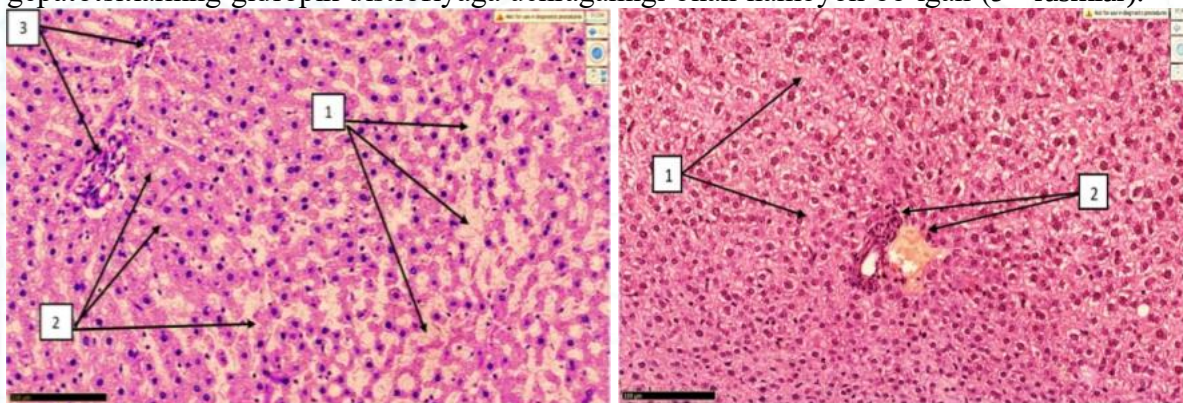
Triadalar atrofida siyrak tolali tuzilmalar oralig'ida 200x kattalikda 8-12ta limfotsitlar infiltratsiyasi, o't tomirlari perimetrida siyrak tolali aylana ko'rinishidagi fibroz to'qima, oraliq shishlar va xolangiotsitlarda fokal proliferatsiya o'choqlari aniqlanadi. Portal vena notekis to'laqonli, 40x va 100x kattalikda aksariyat hepatotsitlar kompression atrofik o'zgarishlar, xajman xar xil kattalikda, bo'lakchalarning gistioarxitektonikasi tradalar perimetri bo'ylab biroz cho'zilgan ko'rinishda bo'lib, alloksanli qandli diabetda jigarning morfofunktsional sohalarida reparativ regeneratsiyaning susbtitutsiya ko'rinishda takomil topayotgan jigar fibrozini anglatadi. Ba'zi jigar bo'lakchalararo soxalarda nekrozga uchragan va bo'shliqlariga qon quyilgan o'choqlar xam aniqlanadi.

Aksariyat, o't kapillyarlarida dimlanish belgilari aniqlanadi. Yig'uvchi o't tomirlarida xolestaz belgilari aniqlanadi. Hepatotsitlar oralig'ida o't kapillyarlarida xolestaz, hepatotsitlar sitoplazmasida intragepatik xolestaz belgilari asosan sentrolobulyar hepatotsitlarda aniqlandi. Bu turdagi morfologik belgilar **Alloksan** moddasining jigarga ta'siri deb qaraladi. Bo'lakchalarlarda sinusoidal bo'shliqlarning bir xil kenglikda bo'lishi, hepatotsitlarning bo'lakchalardagi radiar tuzilishi boshqa guruxdagilarga nisbatan, keskin shikastlanishlar va nekroz o'choqlarining yuzaga kelishi bilan namoyon bo'lgan. Perilobulyar soxalarda hepatotsitlarda o'rta tomchili yog'li distrofik o'zgarishlar, nekrobioz va nekrozga uchragan hepatotsitlar o'mida shakllangan fibroz va sklerotik o'zgarishlar, perigepatotsellyulyar fibroz o'choqlarining bo'lishi, triadal atrofida limfotsitlar va gistiotitsitlar infiltratsiyasi, interstitsial shishlar, oraliqda siyrak tolali tuzilmalarni shakllanishi va prokollagen tolalar sintezini ta'minlovchi fibroblastlar proliferatsiyasini faollashganligi qandli diabetning asorati sifatida qabul qilinib, Alloksan moddasining jigar to'qimasiga ta'siri **Alloksanli** qandli diabetda jigar to'qimasining ikkilamchi shiksatlanishlari ko'rinishda namoyon bo'lgan.

Keyingi guruh tajriba sharoitida chaqirilgan alloksanli qandli diabetda metmorfin bilan korreksiya qilingan kalamushlar jigar to'qimasida quyidagi o'zgarishlar aniqlandi. Jigar to'qimasi gistiarxitektonikasida o'zgarishlar vkyidagilar. Jigar kapsulasi notekis qalinlikda, tomirlarida to'laqonlik belgilari aniqlanadi. Bo'lakchalar bir xil ko'rinishda bo'lib, perimetrida sust shakllangan fibroz to'qimasi aniqlanadi. Bo'lakchalar perimetrida perilobulyar vena qon tomirlari bazal membranasing biroz qalinlashganligi, shu soxalarda perigepatotsitar fibroz o'choqlari aniqlanadi. Shu bilan birga, perivaskulyar shishgan soxalarda hepatotsitlarda kompression atrofik o'zgargarishlar aniqlanadi. Bo'lakchalar markaziy venasi bir xil kattalikda bo'lib, o'rtacha to'lalikka. Sinusoidlar keskin kengaygan va perisnusoidal bo'shliqlar xam kengayganligi turlicha ko'rinishda aniqlanadi. Perilobulyar hepatotsitlarda vakuol va o'rta tomchili ko'rinishdagi distrofik o'zgarishlar aniqlanadi. 200x ko'rish maydonida perilobulyar hepatotsitlarda multifokal nekrobioz va nekrozga uchragan hepatotsitlar aniqlanadi. Bu o'zgarishlar klinik laborotor jihatdan jigar fermentlarining oshishi va qonda umumiy oqsil ko'rsatkichlarini kamayishi bilan namoyon bo'ladi.

Sinusoidal bo'shliqlarning eng kengaygan soxalari bo'lakchalarni medial va sentralobulyar soxalariga to'g'ri kelib, bu metabolik sindromlarda zaxarlanish belgilari sifatida qaraladi. Sentralobulyar hepatotsitlar sitoplazmasida o'rtacha va mayda tomchi ko'rinishidagi yog'li distrofik o'zgarishlar, markaziy venalar perimetrida eozinofil kiritmalarga boy bo'lgan hepatotsitlarning bo'lishi, metabolik jarayonlarning keskin tarzda amalga oshayotganligini ko'rsatadi. Hepatotsitlar sitoplazmasida nordon va neytral mukopolisaxaridlar aniqlanmadi, bu esa, sitoplazmada neoglikogenez jarayoni sekinlashgani va glikogen kiritmalarining kamayganligini anglatadi. Natijada, sitoplazmada vakuol distrofiya va xar xil tomchi ko'rinishidagi yog'li distrofik o'zgarishlar rivojlanganligi aniqlanadi. Sinusoidal devor endoteliylarida o'choqli proliferatsiya va ba'zi soxalarida fibroblastlarga ransformatsiyalangan o'choqlar aniqlanib, shu soxalarda septal o'choqlar hepatotsitlar va sinusoid oralig'ida shakllanganligi aniqlanadi. Bu o'zgarishlar, Shu soxalarga Kupfer xujayralirining o'choqli migratsiyasi va nekrobiozga uchragan hepatotsitlar rivojlanganligi bilan xarakterlanadi. Nekrozga uchragan hepatotsitlar atrofida 200x ko'rish maydonida 3-5 ta limfotsitlar aniqlanadi. Shu soxadagi sinusoidlar kengaygan va destruksiyaga uchragan to'qima

Gepatotsitlarda reparativ regenratsiya jarayoni asosan nekrobioz va nekroz o'choqlari atrofida aniqlanadi. Nekrozga uchragan hepatotsitlar o'mida bo'sh kistoz kengaygan o'choqlar paydo bo'lgan va atrofda oraliq shish ko'rinishda gomogen seroz suyuqlik izlari aniqlanadi. Bu esa, aynan, hepatotsitlarda alteratsiya jarayoni rivojlanganligi va infeksiyon omilsiz shikastlanishlar yuzaga kelganligini ko'rsatib, aynan alloksanli qandli diabet fonida yuzaga kelgan o'zgarishlar bo'lib, Metmorfin lorivor moddasi ta'sirida, hepatotsitlarda neoglikogenez jarayoni sekinlashganligini ko'rsatadi. Aynan nekroz o'choqlari atrofida hepatotsitlar sitoplazmasi oksifil bo'yalgan, vakuol distrofik o'zgarishlarga uchragan bo'lib, bu morfologik o'zgarishlar xam, aynan, metabolizmni izdan chiqishi va perilobulyar joylashgan hepatotsitlarda yog'li distrofik o'zgarishlar rivojlanishini va sentralobulyar hepatotsitlarda esa, gidropik distrofiya rivojlanganligi bilan tushuntiriladi. Aksariyat, zaxarli moddalar Rapporot bo'yicha 1 va 2-maydonlarda zararsizlantirilishi kerak edi, lekin yog'li distrofiyaga uchraganligi uchun aynan, sentralobulyar hepatotsitlarning gidropik distrofiyaga uchraganligi bilan namoyon bo'lgan (3 - rasmlar).



3-Rasm. Metmorfin bilan korreksiya qilingan **4-Rasm.** Namuna 3. "Shifo" OOQ qabul qilgan gurux. Namuna 5. Bo'lakchalarning medial va kalamushlar jigari. Jigarning sentralobulyar soxalarida sinusoid bo'shliqlar gistioarxitektonikasida o'zga rishlar keskin kengaygan (1), hepatotsitlar nekrobioz va aniqlanmaydi. Asosan perilobulyar soxalarda nekroz o'choqlari aniqlanadi (2), perilobulyar mayda yog'li distrofik o'zgargan va sust darajada soxada limfotsitlar va kam sonli gistotsitlar gialin tomchili distrofiyaga uchragan aniqlanadi (3). Bo'yoq G.E. O'lchami 20x10.

hepatotsitlar aniqlanadi(1), perilobulyar vena qon tomirida past darajali venoz to'laonlik, o't tomiri atrofida limfo- tsitar va gistitsitar infiltratsiyaning sust shakllangan manzarasi (2). Bo'yoq G.E. O'lchami 4x10.

Triadalar atrofida siyrak tolali fibroz to'qimaning takomil topayotganligini, oraliqda 200x kattalikda limfotsitlar va gistitsitlarning o'choqli infiltratsiyasi jarayonda reparativ regenratsiya

jarayonini substitutsiya ko‘rinishi ya’ni jigarining fibrozlanish ko‘rinishida, periportal soxalarda shakllanganligi bilan xarakterlanadi. Namunalarda jigar to‘qimasida bo‘lakchalar atrofidagi siyrak tolali tuzilmalardan tashkil topgan takomil topayotgan jigar fibrozi aniqlanadi. Sinusoidlarning kengligi asosan markaziy vena atrofidagi aniqlanadi. O‘t tomirlarida o‘rtacha dimlanish va intragepatik xolestaz o‘choqlari yuzaga kelganligi bilan xarakterlanadi. Bu esa, o‘z navbatida, gepatotsitlarning ferment tizimi yetishmayotganligini ko‘rsatuvchi morfofunktsional substratlardan biri xisoblanadi.

Tajriba sharoitida eksperimental alloksanli qandli diabet chaqirilgan kalamushlarga “Shifo” OOQ – 100 mg/kg preparatini 15 kun davomida berilgandan keyingi jigar to‘qimasidagi morfologik o‘zgarishlar o‘rganildi. Olingan natijalar bo‘yicha quyidagilar aniqlandi. Jigar kapsulasi o‘rtacha odatiy qalinlikda, tomirlarida o‘rtacha to‘laqonlik aniqlandi. Jigarining gistioarxitektonikasida keskin o‘zgarishlardan asosan, distrofik va sust shakllangan sklerotik o‘zgarishlar aniqlandi. Jigarining bo‘lakchalarida keskin o‘zgarishlar aniqlanmadi, asosan bo‘lakchalar perilobulyar soxalarida o‘rta va mayda tomchili yog‘li distrofik o‘zgargan gepatotsitlar aniqlanadi. Yog‘li distrofik o‘zgargan gepatotsitlar hajman kattalashgan va shu soxalardagi sinusoidlarning torayganligi aniqlanadi. Perilobulyar vena qon tomirlarida o‘rtacha to‘lalik, perivaskulyar soxalarda sust shakllangan oraliq shish va fokusda limfotsitlarning kam sonli infiltratsiyasi aniqlanadi. Bo‘lakchalarning medial va sentrolobulyar soxalarida gepatotsitlarda mayda tomchili yog‘li distrofiya o‘choqlari va fokusda markaziy venalarga yaqin soxalardagi gepatotsitlar sitoplazmasida eozinofil tanachalar aniqlanadi. Sinusoidlar markazga qarab kengaygan, perisinusoidal bo‘shliqlar ham xuddi shu zaylda markazga qarab nisbatan kengayganligi aniqlanadi. Kupfer xujayralarining keskin o‘choqli migratsiyasi va infiltratsiya o‘choqlari aniqlanmadi. 2-yadroli gepatotsitlar asosan perilobulyar soxalarda aniqlanadi. O‘t kapillyarlarida sust shakllangan xolestaz belgilari aniqlanadi. Aksariyat gepatotsitlar yadrolarida 2 tadan yadrochalar aniqlanadi. Gepatotsitlarning perimetrini aniq kontrastli ko‘rinishi, sinusoidal bo‘shliqlarning perilobulyar soxalarda torayishi, gepatotsitlarda morfofunktsional jixatdan dezitoksikatsiya jarayoni yuqori darajada kechaytganligini anglatadi. Shu bilan birga, bo‘lakchalarning medial va sentrolobulyar soxalaridagi gepatotsitlar sitoplazmasida donador eozinofil kiritmalar asosan, gialin tomchili oqsil distrofiyasining sust shakllangan belgilarini ifodalaydi.

Xulosa: O‘tkazilgan eksperimental tajribada “As-GAM” va “Shifo” oziq-ovqat qo‘shilmalari qiyosiy preparat metforminga nisbatan ijobiy ta’sir etishini aniqladik. Alloksanli qandli diabet modelida “Shifo” va “As-GAM” OOQ lari jigar va me’da osti bezi morfologiyasini yaxshilashi kuzatildi. “Shifo” OOQ berilgan kalamushlarda nekroz va fibroz holatlari kuzatilmadi, gepatotsitlarda regeneratsiya jarayoni kuchaygani aniqlandi. “As-GAM” OOQ berilgan kalamushlarda fibroz holati kuzatilmadi hamda regeneratsiyaning qisman tiklanishi aniqlandi. Metformin dori preparati bilan davolangan guruh kalamushlarida jigarda regeneratsiya jarayoni kuzatilmadi, nekrotik va distrofik o‘zgarishlar rivojlandi.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАН

Ибрагимов Б.И., Рахимов Б.Г., Касимов С.К.

Андижанский Государственный медицинский институт

*Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы АФ
Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы АФ*

Введение: Колото-резанные ранения относятся к числу наиболее часто встречающихся повреждений в судебно-медицинской практике. Их исследование имеет важное значение не только для установления механизма и орудия травмы, но и для реконструкции обстоятельств происшествия. Критерии оценки таких ран включают анализ их формы, глубины, направления, локализации и особенностей повреждения окружающих тканей. Тщательное

изучение данных признаков позволяет дифференцировать колото-резаные ранения от иных видов повреждений и служит основой для вынесения экспертных заключений.

Цель исследования

Целью данного исследования является определение и систематизация судебно-медицинских критериев, позволяющих объективно оценивать колото-резаные ранения, а также выявление их диагностической значимости для установления механизма повреждения и характеристики орудия травмы.

Задачи исследования

В задачи исследования входило изучение морфологических признаков колото-резаных ран, установление их отличительных особенностей, анализ факторов, влияющих на форму и глубину повреждений, а также определение критериев, применяемых в судебно-медицинской экспертизе для объективной оценки таких ран.

Методы

В основу исследования лег анализ судебно-медицинских экспертиз, связанных с колото-резаными повреждениями. Применялись морфологический, гистологический и фотографический методы. Особое внимание уделялось изучению краев раневого канала, его глубины и соотношения длины с предполагаемым орудием травмы. Дополнительно проведен обзор современной литературы, посвященной судебно-медицинским аспектам анализа колото-резаных повреждений.

Результаты

Результаты исследования показали, что наиболее информативными критериями при оценке колото-резаных ран являются форма и ровность краев, наличие осаднения или надрывов по периферии, глубина и направление раневого канала, а также сопоставление длины повреждения с размерами и формой орудия. При воздействии ножа с односторонней заточкой характерно наличие одного острого и одного закругленного угла раны, тогда как при использовании двусторонне заточенного клинка оба угла имеют острый характер. Установлено также, что особенности тканей, в частности их плотность и эластичность, оказывают значительное влияние на морфологию повреждений.

Заключение

Судебно-медицинское определение критериев колото-резаных ран играет ключевую роль в реконструкции обстоятельств происшествия и установлении орудия травмы. Морфологический анализ таких повреждений позволяет эксперту объективно оценить механизм их образования и дать научно обоснованные заключения. Разработка и применение четких критериев оценки повышает точность судебно-медицинских исследований и способствует более справедливому разрешению следственных и судебных дел.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕХАНИЗМА СМЕРТИ ОТ ПАДЕНИЯ С ВЫСОТЫ

Ибрагимов Б.И., Касимов С.К.

Андижанский Государственный медицинский институт

Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы АФ

Введение: Судебно-медицинская практика часто сталкивается с случаями смерти в результате падения с высоты. Данные ситуации имеют важное значение не только для установления причины смерти, но и для реконструкции механизма происшествия. Определение механизма смерти при падении связано с комплексным анализом морфологических повреждений костной и мышечной системы, внутренних органов, а также обстоятельств происшествия. Особое значение придается характеру и локализации травм, их последовательности и соответствию условиям падения. Изучение этих признаков имеет ключевое значение для судебной медицины, так как позволяет отличить случайные падения от возможных криминальных ситуаций.

Цель исследования

Целью данного исследования является изучение морфологических признаков повреждений при падении с высоты и установление их судебно-медицинского значения в определении механизма смерти.

Задачи исследования

Задачи включают:

Анализ морфологических изменений костной и мышечной ткани при падении с различной высоты.

Изучение повреждений внутренних органов и их взаимосвязи с характером падения.

Определение последовательности травматических воздействий.

Разработка диагностических критериев для установления механизма смерти.

Методы

Исследование основано на анализе судебно-медицинских экспертиз, включающих вскрытие тел лиц, погибших в результате падения с высоты. Использовались морфологические, рентгенологические и гистологические методы исследования. Сопоставление клинико-анатомических данных проводилось с учетом высоты падения, поверхности удара и положения тела при падении. Дополнительно проведен сравнительный анализ данных, представленных в современной научной литературе и руководствах по судебной медицине.

Результаты

Установлено, что при падении с высоты наблюдаются множественные комбинированные повреждения, охватывающие костно-мышечную систему и внутренние органы. Характерными признаками являются переломы длинных костей, множественные переломы ребер, компрессионные переломы позвоночника, а также массивные разрывы внутренних органов. Степень повреждений напрямую зависит от высоты падения и характера поверхности. При падении с небольшой высоты преобладают локальные травмы, тогда как падение с большой высоты сопровождается тотальными разрушениями организма, несовместимыми с жизнью.

Заключение

Определение механизма смерти при падении с высоты является важной задачей судебно-медицинской экспертизы. Морфологический анализ повреждений позволяет установить условия происшествия, реконструировать последовательность травматических воздействий и дифференцировать случайные падения от криминальных происшествий. Применение комплексных методов исследования – морфологических, рентгенологических и гистологических – повышает достоверность экспертных заключений. Таким образом, изучение особенностей повреждений при падении с высоты способствует более точному установлению механизма смерти и играет важную роль в судебно-следственной практике.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКОВ ПРИ АВТОТРАВМАХ

Касимов С.К., Ибрагимов Б.И.

***Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы АФ
Андижанский Государственный медицинский институт***

Введение: Повреждения позвоночника при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) занимают особое место в судебно-медицинской практике ввиду их высокой частоты, тяжести и значимости для определения как механизма травмы, так и обстоятельств происшествия в целом. Переломы позвоночных сегментов могут быть как изолированными, так и сочетанными с другими травмами, включая повреждения спинного мозга, внутренних органов, костей таза, черепа и конечностей.

Механизм возникновения таких переломов чрезвычайно вариативен и зависит от направления, силы и скорости травмирующего воздействия, а также от положения тела

пострадавшего в момент удара, использования ремней безопасности и других факторов пассивной защиты. В зависимости от этих факторов, у пострадавших могут развиваться компрессионные, оскольчатые, сгибательно-дистракционные, ротационные и другие типы повреждений позвоночника.

Для судебно-медицинского эксперта чрезвычайно важно правильно интерпретировать характер и локализацию переломов позвоночника с целью реконструкции механизма травмы. Такие повреждения часто дают возможность определить, в каком положении находился пострадавший (водитель, пассажир переднего или заднего сиденья), был ли он пристёгнут, и даже установить направление удара. Особенно это актуально в случаях, когда показания участников ДТП расходятся или возникают подозрения в попытке инсценировки обстоятельств происшествия.

Кроме того, переломы позвоночника играют важную роль при квалификации вреда здоровью. Например, повреждение спинного мозга при переломе шейных позвонков может свидетельствовать о тяжком вреде или являться непосредственной причиной смерти. Установление этих обстоятельств требует комплексного подхода с использованием патологоанатомических, радиологических и криминалистических методов анализа.

Таким образом, переломы позвоночника при автотравмах обладают не только клиническим и диагностическим, но и серьёзным судебно-медицинским и криминалистическим значением, что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Методы

Было проведено судебно-медицинское исследование 32 случаев автотравм с переломами позвоночника, зафиксированных в 2020–2023 годах. Использовались методы макроскопического анализа при вскрытии, а также данные рентгенологических и компьютерно-томографических исследований. Оценивались локализация, характер переломов (компрессионный, оскольчатый, вывих-перелом), наличие повреждений спинного мозга и сопутствующих травм. Также учитывались материалы следствия: расположение тел в автомобиле, характер столкновения, наличие ремней безопасности.

Результаты

Анализ 32 судебно-медицинских экспертиз по автотравмам с переломами позвоночника, проведённый в рамках настоящего исследования, показал высокую информативность данных повреждений для установления обстоятельств дорожно-транспортных происшествий. Полученные результаты продемонстрировали определённые закономерности, касающиеся локализации, морфологии и клинических последствий переломов позвоночного столба у пострадавших в ДТП.

Наиболее часто переломы позвоночника локализовались в шейном и грудном отделах. Так, у 19 пострадавших (59,4%) были выявлены повреждения шейных позвонков, преимущественно на уровне C4–C7. У 7 человек (21,9%) диагностированы переломы в грудном отделе, преимущественно компрессионного типа, сопровождавшиеся клиновидной деформацией тел позвонков. У 4 пострадавших (12,5%) имелись травмы поясничного отдела, как правило, у задних пассажиров в результате сдавления корпуса или изгиба позвоночника в момент переворота транспортного средства. В 2 случаях (6,2%) имелись множественные переломы, охватывающие два и более отделов позвоночника.

Типовой морфологической формой повреждений являлись компрессионные переломы тел позвонков, выявленные у 21 человека (65,6%). Среди них наиболее тяжёлые наблюдались у водителей, участвовавших в лобовом столкновении, особенно в случае отсутствия ремней безопасности. В 7 случаях (21,9%) были зарегистрированы вывихи и вывих-переломы, включая атлanto-аксиальный вывих у двух погибших, что свидетельствовало о мгновенной смерти в момент травмы.

Особое внимание было уделено сопутствующим повреждениям спинного мозга. У 11 пострадавших (34,3%) имелись признаки полного или частичного разрыва спинного мозга, что проявлялось клинически в виде параплегии, тетраплегии или дыхательной недостаточности, а у погибших — в виде центральной остановки дыхания. Судебно-

медицинское вскрытие в этих случаях выявило массивные кровоизлияния в спинномозговой канал, отёк и размоложение вещества мозга.

Сопоставление повреждений позвоночника с данными об обстоятельствах ДТП позволило установить определённые зависимости. Так, у лиц, не пристёгнутых ремнём безопасности, переломы носили более тяжёлый и множественный характер. У пристёгнутых пассажиров травмы шейного отдела встречались реже, а тяжесть повреждений была существенно ниже. Кроме того, в 4 случаях выявлено расхождение между заявленным положением пострадавшего в момент столкновения и характером повреждений, что позволило экспертам усомниться в достоверности предоставленных сведений.

Таким образом, результаты исследования подтвердили, что морфология переломов позвоночника при автотравмах является надёжным критерием для определения положения тела пострадавшего, характера и направления травмирующего воздействия, а также для квалификации степени вреда здоровью. Полученные данные обосновывают необходимость комплексного анализа таких повреждений в рамках судебно-медицинской и криминалистической экспертизы.

Заключение

Результаты проведённого судебно-медицинского анализа подтверждают, что переломы позвоночника при автотравмах обладают высокой диагностической и криминалистической значимостью. Их локализация, морфологические особенности и сочетание с другими повреждениями позволяют экспертам не только объективно оценить степень тяжести травмы, но и реконструировать обстоятельства происшествия с высокой степенью достоверности.

Установлено, что характер переломов позвоночного столба напрямую зависит от типа и направления травмирующего воздействия, положения пострадавшего в момент удара, скорости транспортного средства, а также от наличия или отсутствия ремней безопасности. Компрессионные переломы тел позвонков наиболее часто встречаются у водителей, пострадавших в лобовых столкновениях, тогда как вывих-переломы и сгибательно-дистракционные повреждения типичны при опрокидывании автомобиля или резком изгибании туловища.

Особое внимание следует уделить повреждениям шейного отдела позвоночника, так как именно они наиболее часто приводят к летальному исходу — как вследствие повреждения жизненно важных центров, так и из-за резкого нарушения проводимости спинного мозга. Наличие таких травм позволяет экспертам установить не только причину смерти, но и момент наступления летального исхода, что нередко имеет решающее значение в следственно-судебной практике.

Выявленные случаи несоответствия между характером переломов и заявленным механизмом травмы подтверждают, что морфологический анализ повреждений позвоночника может служить эффективным инструментом в выявлении попыток сокрытия или фальсификации реальных обстоятельств ДТП. Это особенно актуально при наличии спорных ситуаций, когда данные допросов, показания очевидцев или технические заключения содержат противоречия.

Таким образом, комплексное исследование переломов позвоночника в рамках судебно-медицинской экспертизы позволяет: оценить тяжесть телесных повреждений с учётом действующих нормативных актов, определить механизм травмы и направление приложения силы, установить положение тела пострадавшего в момент происшествия, верифицировать или опровергнуть предоставленные объяснения сторон, повысить общую доказательную ценность экспертного заключения.

Судебно-медицинская интерпретация переломов позвоночника требует междисциплинарного подхода с привлечением данных патоморфологии, радиологии, биомеханики и криминалистики. В условиях современной экспертной практики такие повреждения должны рассматриваться не только как анатомическая находка, но и как

важнейший элемент реконструкции событий, лежащих в основе юридической оценки произошедшего.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР ПРИ АВТОТРАВМАХ.

Рахимов Б.Г., Ибрагимов Б.И.

***Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы АФ
Андижанский Государственный медицинский институт***

Введение: Переломы ребер являются одними из наиболее частых повреждений при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), особенно среди водителей и пассажиров. Характер и локализация таких повреждений имеют важное судебно-медицинское значение, позволяя экспертам установить механизм травмы, положение пострадавшего в момент аварии, а также оценить тяжесть причиненного вреда здоровью. Анализ переломов ребер становится особенно актуальным в случаях летального исхода или при расследовании обстоятельств ДТП, вызывающих сомнение.

Методы: Настоящее исследование было основано на комплексном судебно-медицинском анализе 48 случаев дорожно-транспортных происшествий (ДТП), имевших место в период с 2020 по 2023 год. Экспертизы включали как летальные, так и нефатальные исходы, и проводились в рамках уголовных и гражданских расследований.

Материалом для исследования послужили протоколы судебно-медицинских вскрытий, рентгенологические снимки, медицинская документация пострадавших, а также материалы следственных дел: схемы ДТП, фотографии салонов автомобилей, показания свидетелей и данные технической экспертизы транспортных средств.

Методика исследования включала: Макроскопическую судебно-медицинскую оценку переломов ребер при вскрытии, с указанием количества, локализации, направления линий излома, состояния краёв перелома, наличия кровоизлияний и сопутствующих повреждений грудной клетки.

Сравнительный анализ локализации переломов в зависимости от положения пострадавшего (водитель, передний или задний пассажир, пешеход), с учётом расположения повреждённых элементов салона (руль, приборная панель, стекло и пр.).

Рентгенологическое исследование пострадавших, перенёсших автотравму и выживших, с фокусом на тип перелома (поперечный, косой, многооскольчатый), степень смещения и наличие сопутствующего пневмо- или гемоторакса.

Оценку тяжести вреда здоровью, нанесённого переломами ребер, на основании действующих нормативных документов (в частности, Приказ Минздрава РФ №194н), а также с привлечением судебно-медицинских классификаций.

Методы были направлены на установление зависимости между морфологией переломов ребер и механизмом травмирующего воздействия, что позволило не только объективно зафиксировать травму, но и определить её обстоятельства с криминалистической точки зрения.

Результаты: В результате комплексного анализа было установлено, что переломы ребер являются высокоинформативными для судебно-медицинской реконструкции механизма автотравмы. Изучение морфологических особенностей повреждений показало следующие закономерности:

В 72,9% случаев (35 из 48) были диагностированы переломы ребер различной степени выраженности. Причём у большинства пострадавших (58%) переломы локализовались с левой стороны грудной клетки, что в большинстве случаев свидетельствует о лобовом столкновении с ударом грудной клетки о рулевое колесо. У передних пассажиров, напротив, переломы чаще наблюдались справа (35%), что коррелирует с травматизацией об элемент приборной панели или стойку двери.

В 64% наблюдений отмечались множественные переломы (от 4 до 8 рёбер), преимущественно в области средней и задней аксиллярных линий, что указывает на значительное компрессионное воздействие на грудную клетку. В 18% случаев переломы сопровождались повреждением лёгочной ткани и развитием осложнений в виде пневмоторакса или гемоторакса.

Кроме того, в 9% случаев наблюдалось несоответствие между характером повреждений и заявленным сценарием происшествия, что позволило экспертам заподозрить фальсификацию механизма травмы. Так, у одного из пострадавших, заявившего о столкновении с лобовым стеклом в результате ДТП, переломы рёбер были локализованы в задней части грудной клетки и сопровождались точечными кровоизлияниями, характерными для падения спиной на твёрдую поверхность.

Также установлено, что степень повреждения рёбер в значительной мере зависит от использования средств пассивной безопасности. У лиц, пристёгнутых ремнями безопасности, переломы чаще были одиночными, без смещения, и сопровождались минимальными осложнениями.

Таким образом, проведённый анализ показал, что морфология, количество и локализация переломов рёбер при автотравмах позволяют экспертам не только объективно оценить тяжесть повреждений, но и сделать обоснованные выводы о механизме травмы, что имеет решающее значение для судебно-медицинской и криминалистической оценки происшествия.

Заключение: Переломы ребер при автотравмах несут существенную информацию для судебно-медицинской и криминалистической оценки. Они позволяют не только определить направление и силу травмирующего воздействия, но и дают возможность экспертам делать выводы о положении тела пострадавшего, использовании ремней безопасности и подлинности механизма травмы. Комплексный анализ рентгенологических, анатомических и ситуационных данных повышает достоверность судебно-медицинской экспертизы и способствует объективному расследованию дорожно-транспортных происшествий.

ЗАВИСИМОСТЬ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ДИСФАГИИ ОТ ВИДА АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ОПЕРАЦИИ

*Бехбудов В.В., Муслимов Г.Ф., Зейналов Н.Д., Алиева Г.Р., Азадова З.Н.
Научный Центр Хирургии имени академика М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан*

Актуальность темы: Лапароскопическая фундопликация считается золотым стандартом лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Предполагается, что стойкая послеоперационная дисфагия чаще встречается после фундопликации по Ниссену нежели при частичной фундопликации.

Цель исследования: Целью искомого исследования явилось определение факторов риска развития стойкой дисфагии в послеоперационном периоде, особенно в зависимости от типа фундопликации.

Материалы и методы: Материалом исследования были пациенты с ГЭРБ, перенесшие лапароскопическую фундопликацию по Ниссену (75 пациентов) и частичную фундопликацию (62 пациента) с 2013 по 2024 годы. Оценка симптомов дисфагии проводилась с помощью опросника «ГЭРБ — качество жизни, связанное со здоровьем». Стойкая дисфагия определялась как ≥ 1 балла (заметное) затруднение глотания, как минимум, через год после операции по шкале от 0 до 5. Коэффициенты вероятности развития персистирующей дисфагии среди пациентов, перенесших антирефлюксную операцию, были рассчитаны с помощью многофакторной логистической регрессионной модели с учетом типа фундопликации, пола пациента, возраста, индекса массы тела и необходимости повторной операции.

Результаты: Из 137 пациентов, соответствующих критериям включения, 85 (62%) наблюдались в течение ≥ 1 года. Медиана периода наблюдения составила 3 года. 54,7% пациентов перенесли фундопликацию по Ниссену, а 45,3% – частичную фундопликацию. У 18,3% пациентов (n=25) наблюдалась персистирующая послеоперационная дисфагия. Статистически значимых различий в скорректированном анализе не выявлено. Персистирующая послеоперационная дисфагия после антирефлюксной операции встречается примерно у четверти пациентов и не различается в зависимости от типа фундопликации.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о том, что как фундопликация по Ниссену, так и частичная фундопликация при правильном выборе пациентов могут считаться эффективными антирефлюксными операциями.

ҚАШҚАДАРЁ ВИЛОЯТ СУД-ТИББИЁТ ЭКСПЕРТИЗАСИ БЮРОСИ ВА РИШТЁИМ ҚАШҚАДАРЁ ФИЛИАЛИ МАЪЛУМОТЛАРИГА КЎРА КЎКРАК ҚАФАСИ ВА ҚОРИННИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ТАРКИБИ

Тулаков Равшан Панжиевич – РНЦЭМП Қашқадарё филиали директори

Элмуродов Каримали Садинович – Қашқадарё вилояти бош жарроҳи

Инаков Аъзам Ганиевич – 1-жарроҳлик бўлими мудири

*Элмуродов Шохрух Карималиевич – Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий
маркази Қашқадарё филиали шошилинч жарроҳлик бўлими врач-жарроҳ.*

Мақсад. Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланишлари оқибатидаги ўлим ҳолатларини камайтиришга йўналтирилган тавсияларни ишлаб чиқиш.

Материал ва усуллар. Республика суд-тиббий экспертиза илмий-амалиймаркази Қашқадарё филиалининг 2020-2021 йй. маълумотлари бўйича 1830 нафар вафот этганларнинг патологоанатомик текшируви натижалари таҳлил қилинган. Механик травмадан вафот этганлар улуши 39,2%ни (717/1830), улардан тўмтоқ травма улуши эса 84,2%ни (604/717) ташкил қилди.

Натижалар. Оғир тўмтоқ шикастланишларда кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш микдори 82,8%ни (500/604) ташкил қилди. Шулардан 37,1%да (224/604) кўкрак қафаси ва қориннинг қўшма шикастланишлари аниқланган. Кўкрак қафаси ва қорин шикастланишларида воқеа жойида 74,0%, транспортировка вақтида 13,6%, шифохонада эса 12,4% шикастланганлар вафот этган. Шикастланганларни ТТЁ бригадалари томонидан шифохоналарга олиб борилиниши транспортировка вақтидаги ўлим кўрсаткичини 63,6%дан 44,0%гача, шифохонанинг қабул бўлимидаги ўлим кўрсаткичини эса 20,0%дан 10,7%гача камайтириш имконини беради. Кўкрак қафаси ва қорин шикастланиши бўлган ва шифохонага тирик олиб келинган ва кейинчалик вафот этган беморларнинг 51,6% биринчи суткада вафот этади, 4-14-кунларигача ҳам ўлим хавфи юқори даражада (21,0%) сақланиб туради, вафот этганларнинг 19,4%да ўлим 14-кундан кейин қайд қилинган. Туманлардаги шошилинч тиббий ёрдам бўлими (ШТЁБ) шифокорлари эхтимоллий шикастланишларнинг гипердиагностикасига кўпроқ моил эканлиги аниқланди ва бу ҳолат ушбу муассасалардаги диагностик муолажаларнинг спецификлик (Sp) (РШТЁИМ филиалида 75,0%, ШТЁБда 25,0%) ва умумий аниқлик (Ac) (филиалда 88,9%, ШТЁБда 79,5%) кўрсаткичларининг пасайишига олиб келди. ШТЁБларда ички аъзолар фатал шикастланишларининг 13,6% бемор ҳаётлигида аниқланмаганлиги натижасида NPV (манфий натижанинг прогностик баҳоси) кўрсаткичи РШТЁИМ филиалидаги 75,0%дан ШТЁБда 40,0%гача тушиб кетган.

NEKROTİK ENTEROKOLITI BO'LGAN BOLALARDA RENTGEN DIAGNOSTIKASI

Chartakov Dilmurod Kaxromonovich

Andijon davlat tibbiyot instituti

«Patologik anatomiya va sud tibbiyoti» kafedrası

Annotatsiya: Nekrotik enterokolit (NEK) yangi tug'ilgan chaqaloqlarda eng ko'p uchraydigan shoshilinch patologiya bo'lib, perforatsiya holatlari yuz berganda har doim tezkor jarrohlik aralashuvini talab etadi. Hozirgi kunda yetilgan va chala tug'ilgan chaqaloqlardagi NEK, shuningdek, alohida perforatsiyalar farqlanmoqda. Ushbu guruhlarda NEK turli klinik kechishga ega bo'lib, juda tez rivojlanadigan va o'tkir shakldan Bell bo'yicha aniq ifodalangan bosqichlarga ega bo'lgan vaqti-vaqti bilan kuzatiladigan va yashirin shakllargacha bo'lishi mumkin. Kasallikning dastlabki bosqichlarida eng muhim tashxis omillarini faol o'rganish neonatologlar va bolalar jarrohlarning asosiy vazifalaridan biridir. Nekrotik enterokolitning klinik belgilari paydo bo'lganda, rentgen tekshiruvini eng ishonchli tashxis usuli hisoblanadi.

Dolzarbli: Nekrotik enterokolit (NEK) yuqori o'lim darajasiga olib keladigan polietologik sindromdir. Uzoq vaqt davomida ushbu patologiya nozologik shakl sifatida aniq belgilanmagan va turli xil tashxislar ostida mavjud bo'lgan: funksional ichak tutilishi, qorin bo'shlig'i absessi, yonbosh ichakning spontan perforatsiyasi, appenditsit, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning perforatsiyali nekrotik kolit, ishemik enterokolit, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning ichak infarkti [1].

NEKni tashxislashning asosiy, eng muhim va ob'yektiv usullaridan biri rentgenologik tekshiruv hisoblanadi. NEKning rentgenologik belgilari: ichak qovuzloqlarining notekis shishishi, ichak devorining pnevmatozi (chiziqli yoki kistoz), jigar portal tizimida gaz, pnevmoperitoneum va qorin bo'shlig'idagi suyuqlik. Pnevmatoz va jigar portal tizimidagi gaz NEKning eng ko'p uchraydigan belgilaridan biri sanaladi [4]. Davolash natijalari ko'p jihatdan NEK bosqichlarini o'z vaqtida aniqlashga bog'liq [5].

Tadqiqot maqsadi: muammoning holatini baholash, NEK va perforatsion nekrotik enterokolit (PNEK) bilan og'rigan bemorlar tashxisini yaxshilashning mumkin bo'lgan yo'llarini aniqlash hamda NEK kasalligi bosqichini aniqlash uchun rentgenologik usul imkoniyatlarini aniqlashtirish.

Tadqiqot materiali va usullari. Andijon shahridagi ko'p tarmoqli bolalar viloyat shifoxonasining jarrohlik bo'limiga NEK tashxisi bilan yotqizilgan 1 kunlikdan 1,5 oygacha bo'lgan 75 nafar bolani tekshirish tahlili o'tkazildi. NEK bosqichini aniqlash uchun umumiy rentgenografiya va rentgen kontrastli tadqiqot usullarini qo'llash imkoniyatlari baholandi. NEKda oshqozon-ichak traktidagi qaytar va qaytmas o'zgarishlarni farqlash imkonini beruvchi rentgenologik mezonlar aniqlandi.

Natijalar va muhokama. Barcha bemorlar 2 guruhga bo'lindi: muddatida tug'ilganlar 26 (34,6%) va muddatidan oldin tug'ilganlar 49 (65,9%). Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda 61,6% holatlarda kasallik 2-9 kunligida, chala tug'ilganlarda esa 73,5% holatlarda 3-15 kunligida boshlangan. Peritonit bilan asoratlangan NEK bilan og'rigan bemorlar guruhi 29 bolani tashkil etdi. Asoratlangan peritonit bilan og'rigan bemorlar (33,3%) kasalxonaga 12 soat ichida yotqizilganda, omon qolish darajasi 100% ni tashkil etdi. 17 nafar bola vafot etdi, ulardan shifoxonaga yotqizilgandan keyin birinchi kuni 6 nafar bola (35,3%) ($p < 0,05$), 2-4-kunlarda 4 nafar bola (23,5%) ($p < 0,05$) vafot etdi. Shunday qilib, 10 nafar bola (58,8%) davolab bo'lmaydigan bemorlar edi.

Peritonit bilan asoratlangan NEK bo'lgan bolalar guruhida juda past va o'ta past tana vazni 3 holatda (25%); vafot etganlar guruhida esa 12 holatda (70,1%) ($p < 0,05$) kuzatildi.

Peritonit bilan asoratlangan NEK bilan og'rigan bolalarda gemostaz tizimini o'rganishda quyidagi o'zgarishlar aniqlandi: AKTda koagulyatsion bo'g'inda maksimal koagulyatsion faollikning 15,1% ga pasayishi, plazma rekalsifikatsiyasining faollashtirilgan vaqtining 13 soniyaga, faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqtining 10 soniyaga uzayishi, protrombin

indeksining 35,6% ga pasayishi qayd etildi; protrombin vaqti 7 soniyaga, trombin vaqti esa 2 soniyaga oshdi.

Ushbu guruh bemorlarida (29 nafar bola) o'tkazilgan rentgenologik tekshiruv shuni ko'rsatdiki, qorin bo'shlig'ida «erkin gaz» belgisi 18 holatda (65,5%) ($p < 0,05$) kuzatilgan, 11 nafar bolada (34,5%) ($p < 0,05$) esa, kovak a'zo perforatsiyasi mavjud bo'lishiga qaramay, qorin bo'shlig'ida «erkin gaz» aniqlanmagan. PNEK bilan og'rigan bemorlarda qorin bo'shlig'ining rentgenologik tekshiruvlari tahlili bizga «fiksatsiyalangan pnevmoperitoneum» yoki «o'lim to'rlari» atamasini kiritish imkonini berdi. Bu atama ostida kechayotgan yallig'lanishli bitishma-infiltrativ jarayon fonida qorin bo'shlig'iga gazning chiqishi tushuniladi. U ichakdan chiqqan gazni qovuzloqlararo bo'shliqda 1 sm dan 2 sm gacha bo'lgan turli diametrli bo'shliqlar ko'rinishida fiksatsiyalaydi, bular rentgenogrammalarda to'rga o'xshash festonsimon naqsh hosil qiladi. Bu tasvir qorin bo'shlig'ida ma'lum hajmni egallaydi, odatda nekroz o'chog'i yoki ichak perforatsiyasiga yaqinroq joylashadi. Takroriy rentgenogrammalarda bunday bo'shliqlarning o'zaro joylashuvi deyarli o'zgarmaydi. Qorin bo'shlig'idagi «erkin gaz», pnevmoperitoneum va «fiksatsiyalangan pnevmoperitoneum» tushunchalarini farqlash prinsipial jihatdan muhimdir, chunki fiksatsiyalangan pnevmoperitoneum bu «erkin gaz» belgisi bo'lmasa ham, kovak a'zo perforatsiyasi mavjudligini ko'rsatuvchi rentgenologik belgidir. Ehtimol, qorin bo'shlig'idagi erkin gaz ichak devorida tez rivojlangan destruktiv jarayonni ko'rsatadi, bunda yallig'lanishli bitishma-infiltrativ jarayon uni cheklangan qovuzloqlararo bo'shliqlarda fiksatsiya qilish uchun yetarlicha rivojlanmagan bo'lib, sezilarli miqdordagi gaz chiqishiga olib keladi.

Qorin bo'shlig'ida «erkin gaz» bo'lmagan PNEK ning rentgenologik belgilari (11 bemorda) quyidagicha edi: «o'lim to'ri» deb ataluvchi qo'zg'almas pnevmoperitoneum 8 (72,7%) ($p < 0,05$), dinamikada tekshirilganda qorin bo'shlig'idagi gaz hosilalarining barqaror o'zaro joylashuvi 8 (72,7%) ($p < 0,05$), qorin bo'shlig'ining gaz bilan to'lishidagi notekislik 6 (54,5%) ($p < 0,05$), qorin bo'shlig'ining yon kanallarining xiralashuvi 3 (27,3%) ($p < 0,05$), ichak qovuzloqlari tasvirining xiralashuvi va tiniqligining pasayishi 3 (27,3%) ($p < 0,05$), pnevmatoz 2 (18,2%) ($p < 0,05$).

NEK bilan og'rigan bemorlarda oshqozon-ichak traktini rentgen-kontrast tekshirish uchun biz ishlab chiqqan kraxmal-kontrast aralashma (KKA) qo'llanilgan bo'lib, uning tarkibiga suvda eriydigan kontrast moddalar va kraxmal kiradi.

Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda KKS 10-15 ml, chala tug'ilgan chaqaloqlarda esa 5-7 ml hajmda qo'llaniladi. Oshqozonga KKS yuborilgandan so'ng 2-3 soat o'tgach, bolaning tik holatida rentgenografiya o'tkaziladi. NEK bo'lmaganda, kraxmal-kontrast aralashma ingichka ichakning distal qismida kiritilgandan 2 soat o'tgach aniqlanadi. NEK bilan og'rigan 75 bemordan 12 tasiga (16%) rentgen-kontrast tekshiruvi o'tkazildi ($p < 0,05$). Shundan 8 ta holatda KKS yuborilgandan keyin yo'g'on ichakka evakuatsiyaning 3 soatdan ko'proq kechikishi kuzatildi. Biroq, Kloyber kosachalari va statik ichak ko'rinishidagi to'planish aniqlanmadi. Bu jarayonning destruktiv bosqichiga shubhani bartaraf etish va IA darajali NEK tashxisini qo'yish imkonini berdi. 12 holatdan 4 tasida ingichka ichakdan KKS o'tishi va chiqarilishining uzoqroq buzilishi aniqlandi. Bunda rentgenogrammada kontrast massa Kloyber kosachalari yoki barqaror ichak shaklida to'plangan bo'lib, ular 3 soatdan keyin takroriy rentgenogrammalarda ham kuzatildi.

Ushbu bemorlarda PNEK tasdiqlandi. NEKning barcha rentgenologik belgilari erta qaytar va kech qaytmas turlarga bo'lindi: erta qaytar belgilarga pnevmatizatsiyaning kuchayishi, ichak qovuzloqlarining progressiv cho'zilishi va kengayishi, ichak devorlarining qalinlashishi va to'g'rilanishi, ingichka ichakdan KKS chiqarilishining 3 soatgacha kechikishi (statik ichak belgisiz) kiradi; kech qaytmas belgilarga esa «o'lim to'ri» ko'rinishidagi fiksatsiyalangan pnevmoperitoneum, qorin bo'shlig'i yon kanallarining qorayishi, ichak qovuzloqlari tasvirining xiralashishi va shaffofligi pasayishi, pnevmatoz, erkin gaz mavjudligi, ovqat o'tishining buzilishi va oshqozon-ichak traktining statik, fiksatsiyalangan qismi mavjudligi, KKS bilan tekshirilganda kontrastning 3 soatdan ortiq kechikishi hamda statik ichak belgisi kiradi.

XULOSA

NEK bilan og'rigan bemorlarni rentgenologik tekshirishda qorin bo'shlig'ida «erkin gaz»ning yo'qligi kovak a'zoning teshilishini istisno qiladigan ishonchli belgi emas.

"Fiksatsiyalangan pnevmoperitoneum" belgilarini aniqlash bilan o'tkaziladigan rentgen tekshiruvi bemorning ahvoli og'irligini erta baholash va davolashni o'z vaqtida tuzatish imkonini beradi. KKSni qo'llash quyidagi afzalliklarga ega: foydalanishning soddaligi va qulayligi, yuqori diagnostik ma'lumotlilik, NEKning ob'yektiv belgilarini 2-3 soatlik tadqiqotda aniqlash imkoniyati.

NEKROTIK ETEROKOLITDA ICHAK DEVORINING MORFOLOGIYASI

Chartakov Dilmurod Kaxromonovich
ADTI, Patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrası.

Annotatsiya: Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda eng og'ir kasalliklardan biri nekrotik enterokolit bo'lib, zamonaviy nuqtai nazardan tahlil etilmoqda. Kasallikning rivojlanish sabablari va xavf omillari ko'rib chiqilmokda. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning patogenetik holatidagi o'ziga xos xususiyatlar aniqlangan. Kasallik oqibati turlarini hisobga olgan holda, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nekrotik enterokolit paytida ichak devori gistoarxitektonikasining morfologik o'zgarishlari batafsil yoritib berilgan. Davolash usulini tanlash bolaning ahvoli og'irligiga va jarayonning bosqichiga bog'liq ekanligi ko'rsatilgan.

Dolzarbli. Nekrotik enterokolit (NEK) yangi tug'ilgan chaqaloqlarning og'ir va o'lim sababiga olib keluvchi kasallik bo'lib, 60 yil davomida pediatriya hamda bolalar jarroxligi sohasida eng katta muammolardan biri hisoblanib kelmokda. NEK kasalligini doimiy ravishda o'rganilganiga qaramay, klinikasi, etiologiyasi, patogenezi va ichakdagi patologik jarayonni aniqlash hamda davolash bo'yicha ko'plab yechilmagan masalalar shu kunga kadar mavjud. Adabiyotlardan olingan ko'plab ma'lumotlarga asoslangan xolda, NEK bilan og'rgan bemorlarning 20-40 % jarrohlik amaliyotiga muxtojdir [1, 2, 3, 4], asoratlar soni 51-68 % [5, 6, 7], o'lim ko'rsatkichi esa 15-35 % tashkil etadi [8].

NEKni keng muhokama qilish mavzuning ko'plab jihatlariga, shu jumladan ichakning morfologik tadqiqotlariga ham ta'sir qiladi. Adabiyotlarda ichak devoridagi gistologik ko'rinishlar va patogeneznining yetakchi bo'g'inlari (gemodinamik, aralash, infeksiyon-yallig'lanish) o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri korrelyatsion bog'liqlik mavjudligi aniqlangan [8].

NEKda ichakning morfofunktsional xususiyatlarini o'rganish shuni tasdiqladiki, birinchi navbatda shilliq qavat enterotsitlarning deskvamatsiyasi va parchalanishi, vorsinkalar va kriptalar qoplamasidagi epitelial hujayralarning diskomplektatsiyasi ko'rinishida zararlanadi. Qayd etilishicha, destruksiya fonida ingichka ichakda eng ko'p namoyon bo'ladigan regeneratsiya jarayonlari boshlanadi [6].

NEKda mumkin bo'lgan gistologik o'zgarishlar orasida koagulyatsion nekroz (89%), o'tkir va surunkali yallig'lanish (60%) va shilliq qavat yaralari (76%) belgilari eng ko'p aniqlanishi isbotlangan [7].

Tadqiqotning maqjadi: neo- va pochnatal davpda yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nekrotik enterokolitning klinik, morfologik, gistokimyoviy, morfometrik xususiyatlarini o'rganish, muddatidan oldin tug'ilishning og'irligiga qapab kompleks diagnostika taktikasi algoritmini ishlab chiqish.

Tadqiqot materiali va usullari: Andijon shahridagi ko'p tarmoqli bolalar shifoxonasida NEK bilan operatsiya qilingan 37 nafar bemorda ichak to'qimalarining gistologik kesmalari morfologik jihatdan o'rganildi. Bemorlar ikki guruhga ajratildi: I-guruh - 22 nafar trik qolgan chaqaloqlar (ijobiy natija), II-guruh - 15 nafar vafot etgan chaqaloqlar (salbiy natija).

Gistologik tekshirish uchun jarrohlik amaliyoti paytida olingan yonbosh va yo'g'on ichak to'qimalari namuna sifatida ishlatildi. Namunalar 10 % neytral formalinda mustahkamlandi va parafinga joylashtirildi. Har bir blokdan 5 mikron qalinlikdagi kesma seriyalari tayyorlandi. Kesmalar gematoksilin va eozin bilan bo'yaldi, gistokimyoviy tekshirish uchun esa alsian ko'ki va Shiff reaktivi qo'llanildi.

Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi: Operatsion materialning tahlili shuni ko'rsatdiki, ichak yo'li bo'ylab zararlanish chuqurligi va destruktiv jarayonlar darajasi bir xil emas. Ingichka ichakning minimal tuzilmaviy va funksional o'zgarishlar kuzatilgan qismlarida vorsinkalarning biroz kengayishi va balandligining pasayishi, shuningdek, yetarlicha rivojlangan kriptal qatlam qayd etildi.

Subepitelial kapillyar to'rdagi eritrotsitlarning yaqqol stazi aniqlandi, bu epiteliyning o'zgarishiga sharoit yaratdi. NEKning ijobiy kechishida ushbu sohalarning shilliq qavatida kuchsiz infiltratsiyalangan (hujayra zichligi 1 mm² da 5463±248), asosan limfotsitlar (1 mm² da 1534±163), eozinofil granulotsitlar (1 mm² da 556±27,7) va plazmotsitlar (1 mm² da 532±13,4) mavjudligi bilan tavsiflanadi.

NEKning "qulay" kechishida patologik o'choqlarda epiteliylararo limfotsitlar miqdorining ko'payishi ($p<0,006$), epiteliylararo eozinofil granulotsitlar sonining ortishi ($p<0,013$), yuqori ixtisoslashgan qadahsimon ekzokrinotsitlarning vorsinkalarda 100 ta epiteliotsitga nisbatan 12±0,9 gacha ($p<0,0008$), kriptalarda esa 14±0,75 gacha ($p<0,004$) kamayishi kuzatildi. Shuningdek, kistoz kengaygan kriptalar va kripa-absesslar epiteliysining keskin yassilanishi aniqlandi.

Yo'g'on ichak shilliq qavatining maksimal yallig'lanish o'zgarishlari bo'lgan qismlarida NEKning "yaxshi" kechishida yuza epiteliyda ($p<0,006$), yuza epiteliyda ($p<0,0005$), kriptalar epiteliysida ($p<0,0003$) miqdorining oshishi qayd etildi. Yuzaki epiteliyda qadahsimon ekzokrinotsitlar sonining kamayishi ($p<0,0003$), kriptalar epiteliysida sezilarli darajada ($p<0,0004$) kuzatildi.

Yo'g'on ichak shilliq qavatida hujayra zichligi 1 mm² da 10426±108,7 ga yetdi, bu "o'zgarmagan" shilliq qavatga nisbatan 2,5 baravar yuqori ($p<0,0006$), limfotsitlar soni 3 baravar ($p<0,0006$), eozinofil granulotsitlar 4 baravar ($p<0,0005$), neytrofil granulotsitlar 1,9 baravar ($p<0,008$) oshdi.

Shunday qilib, adekvat strukturaviy determinatsiyalangan to'qima immun javobining shakllanishi nekrotik enterokolitning "yaxshi" kechishini bashorat qilish imkonini berdi. NEKning "noxush" kechishida ingichka ichakda ham, yo'g'on ichakda ham epitelial qatlam funksiyasining yanada yaqqol o'zgarishlari aniqlandi. Yonbosh ichakda yallig'lanish jarayoni maksimal darajada namoyon bo'lgan sohalarda NEKning "noxush" kechishida "yaxshi" kechishidagi o'xshash sohalarga nisbatan vorsinkalar soni 2 barobar ($p<0,005$), kriptalar epiteliysida 1,3 barobar ($p<0,007$), eozinofil granulotsitlar 2,5 barobar ($p<0,007$) va 2,4 barobar ($p<0,009$) oshdi. Vorsinkalardagi ekzokrinotsitlar soni ishonchli oshdi ($p<0,009$), yuqori ixtisoslashganlari soni esa kamaydi. Yo'g'on ichakda ham xuddi shunday tendensiya saqlanib qoldi.

Xulosa. NEKda ichak devorining morfologik ko'rinishini bir xillashtirish uchun turli xil yondashuvlar taklif qilingan, ular jarayonning bosqichlari va patogenezning yetakchi bo'g'inlari bilan bog'liq. Gistologik o'zgarishlarning keltirilgan tahlili kasallik oqibati yo'nalishini ham nazariy, ham amaliy jihatdan bashorat qilish imkonini beradi. Ishda limfa apparatining drenaj funksiyasining yetakchi roli isbotlangan bo'lib, u "noxush" kechishi bo'lgan bemorlarning ichak operatsiya materiallarida to'liq qayta tuzilgan.

Fibroblastik qator hujayralarining yetarli miqdorda bo'lmashligi, epitelial-stromal kontaktlarning bir-biridan ajralib qolishi ko'rinishidagi hujayralar tarkibining o'zgarishi ekssudativ jarayonlar zo'rayib borishi bilan ichak devorining yanada ko'proq destruksiyaga uchrashiga olib boradi.

ERTA TUG'ILGAN CHAQALOQLARDAGI NEKROTİK ENTEROKOLITLARNING KLINIK- ANAMNESTİK TAHLILI

***Chartakov Dilmurod Kaxromonovich
ADTI, Patologik anatomiya va sud tibbiyoti kafedrası¹.***

Annotatsiya: Ushbu maqolada 2020 yildan 2024 yilgacha bo'lgan davrda nekrotik enterokolit (NEK) bilan kasallangan 30 nafar chaqaloqni davolash natijalari keltirilgan. Kasallik tarixlarining retrospektiv tahlili o'tkazildi, bunda homiladorlik va tug'ruqning kechishi, ushbu kasallikning rivojlanish xavf omillari: yo'ldosh nuqsonlar, ovqatlanishning tabiati, klinikasi, nekrotik enterokolit namoyon bo'lishidan oldin laboratoriya, instrumental tekshirish usullari ma'lumotlari, tashxis qo'yish muddatlari, bajarilgan jarrohlik aralashuvlari turlari, antibakterial terapiya taktikasi ko'rib chiqildi, davolash natijalari o'rganildi.

Dolzarbli: Nekrotik enterokolit (NEK, MKB-10 bo'yicha kod - R77) – chaqaloqlik davridagi og'ir kasallik bo'lib, u ichak devorining yallig'lanishi va keyinchalik uning nekrozlanishi hisoblanadi [1, 2, 10].

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda nekrotik enterokolit bilan kasallanish, turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra har 1000 yangi tug'ilgan chaqaloqqa 0,3-3 tagacha to'g'ri keladi [4, 5] va ularning soni keyingi yillarda ko'payib borish tendensiyasi kuzatilmoqda [6, 7, 8, 9]. Bu neonatologiya va reanimatologiyaning jadal rivojlanishi bilan bog'liq bo'lib, bu juda erta tug'ilgan bolalarni parvarish qilish muammolari bilan bog'liq bo'ladi. Bu bolalarning ko'pchiligi (90%) tana vazni 1500g-dan kam bo'lgan chala tug'ilgan chaqaloqlar bo'lib, shuning uchun nekrotik enterokolitni "yashab qolgan chala tug'ilgan bolalar kasalligi" deb xam ataydilar [2, 6, 8].

Kasallikning kelib chiqishi va rivojlanishining turli xil xavf omillariga qaramay, ularni birlashtirgan umumiy belgi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ichak qon oqimini kamaytirish qobiliyatidir. Surunkali bachadon ichi gipoksiyasini o'tkazgan chaqaloqlarda hayotiy muhim a'zoldagi metabolik jarayonlarni buzilishlari kompensator-moslashuv reaksiyalarini izdan chiqarishi, moslashuvning buzilishiga va turli patologik jarayonlar rivojlanishiga olib keladi. Patologik jarayonning yonbosh ichakda ko'p kuzatilishi yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ichak gemodinamikasining o'ziga xos xususiyatlari bilan izohlanadi. Enteral oziqlanish ko'pincha NEK rivojlanadigan yonbosh ichak tomirlaridagi qon oqimini pasaytiradi [3]. Chaqaloqlar va chala tug'ilgan chaqaloqlarning intensiv terapiyasi va jarrohligning rivojlanishiga qaramay, hozirgi kungacha nekrotik enterokolitdan o'lim darajasi yuqoriligicha qolmoqda [1, 5, 9].

Nekrotik enterokolit boshlanishi ehtimolini yuzaga keltiruvchi patologik holatlar va etiologik omillar majmui shifokorlarni hushyorlikga, kasallikning klinik simptomlari paydo bo'lishidan oldinroq enterokolitga davo tayinlashni belgilashga yo'naltiradi.

Biz 2020 yildan 2024 yilgacha bo'lgan davrda ushbu kasallikning bo'yicha jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan chaqaloqlarda nekrotik enterokolitning namoyon bo'lishiga olib kelgan klinik anamnestik ma'lumotlarni o'rgandik.

Tadqiqot maqsadi: neonatal va postneonatal davrda NEK bilan tug'ilgan chaqaloqlardagi klinik anamnestik ma'lumotlarni o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari. 2020 yildan 2024 yilgacha bo'lgan davrda Andijon viloyati ko'p tarmoqli bolalar klinik shifoxonasi jarroxlik bo'limida nekrotik enterokolit tashxisi bilan operatsiya qilingan bemorlarning kasallik tarixlari va tashrix bayonnomalari, biopsiya materiallarini patogistologik tadqiqot natijalari retrospektiv tahlili o'tkazildi.

Tekshirilayotgan davrda nekrotik enterokolit tufayli 30ta yangi tug'ilgan chaqaloq tashrix qilingan, shularning 72% ini chala tug'ilgan chaqaloqlar tashkil qildi. Tadqiqot guruhidagi bemorlarning aksariyati o'g'il bolalar (71%) tashkil etdi. NEK rivojlanishining xavf omillarini o'rganishda anamnestik ma'lumotlar, tug'ruq jarayoni, enteral ovqatlanishni xususiyatlari, laboratoriya, instrumental tadqiqot usullari natijalari, shuningdek, antibakterial terapiya, jarrohlik aralashuvi hajmi va kasallikning keyingi natijalari inobatga olindi. Olingan ma'lumotlarning statistik tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalari va muhokama: klinik anamnestik ma'lumotlar o'rganilganda 64,5% hollarda homiladorlik - gestoz, anemiya, nefropatiya, toksikoz, homiladorlikni to'xtatish xavfi, turli infeksiyon kasalliklar (O'RVI, o'tkir bronxit, o'tkir va surunkali piyelonefrit) fonida kechgan, shu jumladan, bachadon ichi infeksiyasi rivojlanish xavfi 32% tashkil etgan. Aksariyat hollarda nekrotik enterokolit bola hayotining 2 va undan ortiq haftasida yoki hayotining dastlabki 3 kunida paydo bo'lgan.

Homilaning ona qornidagi gipoksiyasi bo'lgan bolalar 35,5%, ona qornidagi rivojlanishning kechikishi 6,7% tashkil etdi. Tug'ilganda ekstremal kam vaznli chaqaloqlar 37% (1000g dan kam), juda kam vaznli chaqaloqlar 16% (1500-1000 g), 47% esa vazni 1500 - 2500 g gacha bo'lgan chaqaloqlar tashkil etdi. Chala tug'ilgan chaqaloqlarning 50% noraso bo'lganligi sababli to'liq parenteral oziqlanishda bo'lgan, 34% hollarda sog'ilgan ko'krak suti bilan enteral oziqlantirishga harakat qilingan.

NEK patogenezining yetakchi omilini hisobga olgan holda kasallikni gemodinamik, aralash, infeksiyon-yallig'lanish kechishli guruxlarga bo'lingan.

Bunda 42% bemorda nekrotik enterokolit - bola qornida infeksiyalangan septik holat fonida boshlangan. Ichaklardagi yallig'lanish reaksiyasi patogenezida markaziy gemodinamikaning buzilishi 16% hollarda yetakchi mexanizm bo'lgan. 42% hollarda esa NEKdagi yallig'lanish reaksiyasining patogenezini aralash xarakterga ega bo'lgan. Etiologik agent sifatida aksariyat hollarda bakteriologik tekshirishlarda grammanfiy flora aniqlangan.

Ichak trakti disfunksiyasi dinamik ileus ko'rinishida namoyon bo'lganda metronidazol ko'llanilgan, bolalar jarrohi tavsiyasi bo'yicha qo'shimcha ravishda qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruv va qorin bo'shlig'ining umumiy rentgenografiyasi o'tkazilgan. Kasallik kechishining bu bosqichida aksariyat hollarda qorin bo'shlig'ida terlash aniqlanmagan, rentgenologik tekshirishda ichakning gaz bilan notekis to'lishi qayd etilgan. Bu NEK rivojlanishi xavf tug'diruvchi holat sifatida baholanib, antibakterial terapiyaga aminoglikozidlar yoki metronidazol qo'shilgan, enteral ovqatlanish istisno qilingan.

Dinamikada, nazorat tasvirlarida "statik halqa" simptomi qo'shilganda, jarroh tomonidan kunlik kuzatuv o'tkazilgan, klinik holat laboratoriya o'zgarishlari bilan birgalikda baholanib, leykopeniya, trombositopeniyaning mavjudligi nekrotik enterokolit sifatida tavsiflangan. Kasallikning bu bosqichida laparotsentez o'rnatish tavsiya etilgan. Chaqaloqning ahvoli yaxshilanmaganda jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar ko'rib chiqilgan.

Ichak teshilishi, infeksiyon-toksik shok va poliorgan yetishmovchiligi belgilari rivojlanmasdan oldin ichakning zararlangan qismini o'z vaqtida rezeksiya qilish NEK bilan tug'ilgan chaqaloqning omon qolishiga imkon bergan. Yangi tug'ilgan chaqaloqda perforativ peritonit klinikasi mavjud bo'lganda jarrohlik aralashuvining birinchi bosqichida laparotsentez o'rnatish va laparotomiyaga intensiv tayyorgarlik ko'rish ko'rsatilgan. Bu qorin bo'shlig'i bosimini pasaytirishga va bemor holatini barqarorlashtirishga imkon bergan. Nekrotik enterokolitda jarrohlik yo'li bilan zararlangan joylar rezeksiya qilingan. Peritonit va bemorning septik holati fonida ichaklararo anastomozlar qo'yish kam xollarda bajarilgan, asosiy ko'rsatma - och ichak darajasida yuqori joylashgan perforatsiya bo'lgan.

Olingan ma'lumotlar (gestatsiya yoshi va tug'ilgandagi tana vazni) statistik ishonchlilik uchun tahlil qilindi. Belgilarning taqsimlanishi turining normal taqsimot qonuniga muvofiqligini tahlil qilish Shapiro-Uilk mezonidan foydalangan holda amalga oshirildi, bunda $p < 0,05$ belgining taqsimlanishi normadan farq qiladi deb hisoblandi, guruhlar o'rtasidagi farqlarni baholash uchun Styudentning parametrik t-mezonei qo'llanildi. Nekrotik enterokolitda tashxislash mezonlari va

davolash taktikasini optimallashtirish o'rganilayotgan davrda chala tug'ilgan chaqaloqlar orasida o'lim ko'rsatkichini 2 barobarga 66,7% dan 33,3% gacha kamaytirish imkonini berdi.

Xulosa. Nekrotik enterokolit ko'p omilli kasallik bo'lib, statistik jihatdan homiladorlik muddati, tug'ilgandagi tana vazni va kasallikning keyingi rivojlanishi o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik mavjudligi aniqlandi. Bemorlarni davolashning klinik tajribasiga asosanib olingan ma'lumotlar kasallikning keyingi kechishini bashorat qilish va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda enterokolit rivojlanishi uchun xavf omillarini inobatga olgan holda medikamentoz terapiyani o'z vaqtida korreksiya qilish mumkin bo'ladi. Dinamik ileus simptomi qo'shilganda yangi tug'ilgan chaqaloqlar yashovchanligini yaxshilash uchun perforativ peritonit boshlanishidan oldin jarrohlik yo'li bilan davolashni erta asoslash maqsadida chuqurroq diagnostik va laboratoriya tekshirishlar o'tkazish tavsiya etiladi.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ

Бекмуратов А.Я., Хайитов Л.М., Хакимов Э.А. Тожиев З.Ю.

ГКП на ПХВ "Алматинская многопрофильная клиническая больница"

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самаркандский Государственный медицинский Университе

Аннотация: Термоингаляционная травма представляет собой тяжелое поражение дыхательных путей, сопровождающееся выраженным воспалением, отеком, нарушением вентиляции и риском фиброзных изменений. Ранняя реабилитация играет ключевую роль в восстановлении дыхательной функции, предотвращении осложнений и повышении качества жизни пациентов. В статье представлены современные протоколы восстановления, клинический случай, результаты и рекомендации для практикующих специалистов.

Ключевые слова: термоингаляционная травма, реабилитация, дыхательная гимнастика, спирометрия, вибрационный массаж, позиционный дренаж, логопедия, дисфагия.

Актуальность темы: согласно статистике, у 30–60% пациентов с ожогами наблюдаются признаки термоингаляционной травмы. Комбинированные поражения дыхательных путей существенно увеличивают летальность и длительность лечения. Ранняя реабилитация у данной категории пациентов направлена не только на восстановление функции дыхания, но и на профилактику фиброза, ателектазов, пневмонии и вторичных осложнений. Несмотря на актуальность, стандартизированные подходы к реабилитации при ТИТ остаются ограниченными. Термоингаляционные поражения дыхательных путей являются частым осложнением при ожоговой травме и вдыхаемых токсических веществах. Своевременное начало комплексной реабилитации наряду с лечением основного заболевания-ожогов, позволяет существенно сократить сроки госпитализации, снизить риск развития хронической дыхательной недостаточности и улучшить функциональные исходы.

Цель исследования: оценить эффективность ранней реабилитации при термоингаляционной травме на основании разработанного протокола, включающего дыхательные методики, массажные и позиционные техники, а также работу логопеда и психолога.

Материалы и методы: В исследование включено 22 пациентов с подтвержденной термоингаляционной травмой II–III степени тяжести за период с 2020г по 2024 год. Протокол реабилитации внедрён с 3-х суток после стабилизации общего состояния и включал:

Дыхательная гимнастика: Методика Стрельниковой – выполнение динамичных дыхательных упражнений с акцентом на резкий вдох через нос и мягкий выдох;

Дыхательная гимнастика на снижение стресса – осознанное ритмичное дыхание с удлинённым выдохом, направленное на снижение тревожности и нормализацию дыхательного ритма;

Вибрационный массаж грудной клетки: проводился ручным и механическим способом вибромассажер. Цель – улучшение мукоцилиарного клиренса, профилактика застойных явлений.

Позиционный дренаж: Положение Тренделенбурга и дренажные позиции для сегментной вентиляции лёгких; использовался через 10–15 минут после ингаляций с муколитиками (ацетилцистеин, лазолван).

Спирометрия: С визуальной обратной связью (надувание шариков упражнения по 5–6 подходов в день, постепенно увеличивая объём вдоха).

Логопедическая реабилитация: Оценка состояния голосовых связок с 5-х суток (в случае интубации или трахеостомии); Восстановление фонации: гудение, мягкое произнесение гласных звуков (А, И, У), постепенный переход к фразовой речи;

Профилактика дисфагии: упражнения на глотание (движения языка, имитация глотания, глотание воды с контролем дыхания), массаж мягкого неба.

Психологическая поддержка: Работа с тревожностью, посттравматическим стрессом, дыхательные практики на релаксацию; Поддержка мотивации на участие в реабилитации. Ранняя вертикализация и активизация в постели социализация с другими пациентами по палате.

Клинический случай: Пациент К., 36 лет, поступил в отделение интенсивной терапии с термоингаляционной травмой II–III степени после пожара в замкнутом помещении. С 3-х суток был подключен к протоколу ранней реабилитации. На 7-е сутки отмечено улучшение сатурации (с 88% до 96%), восстановление спонтанного дыхания, снижение тревожности. На 14-е сутки – восстановление фонации, самостоятельное питание, переход в профильное отделение.

Результаты:

- У 17 из 22 пациентов отмечено улучшение вентиляционных показателей (спирометрия);

- Снижение частоты бронхолегочных осложнений на 40%;

- Восстановление голосовой функции и глотания у всех пациентов без осложнений;

- Сокращение сроков пребывания в ОИТ на 3–4 дня.

- 5 пациентов лечение закончилось летальным исходом

Выводы:

1. Ранняя и комплексная реабилитация при термоингаляционной травме значительно повышает клиническую эффективность лечения.

2. Внедрение мультидисциплинарного подхода (дыхательная терапия, логопедия, психологическая поддержка) позволяет ускорить восстановление функций дыхания, фонации и глотания.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ КРОНА

*Хамдамов Бахтиёр Зарифович¹, Наврузов Бехзод Саримбекович², Саттаров Жасур
Элмуродович³, Дадабоев Омонжон Талибджанович⁴*

¹ DSc, профессор, Бухарский Государственный медицинский институт

² DSc, профессор, Ташкентская медицинская академия

³ Бухарский Государственный медицинский институт

⁴ Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. Недавние данные по изучению распространённости Болезни Крона (БК) в Узбекистане, проведенные Республиканским центром колопроктологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан, приравнивалось 80 случаев на 100 000 населения (2,4,6,12). Из имеющихся данных можно сделать вывод, что БК является весьма распространенным заболеванием на сегодняшний день.

Лечение БК является междисциплинарным (1,3,5,7,10). При этом если медикаментозное лечение болезни Крона направлено на заживление слизистой оболочки и уменьшение симптомов заболевания, то хирургическое вмешательство играет ключевую роль в лечении таких осложнений заболевания, как стеноз, перфорация, свищи кишечника и абсцессы брюшной полости и клетчатых пространств (8,9,11).

Рецидив БК в послеоперационном периоде развивается более чем у 80% оперированных больных (1,2,4,13).

Цель исследования. улучшение результаты лечения больных с БК путем разработки патогенетически обоснованных клинико-иммунологических критериев прогнозирования и профилактики рецидива данного заболевания.

Материал и методы. Анализу подвергаются результаты комплексного обследования и лечения 82 больных с болезнью Крона (БК). Больные были разделены на 2 группы исследования: контрольная (42 больных) и основная (40 больных). Отличительной особенностью групп больных было применение разных подходов в прогнозировании и профилактики рецидива БК. В качестве референсных значений были обследованы 20 здоровых лиц, признанных медицинской комиссией практически здоровыми. В контрольной и в основной группе больных преобладали пациенты мужского пола (59% и 55% соответственно), а средний возраст варьировал между молодым и средним (по классификации ВОЗ).

БК преимущественно поражала терминальный отдел подвздошной кишки (61%). У 24,4% больных были диагностированы комбинированные поражения терминального отдела подвздошной кишки и толстого кишечника. Изолированное поражение толстого кишечника было диагностировано у 14,6% больных. В каждой исследуемой группе преобладали больные с поражением терминального отдела подвздошной кишки. Периаанальные поражения в большей степени характеризовались наличием свищей прямой кишки (75%), анальными трещинами (37,5%), сужениями нижнеампулярного отдела прямой кишки (8,3%), стриктурами анального канала (4,2%) и длительно незаживающих ран (4,2%).

Все больные, включенные в исследование, были оперированы нами по поводу осложнений БК. В связи с этим комплекс обследования больных был не только подготовительным, но и динамическим, направленным на оценку общего состояния больного, течения послеоперационного периода и особенностей изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета при БК.

Оценку состояния иммунной системы организма больных проводили по экспрессии антигенов CD-дифференцировочных и активационных. Определяли следующие маркеры иммунокомпетентных клеток: CD3⁺-, CD4⁺, CD8⁺-, CD16⁺- CD25⁺- CD83⁺-лимфоцитов. Экспрессию рецепторов CD проводили в реакции розеткообразования с помощью моноклональных антител серии LT производство ООО «Сорбент» (РФ) по методу Гариба Ф.Ю. и соавт. (1995).

Интерлейкины (цитокины) определяли в сыворотке крови обследованных методом твердофазного иммуноферментного анализа. Для реализации этого варианта использованы по два моноклональных антитела с различной этиотропной специфичностью к интерлейкинам TGF- β , IL-4, IL-17, IL-21, INF- γ и TNF- α при помощи специальных наборов для иммуноферментного анализа по стандартной методике.

Рецидив БК определяли по появлению типичных симптомов заболевания в стадии клинической ремиссии - спонтанной или медикаментозно поддерживаемой.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты по частоте и характеру развития рецидива болезни Крона в послеоперационном периоде, с одной стороны, и особенности изменения показателей клеточно-гуморального иммунитета в динамике проведенного исследования с другой создали условия для формирования картины из взаимосвязи. Это позволит нам выявить критерии прогнозирования развития рецидива болезни Крона и вариантов их профилактики.

Выявление причин развития рецидива болезни Крона и критериев (маркеров) их прогнозирования проводили путем прямого и перекрестного корреляционного анализа полученных данных, разделив их на ранний и поздний послеоперационные периоды.

Корреляционная связь общей динамики изменения CD25⁺ и CD83⁺-клеток между больными различными фазами течения болезни Крона характеризовались низкими положительными значениями ($R=0,479$ и $R=0,202$ соответственно), что, по-видимому, было связано с разнонаправленностью их экспрессии как в разные фазы заболевания, так и в разные периоды послеоперационного течения заболевания.

Корреляционный характер изменения Т-регулирующих лимфоцитов и дендритных клеток был разнонаправленным и определялся сроками послеоперационного периода при болезни Крона.

Анализ динамики изменения цитокинов крови в разрезе корреляционного коэффициента из 15 показателей было выявлено наличие высокой прямой связи в общей динамике послеоперационного периода в 10 (66,7%) случаях. В остальных 5 случаях корреляционная связь носила обратный характер и была связана с динамикой трансформирующего фактора роста. При этом максимальная разница была отмечена нами динамика TGF- β к IL-4 ($R=-0,562$) и далее в порядке убывания к TNF- α ($R=-0,415$), к IL-21 ($R=-0,402$), к INF- γ ($R=-0,396$) и к IL-17 ($R=-0,304$).

Интересным остается факт идентичности динамики изменения TGF- β и IL-17 между больными с различными фазами течения болезни Крона в позднем послеоперационном периоде ($R=-0,932$ и $R=-0,980$ соответственно), что свидетельствует о едином механизме их преобразования в патогенезе данного заболевания.

В целом, выраженность отличительных свойств изменения уровня цитокинов TGF- β ($R=-0,758$) и IL-17 ($R=-0,982$) в крови больных в послеоперационном периоде характеризовались противоположными значениями между случаями рецидивов и ремиссии болезни Крона. Причем значимость IL-17 превышала над характером динамики изменения TGF- β .

Обратная корреляционная связь между ремиссией и рецидивом болезни Крона была выявлена нами и по динамике изменения уровня провоспалительных цитокинов IL-21 ($R=-0,860$) и TNF- α ($R=-0,942$), причем уровень изменения последнего показателя был относительно более выраженным.

В отдаленный период после операции уровень корреляционной зависимости между больными с различными фазами течения болезни Крона по показателям TNF- α и IL-21 носил противоположный характер. Причем если в первом случае (TNF- α) корреляционный коэффициент между ремиссией и рецидивом заболевания в отдаленный период после операции носил противоположный характер ($R=-0,930$), то в случае с IL-21 он приобретал уже положительный характер ($R=0,798$).

Как известно INF- γ , секретируемый антигенпрезентирующими клетками, действует на передачу сигнала оригинальных Th-клеток и стимулирует дифференцировку исходных Th-клеток в Th1-клетки. Клетки Th1 секретируют различные провоспалительные цитокины, в частности TNF- α , что было наглядно отмечено нами среди больных с рецидивом болезни Крона. Подобные изменения при болезни Крона были отмечены и другими исследователями. Вместе с этим цитокин IL-4, секретируемый антигенпрезентирующими клетками, воздействует на рецепторы на поверхности исходных Th-клеток и индуцирует экспрессию трансформации исходных Th0-клеток в Th2-клетки и способствует их пролиферации. Воспалительные факторы, такие как IL-4 так же секретируются клетками Th2. Экспрессия IL-4 увеличивается при начале рецидива болезни Крона.

Таким образом, уже на данном этапе анализа можно сделать предположении, что Th2-клетки ассоциированы с патогенезом болезни Крона. Реакция Th1-клеток усилена в раннем фазе рецидива болезни Крона, в то время как реакция Th2-клеток доминирует в позднем периоде. В нормальных условиях (контрольная группа) Th1-клетки и Th2-клетки находились в динамическом равновесии. Недостаточное образование IL-4 экспрессируемые Th2-клетки

создает препятствие для регулирования реакции Th1-клеточного звена, что не позволяет супрессии активной выработки провоспалительных цитокинов, в нашем случае TNF- α , переизбыток которых приводит к запуску реакции иммунологического ответа с хроническим его течением по типу аутоиммунного воспаления. Именно аутоиммунная реакция, развивающаяся в результате дисбаланса субпопуляций Th1/Th2 – клеток может считаться одним из вариантов рецидива воспалительного процесса при болезни Крона.

Исходные Т-клетки дифференцируются в клетки Th17 при низких концентрациях TGF- β . В то же время как показали наши исследования продукция клеток Th17 ингибируется при высокой концентрации TGF- β . Именно достаточное количество образования Т-регулирующих лимфоцитов под действием TGF- β приводит к супрессии иммунной реакции и соответственно к ремиссии болезни Крона. Таким образом регулирование баланса между Th17/Т-регулирующими клетками может стать новым методом профилактики и лечения болезни Крона.

При болезни Крона происходит дисбаланс между Th1/ Th2-клетками и Th17/Т-регулирующими клетками интенсивность которого определяет исход болезни в виде ремиссии или рецидива. В основе иммунологических нарушений при рецидиве болезни Крона лежат механизмы формирования аутоиммунной реакции вследствие усиленного апоптоза клеток на фоне экспрессии провоспалительных цитокинов TNF- α , IL-17 и IL-21 посредством индукции естественных клеток киллеров на фоне низкой концентрации TGF- β . Относительно высокая стимуляция выработки TGF- β наивными Т-хелперами стимулирует Т-регулирующие лимфоциты повышая их роль в развитии регенерации тканей, и соответственно, создание благоприятных условий для наступления фазы ремиссии болезни Крона.

При разработке лечебно-диагностического алгоритма профилактики рецидива болезни Крона наравне с полученными результатами иммунологических исследований следует учитывать и клинические проявления заболевания, которые исходя из непосредственных результатов лечения могут определять и вероятность развития неудовлетворительных результатов.

Такое заключение было сформировано нами исходя из цели проведенных хирургических методов лечения при болезни Крона, которые в первую очередь направлены на удаление (резекция) участков кишечника, подвергнутых морфоструктурным изменениям и не позволяющих обеспечить нормального функционирования как пассажа пищи, так и процесса пищеварения в целом. При этом, в целом, возможность рецидива заболевания, остается весьма высокой начиная уже с 14 суток послеоперационного периода, приобретая нарастающий характер в динамике послеоперационного периода.

Определенные сложности в выборе медикаментозной терапии болезни Крона складываются в ограничение возможности применения гормонотерапии из-за развития резистентности к данному виду лечения. При этом гормональная зависимость так же создает побочные эффекты проводимого лечения.

Попытка проанализировать патогенез иммунологических нарушений при развитии и рецидиве болезни Крона показала нам значимость изменения значений клеточного иммунитета с позиции перемены взаимо-регулирования, в результате которого происходит дисбаланс в цитокиновом профиле крови, в частности высокие значения TNF- α , IL-17 и IL-21 и низкие значения TGF- β .

В качестве клинических параметров прогностической вероятности рецидива болезни Крона после хирургического метода лечения, как показали наши исследования в контрольной группе больных, могут быть выделены частота стула, температура тела, частота сердечных сокращений и наличия в анамнезе раннего послеоперационного периода осложнений согласно классификации Clavien-Dindo. Температура тела и количество стула в сутки превышали значимость частоты сердечных сокращений и наличие послеоперационных осложнений. При этом последний критерий превышал предыдущего незначительно. В данном случае подробный расклад осложнений показала значимость таких его видов как III

степень, наиболее вероятным в рецидиве болезни Крона (осложнения III а степени составили 37,9%, тогда как осложнения III б степени – 63,1%). Такой же дифференцированный уровень приобретало количество стула в сутки, градацией которого оказалось на уровне $4,6 \pm 0,5$ раз в сутки.

Профилактические мероприятия рецидива болезни Крона начинали во время операции путем внутрибрюшечного введения разбавленного в физиологическом растворе препарат Инфликсимаб (Адалimumаб) в дозе 5 мг на 1 кг веса больного. Внутрибрюшечное введение данного препарата технически проводилось в зоне пораженного участка кишечника после проведенной резекции. При наличии у больного нескольких участков поражения кишечника, дозу вводимого препарата ровно делили на количество участков.

Известно, что данный препарат обладает аффинитетным свойством к TNF- α , и соответственно быстро связываясь с данным провоспалительным цитокином, снижает ее функциональную активность.

В послеоперационном периоде данный препарат вводят внутривенно со скоростью не более 2 мл в 1 минуту. Общее время инфузии не должно было быть меньше 2 часов. Для внутривенной инфузии препарата использовали систему с апиногенным фильтром и с низкой белковосвязывающей активностью.

При высокой вероятности рецидива болезни Крона препарат Инфликсимаб (Адалimumаб) вводили каждые 5 суток в дозе 10 мг на 1 кг веса больного до снижения уровня значений прогностических параметров. На этом фоне 1 раз в 7 суток внутривенно вводили препарат Энтивиио® (Ведолизумаб) в дозе 300 мг. При низкой вероятности рецидива болезни Крона препарат Инфликсимаб (Адалimumаб) вводили каждые 10 суток в дозе 5 мг на 1 кг веса больного до достижения уровня нормальных значений прогностических параметров. На этом фоне 1 раз в 14 суток внутривенно вводили препарат Энтивиио® (Ведолизумаб) в дозе 300 мг.

При отсутствии вероятности рецидива болезни Крона консервативную терапию продолжали путем назначения Преднизолона в дозе 1 мг на 1 кг в сутки (по схеме снижения до отмены) и Азатиоприна в дозе 3 мг в сутки в таблетированных формах. Больные оставались под динамическим контролем.

Данная схема терапии была приемлема и при активных формах болезни Крона, при выявлении в последующем.

Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм позволяет не только провести прогнозирование и профилактику рецидива болезни Крона, но и определить сроки проведения восстановительных операций, которые получили больше возможности для достижения эффективной результативности.

Основу лечебно-диагностического алгоритма профилактики рецидива болезни Крона составляет динамический контроль уровня цитокинов (TNF- α , IL-17, IL-21 и TGF- β) в крови, а также клинических признаков послеоперационного течения (частота стула в сутки, температура тела, частота сердечных сокращений, наличие послеоперационных осложнений и их степень по классификации Clavien-Dindo), которые позволяют определить уровень (низкая или высокая) вероятности возникновения атаки, с одной стороны, и применять дифференцированные подходы схемы антицитокиновой (Инфликсимаб и Ведолизумаб), гормональной (Преднизолон) и иммуносупрессивной (Азатиоприн) терапии – с другой.

Разработанные нами способы прогнозирования и профилактики рецидива болезни Крона были применены нами среди больных основной группы, которые по своим исходным клинико-патогномическим признакам не отличались от больных контрольной группы.

На первом этапе профилактики рецидива болезни Крона при завершении операции больным основной групп внутрибрюшечно вводили Инфликсимаб в дозе 5 мг/кг веса больного. Данный этап операции отразился на показателях исследованных нами параметров гуморального иммунитета.

Применение анти-TNF- α терапии срывает непрерывность порочного круга аутоиммунных процессов создавая условия для иммуносупрессии и тем самым вероятности

рецидива болезни Крона. При этом как видно по изменению кривой номограмм, исходные значения содержания цитокинов в крови были в большей степени нарушены среди больных основной группы, что в конечном счете не помешало им нормализовать динамику изменений.

В послеоперационном периоде осложнения были отмечены у 13 (32,5%) больных основной группы, что было в 1,8 раз меньше, чем среди больных контрольной группы.

Согласно классификации Clavien-Dindo послеоперационные осложнения преимущественно были I степени 20%, меньше были II (7,5%) и IIIa (5%) степени.

Парастомальные осложнения были отмечены у 5 (12,5%) больных, и по 4 случая (по 10%) были отмечены раневая инфекция и инфильтрат брюшной полости, не потребовавшие повторных хирургических вмешательств.

В целом в основной группе больных в 47,5% случаев непосредственные результаты лечения были оценены как хорошие, что было в 1,7 раз больше, чем среди больных контрольной группы.

Доля удовлетворительных непосредственных результатов так же превышала частоту случаев контрольной группы больных и составила 42,5%.

Неудовлетворительные результаты лечения были отмечены нами у 4 (10%) больных, что в сравнительном аспекте было меньше, чем в контрольной группе в 3,1 раза.

Целенаправленная антицитокиновая и иммуносупрессивная терапия во время операции и в раннем послеоперационном периоде позволили нам улучшить результаты лечения и сократить среднее количество продолжительности больных нахождения на стационарном лечении с $26,9 \pm 7,5$ койка/дней до $13,6 \pm 2,1$ койка/дней, что было почти в 2 раза меньше, чем среди больных контрольной группы.

Применение методов прогнозирования и профилактики аутоиммунных проявлений послеоперационного течения болезни Крона позволило в основной группе уменьшить частоту рецидивов заболевания с 59,5% до 40%.

В основной группе больных применение разработанного нами лечебно-диагностического алгоритма по прогнозированию и профилактики рецидива болезни Крона позволило избежать его развития на протяжении 1 месяца после операции, уменьшить частоту на 90-180 сутки после операции в среднем в 1,3 раза.

Эффективность разработанных нами критериев прогнозирования рецидива болезни Крона в послеоперационном периоде проводилось методов ROC-анализа согласно принципам доказательной медицины. При этом основным лейтмотивом проведения такого анализа было определение значимости иммунологических критериев в повышении прогностической ценности метода, которые были применены среди больных основной группы, тогда как в контрольной группе больных мы преимущественно ориентировались на клинические критерии в вероятности рецидива болезни Крона в послеоперационном периоде.

Результаты применения клинических критериев прогнозирования рецидива болезни Крона в среднем проявились $10,5 \pm 5,9\%$ истинноположительными результатами, $33,3 \pm 2,9\%$ истинноотрицательными результатами, $25,7 \pm 5,1\%$ ложноположительными результатами и $30,5 \pm 4,4\%$ ложноотрицательными результатами. В целом, применение клинических критериев прогнозирования рецидива болезни Крона позволило добиться повышения диагностической их чувствительности с 6,67% на 14-сутки после операции до 33,3% на 180-сутки после операции, а специфичность с 46,15% на 14-сутки после операции до 57,14% на 180-сутки после операции. Прогностическая ценность клинических критериев на 14-сутки составила 6,3%, на 30-сутки после операции – 14,3%, на 90-сутки после операции – 30,8%, а на 180-сутки после операции – 42,9%. В среднем диагностическая ценность составила $28,9 \pm 14,4\%$.

Применение прогностических критериев с включением показателей гуморального иммунитета в целом позволило повысить диагностическую чувствительность метода в 3,5

раза, диагностическую специфичность – в 1,9 раза, а прогностическую ценность критериев прогнозирования рецидива болезни Крона в 3,3 раза.

ВЫВОДЫ:

3. Традиционные подходы при лечении БК в 57,1% случаев сопровождаются с развитием послеоперационных осложнений, среди которых преобладают парастомальные виды (33,3%) и раневая инфекция (25%), приводящие к высокой частоте (31%) неудовлетворительных непосредственных результатов лечения. Рецидив БК при традиционных подходах к лечению заболевания отмечается в 59,5% случаев, преимущественно протекая по легкому и среднетяжелому типу (88%). Хронология роста частоты развития рецидива БК обладает характером прямой пропорциональности с нарастанием срока течения послеоперационного периода.

4. Эффективность разработанного метода прогнозирования рецидива БК в послеоперационном периоде обусловленная значимостью включения иммунологических критериев, позволяет увеличить уровень чувствительности теста в 3,5 раза, специфичности – в 1,9 раза, а прогностическую ценность метода – в 3,3 раза. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма профилактики рецидива БК позволило уменьшить частоту его развития в легкой форме с 31% до 27,5%, в среднетяжелой форме с 21,4% до 12,5% и полностью избежать тяжелых ее форм под воздействием патогенетически обоснованной дифференцированной и целенаправленной антицитокиновой, гормональной и иммуносупрессивной терапии.

АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАДИЦИОННЫХ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Хамдамов Илхомжон Бахтиёрович, Хакимов Мурод Шавкатович,
Дадабоев Омонжон Талибджанович
Бухарский государственный медицинский институт.
Андижанский государственный медицинский институт*

Резюме: Традиционная лапароскопическая продольная резекция желудка не может рассматриваться как универсальное вмешательство у больных с метаболическим синдромом. При этом возникает объективная необходимость в пересмотре тактики, включая такие шаги, как: разработка критериев отбора пациентов; дооперационная верификация гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; и, при наличии рефлюксной симптоматики, выполнение операции в модифицированной форме с антирефлюксной муфтой.

Ключевые слова: бариатрия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, метаболический синдром.

Актуальность. Лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) занимает устойчивое положение в структуре современных бариатрических вмешательств и на протяжении последних лет широко используется в клинической практике. Относительная техническая простота, минимальная инвазивность, высокая безопасность и выраженный рестриктивный эффект обеспечили данному методу стабильную популярность среди хирургов, в том числе в рамках рутинного лечения МС (5,6,7,8,10).

Однако с нарастанием числа наблюдений и расширением круга показаний все более отчетливо обозначаются ограничения ЛПРЖ у определенных категорий больных (1,2,3,4,9,11). Прежде всего это касается пациентов с сопутствующей ГЭРБ, у которых удаление дна желудка и нарушение анатомии кардиального сегмента могут приводить к усилению рефлюксной симптоматики. Кроме того, у пациентов с выраженными формами инсулинорезистентности и длительно текущим СД2Т метаболический эффект ЛПРЖ нередко оказывается недостаточным, несмотря на удовлетворительное снижение массы тела. Эти наблюдения требуют анализа как хирургической тактики, так и критериев отбора пациентов.

Цель исследования: проанализировать клинико-метаболические исходы применения традиционной ЛПРЖ у больных с МС и определить факторы, снижающие ее эффективность.

Материал и методы исследования: Когорту больных контрольной группы, которым была выполнена ЛПРЖ, была представлена 75 пациентами с МС. Всем им была выполнена стандартная ЛПРЖ без применения антирефлюксных и гормонально ориентированных модификаций.

Обращает на себя внимание высокая частота сопутствующих метаболических осложнений: артериальная гипертензия (79%) и стеатогепатоз (69%). У 38,7% пациентов имелись признаки ГЭРБ, подтвержденные как клинически, так и по данным эндоскопии или рН-метрии. Это обстоятельство впоследствии приобрело особое значение при оценке отдаленных результатов, особенно в контексте рецидива или усиления рефлюксной симптоматики после ЛПРЖ.

Результаты и их обсуждение: Низкий процент достижения ремиссии СД2Т (только 24% к 2 месяцу послеоперационного периода) при умеренном снижении массы тела указывает на ограниченный метаболический потенциал стандартной ЛПРЖ у части больных. Эти данные стали основанием для более детального анализа подгруппы пациентов, у которых эффективность вмешательства оказалась ниже ожидаемой.

Среди 52 пациентов, ранее демонстрировавших неблагоприятную раннюю динамику после ЛПРЖ, наблюдалась тенденция к частичной стабилизации массы тела и умеренному снижению ИМТ. Тем не менее, даже к 12-му месяцу наблюдения средний уровень HbA1c оставался выше 6,7%, а НОМА-IR превышал 4,0 ед., что свидетельствовало о неполной компенсации углеводного обмена. Ремиссия СД2Т была достигнута лишь у 31% пациентов, а у 69% сохранялась необходимость медикаментозной терапии, в том числе у части – инсулин.

Особенно тревожной оказалась динамика симптомов ГЭРБ. Уровень жалоб на изжогу не только не снижался, но и демонстрировал устойчивую частоту выше 59% во все сроки наблюдения. При этом более половины пациентов (53%) продолжали регулярный прием ИПП. Качество жизни по шкале EQ-5D улучшилось лишь незначительно (на 3 пункта от исходного), что отражает субъективную неудовлетворенность результатом вмешательства.

Для дальнейшего анализа пациенты были условно разделены на две подгруппы:

У 15 больных (28,8%) наблюдалась частичная компенсация: уровень HbA1c <6,5%, стабилизация веса, снижение или исчезновение жалоб на рефлюкс, отказ от ИПП, улучшение самочувствия. У этих пациентов, как правило, исходные признаки ГЭРБ были сомнительными или отсутствовали, а длительность СД2Т не превышала 3 лет.

У 37 больных (71,2%) сохранялись метаболическая декомпенсация и рефлюксная симптоматика. Уровень HbA1c у них оставался >6,7%, симптомы изжоги - ежедневные или постоянные, требующие медикаментозной коррекции. Качество жизни улучшилось минимально или ухудшилось. Ретроспективный анализ выявил, что в этой группе недооценены либо игнорированы исходные признаки ГЭРБ, включая ночную изжогу, периодическую регургитацию, постпрандиальную тяжесть и неполные эпизоды дискомфорта, не всегда верифицированные при ЭГДС.

Анализ результатов применения стандартной ЛПРЖ у пациентов с МС показал, что несмотря на техническую успешность вмешательства и умеренно выраженное снижение массы тела в ранние сроки, у значительной части больных сохранялись или нарастали проявления как метаболической, так и гастроэзофагеальной декомпенсации. Особенно четко это прослеживается в подгруппе из 37 пациентов, у которых через 6 и 12 месяцев после операции сохранялись повышенные значения HbA1c и НОМА-IR, частые жалобы на изжогу и постоянная потребность в ИПП.

Ретроспективный анализ выявил, что ключевыми причинами неудовлетворительного эффекта вмешательства стали два системных фактора. Первый - недостаточная оценка ГЭРБ в дооперационном периоде. В ряде случаев отсутствие яркой симптоматики или неполноценная инструментальная диагностика (отказ от рН-метрии, поверхностная интерпретация эндоскопии) привели к неверной интерпретации состояния кардии и

пищевода. Как следствие, у этих пациентов после резекции наблюдалось нарушение клапанного механизма, усиление заброса желудочного и дуоденального содержимого в пищевод, нарастание эзофагита, снижение качества жизни.

Второй фактор, который возможно определял такой исход после операции – ограниченность гормонального и метаболического эффекта ЛПРЖ у пациентов с выраженной инсулинорезистентностью и длительным анамнезом СД2Т. Несмотря на снижение массы тела, у значительной части больных не была достигнута ремиссия СД2Т, сохранялась гипергликемия и необходимость в медикаментозной коррекции. Это позволяет сделать вывод о недостаточной эффективности чисто рестриктивного подхода при тяжелых формах МС.

В совокупности данные факты свидетельствуют о том, что традиционная ЛПРЖ не может рассматриваться как универсальное вмешательство у больных с МС. Возникает объективная необходимость в пересмотре тактики, включая такие шаги, как: разработку критериев отбора пациентов; дооперационную верификацию ГЭРБ; и, при наличии рефлюксной симптоматики, выполнение операции в модифицированной форме с антирефлюксной муфтой. Именно эти принципы легли в основу клинической стратегии, реализованной на следующем этапе исследования.

Выводы:

1. Отсутствие яркой симптоматики или неполноценная инструментальная диагностика (отказ от рН-метрии, поверхностная интерпретация эндоскопии) привели к неверной интерпретации состояния кардии и пищевода, как следствие, у этих пациентов после резекции наблюдалось нарушение клапанного механизма, усиление заброса желудочного и дуоденального содержимого в пищевод, нарастание эзофагита, снижение качества жизни.

2. Несмотря на снижение массы тела, у значительной части больных не была достигнута ремиссия СД2Т, сохранялась гипергликемия и необходимость в медикаментозной коррекции. Это позволяет сделать вывод о недостаточной эффективности чисто рестриктивного подхода при тяжелых формах МС.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИЛЕОСТОМЫ.

*Кодиров Х.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.,
Андижанский государственный медицинский институт*

Актуальность. Устранение илеостомы и выполнение восстановительного этапа, нередко омрачается высокой частотой несостоятельности сформированного межкишечного соустья, достигающая до 20-30% [4] с развитием летального исхода в 6-35% случаев [3;5] и не имеет тенденции к снижению [1;2].

Материал и методы исследования. Предметом настоящего исследования явились 115 больных с ургентными заболеваниями кишечника, где оперативные вмешательства завершились формированием илеостомы в Клинике Андижанского государственного медицинского института. Согласно цели и задачам исследования нами условно выделены две группы:

Согласно цели и задачам исследования условно выделена на две группы: - группа сравнения - с 2016 по 2019 гг., включающий 73 (63,5%) больных с ургентными заболеваниями кишечника с формированием илеостомы, где придерживались традиционных подходов к лечению;

- основная группа - с 2020 по 2022 гг., включающий 42 (36,5%) больных с ургентными заболеваниями кишечника с формированием илеостомы, где придерживались оптимизированной хирургической тактики.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной МЗРУз.

Результаты и их обсуждение. Сравнительная оценка результатов исследования

Восстановительные операции по закрытию кишечных стом, сопряжена с высоким риском возникновения несостоятельности швов меж кишечных соустьев. Последствиями несостоятельности являются перитонит, сепсис, повторные операции, создание стом и часто, - смерть. Поэтому соблюдение принципов безопасного технического формирования меж кишечного соустья является одной из важнейших задач. Технически правильно выполненный анастомоз должен: быть состоятельным; не кровить; не вызывать стриктуры просвета.

Кишечным заболеванием выяснилось, что, по данным результатам исследования соотношение мужчин к женщинам составило 2,5:1.

Проведенный сравнительный анализ в исследуемых группах показал статистически достоверную частоту заболеваемости мужчин по отношению основной группы с сравнительной группой наблюдалось 1,8 раза ($p<0,05$) реже в показателях. Также при сравнении больных женщин по возрастам основной группы с группой сравнения в абсолютных цифрах наблюдалось в 1,7 раза ($p<0,05$).

В следующей таблице видно, что причинами поступления с urgentными заболеваниями кишечника в обеих группах, в основном, явилась острая кишечная непроходимость.

Из исследований был получен такой результат, что одной из причин, приводящих к неотложным заболеваниям кишечника в обеих группах, была острая кишечная непроходимость.

Оптимальным сроком в хирургической реабилитации больных илеостомой и выполнения восстановительного этапа оперативного вмешательства являются - сроки более года.

Через три месяца и выше в группе сравнения продолжительность стомоносительства и выполнение реконструктивных оперативных вмешательств было 1,8 раза достоверно выше, чем у пациентов основной группы ($p<0,05$). А до трех месяцев в группе сравнения показатели стомоносительства были 1,7 раза меньше чем основной группы ($p<0,05$).

При выполнении восстановительного этапа операции необходимо учитывать: характер заболевания, которая явилась причиной формирования стомы; сроки стомоносительства; вид и локализацию стомы и наличие осложнений; возраст, сопутствующие заболевания, риск анестезии и др (табл. 5.4.).

В настоящее время устранение илеостомы и выполнение восстановительного этапа является чрезвычайно важной проблемой, так как оно в большинстве случаев сложнее формирования илеостомы и сопровождается развитием ряда осложнений. В последние годы отмечается тенденция к уменьшению времени стомоносительства. Так, существуют рекомендации по выполнению оперативного лечения от 1 и более месяцев.

Проведенный сравнительный анализ стомоносительства в течение первых 3-х месяцев показало статистически 3,1 раза достоверное высокое время стомоносительства в группе сравнения по отношению к основной ($p<0,001$). Сроком до 6 месяцев в группе сравнения, в отличие от основной группы, причины формирования илеостомы были в 1,7 раза ($p<0,05$) ниже у больных в абсолютных цифрах имеющих стомоносительство. В сроки 3-6 месяцев длительность стомоносительства процентным отношением статистически разницы не было достоверным. В сроки 7-12 месяцев длительность стомоносительства в группе сравнения статистически достоверно превышало по сравнению с основной группой - в 2,7 раза ($p<0,01$) в процентном отношении. Имеющие носительство стомы сроком до 12 месяцев в основной группе были 4,7 раза ($p<0,001$) меньше в абсолютных цифрах.

В основной группе в отличие от группы сравнения, длительность стомоносительства сроком более года сократилось ($p<0,05$). Важно отметить, что в группе сравнения при злокачественных опухолях при сроках стомоносительства 3-6 месяцев – у одного (1,4%)

больного и в сроки 7-12 месяцев – в двух (2,7%) больных выполнено оперативное вмешательство по устранению илеостомы, что таит опасность рецидива болезни и выполнения необоснованной операции.

Дальнейший анализ показал, что у больных, где причиной формирования илеостомы являются ургентные состояния неопухолевого генеза целесообразно расширить показания к более ранним срокам восстановления непрерывности кишечной трубки.

После илеостомии ранние осложнения возникли в обеих группах, но абсолютная частота была достоверно более чем в 2 раза ($p<0,01$) ниже в основной группе, чем контрольной. В процентных соотношениях только чуть-чуть снизился.

Возникновение поздних стомальных осложнений оказывало существенное негативное влияние на хирургическую реабилитацию исследуемых больных.

После илеостомии установлено, что частота поздних осложнений в основной группе достоверно ниже более чем в 5 раза ($p<0,001$) по отношению к группе сравнения.

В послеоперационном периоде необходимо учитывать исходное состояние больного, возраст и сопутствующие заболевания.

При диагностировании сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии проводится ее коррекция (при компенсированной форме, лечение продолжается в отделении хирургии совместно с соответствующими специалистами, суб- и декомпенсированной – проводится лечение в специализированном отделении, и по показаниям, с повторным лечением), а также при необходимости планируется выполнение симультанной операции. При отсутствии сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии, в зависимости от причины, проводится планирование сроков и предоперационная подготовка по устранению илеостомы и выполнению восстановительного этапа операции (табл. 5.8.).

В основной группе характер и частота коморбидности заболевания по отношению к группе сравнения статистически достоверной разницы было меньше ($p<0,05$) и отражался сопоставимость и объективность полученных результатов исследования.

В процессе работы, по мере накопления практического опыта и научного анализа результатов, мы внесли коррективы в хирургическую реабилитацию в основной группе, что позволило оптимизировать хирургическую тактику.

Следует отметить, что в основной группе мы существенно сократили показания к традиционным методам формирования илеотрансверзо-анастомозов. При этом, по мере накопления опыта работы мы стали использовать модифицированный способ погружного «инвагинационного» илеотрансверзоанастомоза по принципу «конец в бок».

Сравнительный анализ показал, что в основной группе традиционные межкишечные анастомозы по принципу «бок в бок» накладывались 3 раза реже ($p<0,001$), а по принципу «конец в бок» - лишь в основной группе ($p<0,001$). Важно отметить, что в основной группе статистически достоверно (1,1 раза) снизилось число больных, которым накладывались инвагинационные анастомозы по принципу «конец в бок». При этом, «погружной» инвагинационный анастомоз по принципу «конец в бок» накладывался лишь в основной группе - 15 (13,0%) больных.

Операция наложения концевой илеостомы выполняется у тяжёлой категории больных с различной степенью распространённости перитонита, когда наложение швов на инфильтрированную стенку кишечника представляет реальную угрозу с высокой частотой.

Илеостомия как вариант завершения операции при острой кишечной непроходимости и перитоните, в первую очередь, применяется при локализации патологии в дистальных отделах тонкой кишки.

Проведенный сравнительный анализ ближайших результатов восстановительных операций у исследуемых больных с илеостомой показал, что осложнения, характерные для восстановительного этапа в группе сравнения составили 20,5%, тогда как в основной 7,1% – снижение в 2,9 раза – на 13,4% ($p<0,01$), а частота летальности в группе сравнения составило 4,1%, тогда как в основной – 2,4% - снизилась в 1,7 раза – на 1,7% ($p<0,05$).

Гнойно-септические (со стороны операционной раны) осложнения после выполнения восстановительных операций в группе сравнения составили 8,2%, тогда как в основной 7,1% – снижение в 1,1 раза.

Осложнения общего характера в группе сравнения составило 35,6%, с летальным исходом в 5,5% случаев, тогда как в основной – 19,0% - снизилась в 1,9 раза. Выздоровели 16,7%, без летальных исходов ($p < 0,05$).

Заключение. Итак, придерживаясь разработанного лечебно-диагностического алгоритмов, расширения показаний к инвагинационным и «погружному» инвагинационному илеотрансверзоанастомозам, мы оптимизировали хирургическую тактику и тем самым добились поставленной цели исследования.

СВЁРТЫВАЮЩАЯ И АНТИСВЁРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Ботиров Ж.А., Турсунов Ф.С.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан.

Актуальность. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО) – собирательное понятие, объединяющее тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоз легочных артерий (ТЭЛА) [1]. Актуальность определяется частотой встречаемости и высокой летальностью, ассоциированной, прежде всего, с ТЭЛА. Вероятность развития ВТЭО закономерно увеличивается по мере старения. В структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации, как и во всем мире, ТЭЛА продолжает занимать одно из лидирующих мест после инфаркта миокарда и инсульта [2;3]. Однако, методы профилактики ТЭО ведутся без учёта состояния свёртывающей и антисвёртывающей системы крови, что требует проведения дальнейших исследований.

Цель исследования. Оценить свёртывающей и антисвёртывающей системы крови у больных с прободными гастродуоденальными язвами.

Материал и методы исследования. На базе кафедры хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института и Андижанского филиала РНЦЭМП по поводу прободных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) с 2016 по 2025 годы оперировано 178 больных.

Согласно цели и задачам исследования условно выделена на две группы: - группа сравнения - с 2016 по 2020 гг., включающий 85 (47,8%) больных с ПГДЯ, где придерживались традиционных подходов к лечению;

- основная группа - с 2021 по 2024 гг., включающий 93 (52,2%) больных с ПГДЯ, где придерживались оптимизированной хирургической тактики.

Как известно, при выборе сроков и метода операции, а также на исходы хирургического лечения немаловажную роль играет наличие сопутствующей терапевтической патологии. При ПГДЯ сопутствующие терапевтические патологии диагностированы у 47 (26,4%) больных. Следует отметить, превалирование заболеваний сердечно-сосудистой системы – 21 (11,8%) и заболевания сахарным диабетом – 8 (4,5%), что отягощало течение основного заболевания. Принимая тот факт, что возраст больных является одним из предикторов развития тромбоэмболических осложнений, можно с уверенностью утверждать необходимость профилактики тромбообразования у всех пациентов с ПГДЯ. Для характеристики свёртывающей активности нами были использованы следующие показатели: время свёртывания крови, толерантность плазмы к гепарину, фибриноген, тромботест, протромбин, проакцелерин (V-фактор), проконвертин (VII - фактор), ретракции сгустка, тромбоциты, кальций в сыворотке крови, время кровотечения. Характер антисвёртывающей системы крови определяли по фибринолитической активности, гепариновому времени - содержание свободного гепарина в крови.

Результаты. Время свертывания крови у здоровых людей колебалось в пределах 309-419 сек, в среднем было равно 362 ± 9 сек. Толерантность плазмы к гепарину колебалась в пределах 480 - 840 сек, в среднем составила 638 ± 30 сек. Время рекальцификации плазмы колебалась от 90 до 127 сек, в среднем - $105 \pm 2,5$ сек. Гепариновое время - 45 - 75 сек (в среднем 59 ± 2 сек). Содержание фибриногена в крови колебалось в пределах - 200 - 300 мг/%, в среднем - $261 \pm 7,1$ мг/%. Протромбиновый индекс колебался в пределах 75 - 105,8% (в среднем $90 \pm 2,3\%$). Проакцелерин (V фактор) - в пределах 90 - 107,8% (в среднем $102,3 \pm 1,3\%$). Проконвертин (VII фактор) - в пределах 60 - 90%, в среднем $76 \pm 2,3\%$. Ретракция сгустка - 31,1- 44,2% (в среднем $38,9 \pm 0,75\%$).

Время кровотечения у здоровых людей колебалось в пределах 71- 170 сек, в среднем - $112 \pm 7,4$ сек. Свободный гепарин в крови - 5 - 7,6 ед/мл (в среднем - $6,6 \pm 0,26$ ед/мл). Фибринолитическая активность крови колебалась в пределах 9,1 - 19% (в среднем $14,1 \pm 0,6\%$). Содержание кальция в сыворотке крови - от 9 до 11,4 мг/%, (в среднем $10,4 \pm 0,18$ мг/%). Количества тромбоцитов - от 160,000 до 252,000 (в среднем $203,800 \pm 3,150$). Тромботест колебался между - 4 - 6.

Таким образом, при ПГДЯ происходят значительные изменения со стороны внутренних органов с нарушением важнейших функций организма. У больных с ПГДЯ эти нарушения усугубляются, что повышает риск тромбоэмболических осложнений и летальности, что определяет медицинскую и социальную значимость проблемы.

Список литературы

1. Комаров А.Л., Кропачева Е.С., Панченко Е.П. Тромбоэмболия легочной артерии: Учеб. Пособие //М., 2023. – 44 с.
2. Статкевич Т.В., Патеюк, И.В., Ильина Т.В. и др. Лечение массивной тромбоэмболии легочной артерии на современном этапе. Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. - 2017, -т. 1, -№1, -С. 46-51.
3. Учеваткин А.А., Юдин А.Л., Кондаков А.К. и др. Дифференциальная диагностика острой и хронической тромбоэмболии легочной артерии по данным МСКТ //Лучевая диагностика и терапия. -2020;11(4):8-15.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНКИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ботиров Ж.А., Турсунов Ф.С.

Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан.

Актуальность. У хирургических больных риск ВТЭО зависит от травматичности (обширности) и продолжительности оперативного вмешательства. Немаловажное значение имеют соматический статус пациента на момент операции, наличие сопутствующей патологии, вид анестезии, дегидратация, а также длительность иммобилизации [1;2]. Летальность среди не леченых пациентов составляет 30-40%, а среди больных, своевременно начавших получать лечение 8-10% [3;4]. Однако, существующие схемы применения препаратов недостаточно эффективны, а методы профилактики ТЭО ведутся без учёта состояния свёртывающей и антисвёртывающей системы крови, что требует проведения дальнейших исследований.

Цель исследования. Оценить свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных с прободными гастродуоденальными язвами в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. На базе кафедры хирургических болезней Андижанского государственного медицинского института и Андижанского филиала РНЦЭМП по поводу прободных гастродуоденальных язв (ПГДЯ) с 2016 по 2025 годы оперировано 178 больных.

Согласно цели и задачам исследования условно выделена на две группы: - группа сравнения - с 2016 по 2020 гг., включающий 85 (47,8%) больных с ПГДЯ, где придерживались традиционных подходов к лечению;

- основная группа - с 2021 по 2024 гг., включающий 93 (52,2%) больных с ПГДЯ, где придерживались оптимизированной хирургической тактики.

Оценку свертывающей и антисвертывающей системы крови у больных ПГДЯ проводили во время операции, на 2-3-й, 5-7-й и 9-14 дни после операции.

Результаты. На 2-3-й день после операции по средним показателям отмечалось резкое повышение общей коагулирующей активности крови. Время свертывания и рекальцификация плазмы были укорочены и составили соответственно 173 ± 12 сек и $68 \pm 7,6$ сек. Отмечено дальнейшее повышение толерантности плазмы к гепарину. Она составила 355 ± 9 сек ($p < 0,001$).

Общая свертываемость крови по указанным тестам оставалась значительно повышенной на 5-7-й день, за исключением времени рекальцификации, которая и перед выпиской оставалась пониженной. Общесвертывающая активность крови в послеоперационном периоде повышается, причем наиболее выраженное повышение наблюдается на 2-7-й день после операции.

Фибриноген у всех больных увеличивалось более чем в 1,5 раза по сравнению с исходными данными и оставалось высоким на протяжении 7 дней после операции ($p < 0,001$). Протромбиновый индекс в послеоперационном периоде закономерно повышался и сохранялся на этом уровне в течение 2-х недель. Проакцелерин (5 фактор) на 2-7-й день также был повышен. Проконвертин, ретракция сгустка, время кровотечения, кальций в сыворотке крови в послеоперационном периоде не обнаружили статистических различий по отношению к исходным данным ($p > 0,05$). Тромботест на 2-3-й день после операции был повышен у 9, нормальная степень тромботеста отмечена у 2 больных. На 5-7-й день повышенная степень тромботеста обнаружена у 6, нормальная – у 5 больных. На 5-7-й день после операции отмечено достоверное понижение количества тромбоцитов ($p < 0,05$). Со стороны антисвертывающей системы крови обнаружены следующие изменения: гепариновое время в послеоперационном периоде достоверно укорачивается и сохраняется на этом уровне на протяжении 7 дней ($p < 0,05$). Фибринолитическая активность крови на 2-7-й день после операции значительно понижается (средний показатель 10-10%) ($p < 0,001$). При исследовании антикоагулянтной активности крови отмечено значительное его снижение на 2-7-й день после операции. Средний показатель ее составлял 3,3-4,1 ед/мл.

Таким образом, в результате оптимизированной тактики при ПГДЯ с учетом состояния свертывающей и противосвертывающей системы крови, в основной группе по отношению к группе сравнения в послеоперационном периоде наблюдения частота тромбоэмболических осложнений уменьшилась на 14,4%.

Список литературы

1. Абрамов Д.В., Зубарев А.П., Афанасьев В.М., Смолькина А.В., Каримова Э.А. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки у пациента в остром периоде ишемического инсульта. Клинический случай. Consilium Medicum. -2023;25(5):357–360.
2. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Флебология. -2015;9(4):2-52.
3. Konstantinides S.V., Meyer G., Becattini C. et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC) //European Heart Journal. - 2020;41(4):543-603.
4. Turan O., Turgut D., Gunay T., Yilmaz E., Turan A., Akkoclu A. The contribution of clinical assessments to the diagnostic algorithm of pulmonary embolism. Adv Clin Exp Med. -2017, vol. 26, no. 2, pp. 303-309.

ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КОЛОНОПТОЗЕ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ

*Ботиров Ж.А., Хусанов С.М., Ботиров А.К., Мамажонов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Актуальность проблемы. К настоящему времени исследователи так и не имеют единого мнения относительно к определению показаний к оперативному вмешательству, сохраняются разногласия при определении характера операции, объема резекции и способов формирования колоколоанастомозов. Выбор того или иного способа лечения подчас осуществляется эмпирически, базируясь на личном опыте оперирующего хирурга. Тем не менее в настоящее время сложилась устойчивая тенденция к выполнению колэктомии с илеоректальным анастомозом [1;2]. Однако, после аналогичных оперативных вмешательств, частота осложнений отмечаются в 10 - 35% случаев, где наиболее часто проявляются стойкой диареей и инконтиненцией, которые значительно ухудшают качество жизни больных [3;4].

Целью исследования явилось определить особенности клинического течения при висцероптозе в сочетании с хроническим колостазом.

Материал и методы исследования. Предметом настоящего исследования явились 132 больных висцероптозом в сочетании с хроническим колостазом (КС) находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении кафедры хирургии и гражданской обороны Клиники АндГосМИ.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные методы и статистические исследования проводились соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Согласно цели и задачам основную группу - основная – (2020-2023 годы) составили 47 (35,6%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики.

При анализе по половому признаку больных с колоноптозом в сочетании с хроническим КС, в условиях плановой хирургии мужчины составили 12 (25,5%), а женщины – 35 (74,5%). В основной группе колоноптоз в сочетании с хроническим КС наиболее часто диагностирована в возрасте 45-59 лет (зрелом возрасте) – 24 (51,1%).

В основной группе при колоноптозе в сочетании с хроническим КС оперативное вмешательство выполнено при длительности заболевания 1-5 лет 18 (38,3%) больных, из них мужчины составили – 2 (4,2%), женщины – 16 (34,0%). Длительность заболевания 6-10 лет составили 19 (40,4%) больных, из них мужчины составили – 8 (17,0%), женщины – 11 (23,4%). Особую обеспокоенность вызывают больные с длительностью заболевания 10 лет и более, которые составили – 10 (21,3%), из них мужчины - 2 (4,2%), женщины – 8 (17,0%). В основной группе колоноптоз диагностирован наиболее часто при астеническом телосложении - в 32 (68,1%) случаев, при нормостеническом телосложении – в 14 (29,8%) случаев, из них в 5 (10,6%). При гиперстеническом телосложении болезнь диагностирована лишь в 1 (2,1%) случае отмечено у мужчины.

В основной группе клинический симптомокомплекс при висцероптозе в сочетании с хроническим диагностирован складывался из общих и местных симптомов. Запор как основное проявление висцероптоза отмечен у 36 (76,6%) больных, запоры, чередующиеся с поносами - у 11 (23,4%). Тяжесть в животе отмечена у 39 (83,0%) больных, вздутие кишечника - у 31 (65,9%), болевые ощущения различной степени выраженности - у 47 (100,0%) больных. Отвисание живота и стрии отмечено у 8 (17,0%) больных, диастаз мышц передней брюшной стенки - у 4 (8,5%) и симптомы интоксикации (слабость, головокружение, нервозность) отмечена у 47 (100,0%) больных.

Степень компенсации колоноптоза (запор менее 3-4 дней) установлена в 12 (25,5%) случаев. Степень субкомпенсации (запор 5-10 дней) установлен в 20 (42,6%) случаев и степень декомпенсации (запор более 10 дней) установлен в 15 (31,9%) случаев.

В основной группе среди разновидностей висцероптоза наименьший контингент составили больные трансверзоптозом с деформаций правого изгиба толстой ободочной кишки, которое установлено в 5 (10,6%) случаев. Наибольший контингент составили больные трансверзоптозом с деформаций левого изгиба толстой ободочной кишки, которое установлено в 35 (74,5%) случаев. При этом, трансверзоптоз с деформаций обоих изгибов толстой ободочной кишки установлен в 7 (14,9%) случаев.

У исследуемых больных наиболее часто установлены заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь, стенокардия) - в 11 (23,4%) случаев, заболевания гепатобилиарной системы (сахарный диабет 2 типа, хронический холецистит) - в 4 (8,5%), хронические обструктивные заболевания легких (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма) - в 3 (6,4%) и заболевания мочеполовой системы (хронический пиелонефрит, цистит) - в 4 (8,5%) случаев.

Больные колоноптозом в сочетании с хроническим КС в 28 (59,6%) случаев ранее в анамнезе перенесли различные оперативные вмешательства. Заслуживает внимание относительно высокая частота кесарева сечения - 12 (25,5%) случаев, а также оперативных вмешательств по поводу больших вентральных грыж и диастаза мышц передней брюшной стенки - в 7 (14,9%).

Проведенный анализ свидетельствует, что в развитии и прогрессировании колоноптоза, в определенной степени играют роль многократная беременность (кесарево сечение) и наличие больших вентральных грыж с диастазом мышц. При этом, в анамнезе выполнена холецистэктомия в 3 (6,4%), аппендэктомия - в 3 (6,4%) и гистерэктомия с экстирпацией - в 3 (6,4%) случаев.

Из общего числа больных колоноптозом в сочетании с хроническим КС (47) оперативное лечение выполнено в 44 (93,6%) случаев. Левосторонняя гемиколонэктомия выполнена у 5 (10,6%), правосторонняя гемиколонэктомия - у 2 (4,3%) больных и операции по «методике клиники» - в 37 (78,7%) случаев. Консервативному лечению подлежали лишь 3 (6,4%) больных (из них в стадии компенсации - 1 (2,1%) и субкомпенсации - 2 (4,3%)).

Заключение. Таким образом, в основной группе внедрение в процессе научно-исследовательской работы модифицированного способа хирургического лечения, а также усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритмов позволили избежать развития несостоятельности швов с общим перитонитом, диареи, рецидива колоноптоза, а также тромбоэмболии легочной артерии и в т.ч. летальности.

Список литературы

1. Джавадов Э.А. Хирургическое лечение хронического колостазы. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2009. -№12. -С.60-62.

2. Bharucha A.E., Lacy B.E. Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. Gastroenterology. -2020;158(5):1232-1249.e3.
3. Guiyun S., Chang S.Y., Chan W.K. et al. Surgical outcomes after total colectomy with ileorectal anastomosis in patients with medically intractable slow transit constipation //J Korean Soc Coloproctol. -2011. 27(4). P. 180–187.
4. Vergara-Fernandez O., Mejia-Ovalle R., Salgado-Nesme N. Et al. Functional outcomes and quality of life in patients treated with laparoscopic total colectomy for colonic inertia //Surg Today. –2014. – 44(1). – P. 34–38.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРОПТОЗА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ

*Хусанов С.М., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Мамажонов Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Актуальность проблемы. Висцероптоз или колоноптоз (болезнь Гленара; «спланхноптоз») - это опускание брюшных внутренностей (внутренних органов) ниже их естественного положения [1]. Колоноптоз развивается вследствие чрезмерной подвижности или опущения одного, или нескольких внутренних органов и проявляется функциональными нарушениями в них [2]. До настоящего времени известны небольшое количество исследований и отсутствует единый взгляд на патогенез висцероптоза, а результаты лечения неутешительны.

Целью исследования явилось провести сравнительную оценку результатов хирургического лечения висцероптоза при традиционных подходах и оптимизированной хирургической тактике.

Материал и методы исследования. Предметом настоящего исследования явились 132 больных колоноптозом в сочетании с хроническим колостазом (КС) находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении кафедры хирургии и гражданской обороны Клиники АндГосМИ.

Согласно цели и задачам группу сравнения – (2018-2022 годы) – составили 85 (64,4%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов.

Для решения поставленных задач проводились клиничко-лабораторные, инструментальные методы и статистические исследования проводились соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Предоперационная подготовка, выбор объема резекции толстой ободочной кишки и способ формирования межкишечного соустья, а также послеоперационное ведение данного контингента проводились по общепринятым стандартам. В связи с этим нами по отдельности проведено исследование результатов хирургического лечения висцероптоза в сочетании с ХКС в группе сравнения и основной группе.

Все послеоперационные осложнения мы разделили на:

- 1) послеоперационные осложнения, связанные с формированием межкишечного соустья - несостоятельность швов анастомоза с развитием перитонита; несостоятельность швов анастомоза с формированием калового свища; послеоперационный анастомозит;
- 2) послеоперационные осложнения, связанные с объемом резекции толстой ободочной кишки – продолжающийся запор; диарея; рецидив висцероптоза;
- 3) послеоперационные осложнения со стороны операционной раны - нагноение послеоперационной раны; инфильтрат; лигатурный свищ;

4) послеоперационные осложнения общего характера, не связанные с оперативным вмешательством, которые могут встречаться и при других операциях – тромбоэмболия легочной артерии; гипертонический криз, бронхолегочные осложнения; прочие.

Сравнительный оценка результатов хирургического лечения колоноптоза в сочетании с ХКС показал, что в группе сравнения частота послеоперационных осложнений, связанных с формированием межкишечного соустья в целом составило 5 (8,1%), тогда как в основной – 2 (4,5%) больных (уменьшение на 3,6%, т.е. в 1,8 раза). При этом удалось избежать развития такого жизнеугрожающего осложнения как несостоятельность швов межкишечного соустья с общим перитонитом и сократить частоту послеоперационного анастомозита. Полученные данные подтверждают эффективность предложенного модифицированного способа хирургического лечения висцероптоза в сочетании с ХКС.

Сравнительный оценка результатов хирургического лечения колоноптоза в сочетании с ХКС показал, что из послеоперационных осложнений, связанных с объемом резекции толстой ободочной кишки, в целом в группе сравнения составило 12 (19,4%), тогда как в основной – лишь 3 (6,8%) больных (уменьшение на 12,6%, т.е. в 2,9 раза). При этом, в группе сравнения продолжающийся запор отмечен у 5 (8,1%) больных, тогда как в основной лишь у 3 (6,8%). В группе сравнения наблюдались диарея 4 (6,5%) больных и рецидив колоноптоза у 3 (4,8%), тогда как в основной группе данные осложнения не наблюдались. Данное обстоятельство еще раз подтверждает эффективность и в т.ч. усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма.

Сравнительный оценка результатов хирургического лечения колоноптоза в сочетании с ХКС показал, что из послеоперационных осложнений со стороны операционной раны в целом в группе сравнения составило 7 (11,3%) больных, тогда как в основной – 4 (9,1%) больных (уменьшение на 2,2%, т.е. в 1,2 раза). При этом в группе сравнения нагноение отмечено у 3 (4,8%) больных, тогда как в основной – у 1 (2,3%), инфильтрат операционной раны - у 3 (4,8%), тогда как в основной – у 2 (4,5%) и лигатурный свищ – у 1 (1,6%) и у 1 (2,3%), соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о наметившейся отчетливой тенденции снижения частоты послеоперационных осложнений со стороны операционной раны, что подтверждает важность системного и целенаправленного использования антибиотиков, тщательного гемостаза по ходу операционной раны, а также использования современного шовного материала на атравматической игле.

Сравнительный оценка результатов хирургического лечения колоноптоза в сочетании с ХКС показал, что из послеоперационных осложнений общего характера, не связанные с оперативным вмешательством в группе сравнения составило 6 (9,7%) больных, тогда как в основной – 3 (6,8%) больных (уменьшение на 2,9%, т.е. в 1,4 раза). При этом в группе сравнения, тромбоэмболия легочной артерии отмечено у 1 (1,6%) больного, тогда как в основной, данное жизнеугрожающее осложнение, сопровождающееся высокой летальностью, удалось избежать.

Заключение. Таким образом, придерживаясь оптимизированной хирургической тактики при колоноптозе в сочетании с хроническим колостазом частота послеоперационных осложнений, связанных с формированием межкишечного соустья уменьшилось с 8,1 до 4,5% - на 3,6%, т.е. в 1,8 раза (при этом, в основной группе удалось избежать несостоятельности швов межкишечного соустья с развитием общего перитонита и летальности), послеоперационные осложнения, связанные с объемом резекции толстой ободочной кишки, уменьшились с 19,4 до 6,8% - на 12,6%, т.е. в 2,9 раза (при этом, в основной группе удалось избежать развития диареи и рецидива колоноптоза). Послеоперационные осложнения со стороны операционной раны уменьшились с 11,3 до 9,1% - на 2,2%, т.е. в 1,2 раза) и послеоперационные осложнения общего характера, не связанные с оперативным вмешательством, уменьшились с 9,7 до 6,8% - на 2,9%, т.е. в 1,4 раза), что позволило добиться поставленной цели исследования.

Список литературы

1. Висцероптоз - Справочник заболеваний. <https://celitel05.ru/wiki/bolezni-organov-pishevareniya/visceroptoz/>. -2024.
2. Ус В.Г. Висцероптоз (Клиника, диагностика, лечение) //Автореф. дисс. Д-ра. мед. Наук. –М. -1987,- 38с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАЦИИ КЛИНИКО- АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И БИОМАРКЕРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ.

Бутабоева Г.Т., Бутабаева М.М.

Научный руководитель: Асранкулова Д.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность: Преждевременные роды (ПР) остаются ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности. Недостаточная эффективность существующих скрининговых моделей диктует необходимость разработки интегрированных алгоритмов, объединяющих клинические данные и современные лабораторные маркеры.

Цель: Повысить точность дородового прогнозирования риска ПР за счет создания многофакторной модели и усовершенствованного алгоритма перинатального наблюдения.

Материалы и методы: Проведено проспективное когортное исследование 350 беременных женщин, разделенных на группы: основная (с ПР, n=150) и контрольная (срочные роды, n=200). Оценивались социально-демографические, акушерско-гинекологические данные, инфекционный статус, уровень сывороточного прогестерона, фибронектина и длина шейки матки по данным цервикометрии. Для статистического анализа использовались методы описательной статистики, однофакторный и многофакторный логистический регрессионный анализ. На основе значимых предикторов разработан прогностический алгоритм.

Результаты: Многофакторный анализ выявил независимые предикторы ПР: отягощенный акушерский анамнез (ОР 4.2; 95% ДИ 2.1–8.3), укорочение шейки матки <25 мм до 30 недель (ОР 6.8; 95% ДИ 3.4–13.5), положительный тест на фибронектин (ОР 3.9; 95% ДИ 2.0–7.5) и низкий уровень прогестерона (<10 нг/мл) (ОР 2.8; 95% ДИ 1.5–5.2). Интеграция этих параметров в единую балльную систему позволила создать алгоритм с чувствительностью 89,5% и специфичностью 92,1% для прогнозирования ПР.

Выводы: Разработанный комплексный алгоритм, включающий оценку анамнеза, данные цервикометрии и определение биомаркеров, демонстрирует высокую прогностическую ценность. Его внедрение в клиническую практику позволяет стратифицировать пациенток по группам риска и своевременно назначать персонализированные профилактические мероприятия, что способствует снижению частоты ПР и улучшению перинатальных исходов.

МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ДЕТЕРМИНАНТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ КАК ОСНОВА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ.

Бутабоева Г.Т., Бутабаева М.М.

Научный руководитель: Асранкулова Д.Б.

Кафедра акушерства и гинекологии №1, Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Актуальность: Этиология ПР является многокомпонентной, что требует системного подхода к анализу взаимодействия различных факторов риска. Существующие протоколы

наблюдения часто не учитывают региональной специфики и комплексного влияния социальных, соматических и репродуктивных детерминант.

Цель: Выявить структуру и иерархию ведущих факторов риска ПР в регионе и на этой основе предложить модель поэтапного перинатального наблюдения.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 450 историй родов с ПР и 500 — с физиологическими родами. Проанализированы четыре блока факторов: 1) социально-гигиенические, 2) соматическая патология и экстрагенитальные заболевания, 3) акушерско-гинекологические особенности, 4) осложнения настоящей беременности. Использованы методы корреляционного и дисперсионного анализа для определения силы влияния факторов.

Результаты: Установлена значимая ($p < 0,01$) взаимосвязь ПР с комплексом факторов. Наибольший вклад вносят: урогенитальная инфекция (23,5% в структуре причин), анемия беременных тяжелой степени (18,1%), отягощенный репродуктивный анамнез (15,7%) и низкий индекс массы тела до беременности (12,4%). Выявлены региональные особенности, включая высокую частоту дефицита витамина D и позднюю постановку на учет. На основе полученных данных разработана трехэтапная модель наблюдения, включающая прегравидарную подготовку, активный скрининг в критические сроки гестации и междисциплинарный ведение пациенток высокого риска.

Выводы: Преждевременные роды в исследуемой популяции обусловлены комплексным воздействием инфекционно-воспалительных, алиментарных и анамнестических факторов. Предложенная модель перинатального наблюдения, основанная на выявленной иерархии рисков и принципах этапности, позволяет перейти от реактивной тактики к превентивной стратегии, что является ключевым элементом в снижении показателей перинатальной патологии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Зухуров Сухроб Элмуротович, Хамдамов Бахтиёр Зарифович
Бухарский медицинский институт*

Резюме. Предложенная модель стратификации риска и индивидуализации хирургической тактики грыж передней брюшной стенки позволяет не только снизить частоту осложнений и рецидивов, но и существенно улучшить параметры непосредственного послеоперационного периода: сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить активизацию пациента и восстановление повседневной активности.

Актуальность. Несмотря на развитие технологий лапароскопического грыжесечения и внедрение современных имплантатов, проблема оптимизации результатов операций у больных ПСВ с рецидивными грыжами ПБС остается актуальной и требует дальнейшего решения на основе комплексного анализа факторов риска, особенностей течения болезни и модификации хирургической тактики (1,2,3,4). Современные аспекты развития отечественной медицины включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных, в том числе и с рецидивными грыжами пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: анализ эффективности усовершенствованной модели стратификации риска и индивидуализации хирургической тактики грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы. В данной работе проводится клинико-статистическая оценка эффективности предложенной индивидуализированной тактики лапароскопических операций у больных ПСВ с рецидивными грыжами ПБС. Оценка эффективности базируется на частоте повторных рецидивов, частоте послеоперационных осложнений, длительности

госпитализации, динамике функционального восстановления и других клинико-практических показателях.

Основная группа включала 87 пациентов, перенесших лапароскопические операции по поводу рецидивных грыж ПБС. Среди них 51 пациент пожилого возраста (58,6%) и 36 - старческого возраста (41,4%). Все пациенты были оперированы по единым критериям включения: наличие документированного рецидива после ранее выполненной грыжесечения, подтвержденного клинически и инструментально (УЗИ, КТ). Исключались больные с неоперабельными состояниями, острыми инфекциями, декомпенсированными системными заболеваниями и отказом от вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Тактические решения в основной группе строго соответствовали алгоритму, предложенному выше: при низком риске выполнялись стандартные IPOM-операции с легкими имплантами и минимальной фиксацией; при умеренном - расширенные IPOM с комбинированной фиксацией и двухслойными сетками; при высоком - eTER, TAR и ретромускулярные методики с шовной фиксацией и обширной мобилизацией. Таким образом, тактика вмешательства была адаптирована к уровню риска, а не к типу грыжи или предпочтениям хирурга, что позволило достичь сопоставимых результатов даже в высокорисковых подгруппах.

Анализ частоты рецидивов и послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах показал, что применение индивидуализированной тактики, построенной на балльной модели стратификации риска, достоверно снижает вероятность неблагоприятных исходов.

Наиболее выраженные различия отмечены по частоте повторного рецидива грыжи, который развился у 9 из 87 пациентов основной группы (10,3%) против 22 из 89 больных контрольной группы (24,7%) ($p < 0,01$). Таким образом, внедрение тактики, адаптированной к анатомо-функциональному статусу пациента, позволило снизить вероятность повторного образования грыж более чем в 2,4 раза. Это особенно важно, учитывая, что значительная часть пациентов основной группы (26,4%) находилась в категории высокого риска и ранее перенесла рецидивную пластическую операцию.

Различия касались и структуры осложнений. Частота расхождения краев раны и несостоятельности швов в основной группе составила 5,7% против 12,4% в контрольной группе ($p = 0,04$). Этот показатель особенно критичен, так как напрямую связан с качеством фиксации импланта и состоянием апоневротических краев. В основной группе несостоятельность возникала в основном у пациентов с высоким баллом по шкале риска (более 35), что подчеркивает необходимость применения усиленной фиксации и ретромускулярных методик именно в этих случаях. Частота сером и гематом составила 9,2% в основной группе против 16,9% в контрольной ($p = 0,08$). Хотя различие не достигло статистической значимости, оно имеет клиническую ценность, особенно в свете того, что в основной группе профилактика сером включала ограниченную мобилизацию у пациентов с низким риском и обязательную дренажную систему при высоком риске.

В основной группе благодаря применению сеток с барьерным покрытием и соблюдению расширенного алгоритма профилактики (предоперационная санация, коррекция гипоальбуминемии, антибактериальная терапия) осложнения купировались консервативно.

Суммарная частота пациентов, у которых было зафиксировано хотя бы одно послеоперационное осложнение, составила 25,3% в основной группе против 41,6% в контрольной ($p = 0,02$). Это ключевой интегральный показатель, подтверждающий, что тактическая персонализация снижает общую операционную нагрузку на пациента, даже при условии применения технически более сложных методик (TAR, eTER и др.).

Особенно важным результатом является то, что среди пациентов с высоким риском (≥ 31 балл) в основной группе частота осложнений составила 39,1%, в то время как среди аналогичных по профилю пациентов контрольной группы (64,7%). Это позволяет утверждать, что адаптированная тактика эффективна не только у пациентов с низкой операционной нагрузкой, но и в клинически наиболее уязвимой категории.

Таким образом, представленные данные подтверждают, что использование стратифицированного алгоритма ведет к достоверному снижению как частоты рецидивов, так и числа послеоперационных осложнений, и демонстрирует реальную клиническую ценность предложенной модели индивидуализированного подхода при лапароскопических операциях у больных ПСВ.

Сравнительный анализ продолжительности операции, сроков госпитализации, времени до активизации пациента и темпов функционального восстановления позволил оценить влияние индивидуализированной тактики не только на отдаленные результаты, но и на непосредственное послеоперационное течение.

В основной группе средняя продолжительность стационарного лечения составила $4,1 \pm 1,2$ суток, в контрольной - $5,6 \pm 1,9$ суток, разница статистически достоверна ($p < 0,01$). Время до активизации пациента в основной группе составило $12,4 \pm 3,1$ часов, в контрольной - $18,7 \pm 4,2$ часов ($p < 0,01$). Более быстрое восстановление активности обусловлено не только уменьшением болевого синдрома (благодаря применению клеевой или щадящей фиксации у пациентов с низким и умеренным риском), но и более четким прогнозированием течения послеоперационного периода. Особенно важно отметить, что у больных ПСВ (65-74 лет) без тяжелых анатомических изменений активизация происходила в пределах 10-12 часов от момента выхода из наркоза, что позволяет раннее проведение профилактики тромбоэмболических осложнений и минимизирует гипостатические осложнения.

Предложенная модель стратификации риска и индивидуализации хирургической тактики позволяет не только снизить частоту осложнений и рецидивов, но и существенно улучшить параметры непосредственного послеоперационного периода: сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить активизацию пациента и восстановление повседневной активности. Это, в свою очередь, повышает удовлетворенность пациентов лечением, снижает нагрузку на стационарный ресурс и обеспечивает лучший клинико-экономический профиль хирургической помощи.

Выводы: 1. Сравнительный анализ продолжительности операции, сроков госпитализации, времени до активизации пациента и темпов функционального восстановления позволил оценить влияние индивидуализированной тактики не только на отдаленные результаты, но и на непосредственное послеоперационное течение.

2. Предложенная модель стратификации риска и индивидуализации хирургической тактики позволяет не только снизить частоту осложнений и рецидивов, но и существенно улучшить параметры непосредственного послеоперационного периода: сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить активизацию пациента и восстановление повседневной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллин М.М., Саянко Р.Т. Персонализированный выбор метода герниопластики у лиц старших возрастных групп // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2021. – Т. 180, №5. – С. 101–106
2. Абдурахманов А.И., Юнусов Ш.Б. Интеграция гериатрических индексов в хирургическую стратификацию риска при грыжах передней брюшной стенки // Медицинский альманах. – 2023. – №2. – С. 58–62
3. Cavalli M., Sorrentino M., Scanzi G. et al. Intraoperative navigation in complex hernia repair: first experience with 3D modeling and augmented reality // Updates Surg. – 2022. – Vol. 74(6). – P. 2113–2120
4. Chelala E., Barake H., Estievenart J. et al. Evaluation of European Hernia Society classification for midline incisional hernias // Hernia. – 2020. – Vol. 24(5). – P. 1043–1050

MUNDARIJA

IFLOSLANGAN KENG MAYDONLI QO‘L-OYOQ JAROHATLARINI DAVOLASHDA ZAMONAVIY KLINIK STRATEGIYALAR <i>Islomov A.A., Muminov Sh.M., Nizov O.N., Xudaynazarov D.A.</i>	3
CHAQALOQLARDA NEKROTİK ENTEROKOLITNI JARROHLIK YO‘LI BILAN DAVOLASHNING TAKTIKASI <i>Djurabayev A.A., Mamasaidov J.T.</i>	4
FARG‘ONA VODIYSIDA IDIOPATİK O‘PKA GIPERTENZIYASINI KLINİK AMALIYOTDA OLIB BORISH <i>Turg‘unov B.A., Turg‘unov A.I., Mansurov SH.SH., Ibroximov I.U.</i>	5
KATTA YOSHDAGI YURAK TUG‘MA NUQSONLARINI O‘PKA ARTERIYASI GIPERTENZIYASI BILAN ASORATLANGAN BEMORLARNI ZAMONAVIY TASHXISLASH VA XIRURGIK YONDOSHUVLAR. <i>Turgunov Botirjon Abduqayumovich., Turgunov Abdinosir Ismoilovich</i>	6
BACHADONGA PLATSENTANING O‘SISHI MORFOLOGIK VA IMMUNOGISTOKIMYOVIY XUSUSIYATLARI. <i>Olimova N.X., Matyaqubova S.A.</i>	7
ORTTIRILGAN YURAK REVMATİK POROKLARIDA JARROHLIGDGA TAKRORIY ARALASHUVLARGA YANGI YONDASHUVLAR. <i>Turgunov A.I, Turgunov B.A., Mansurov Sh.Sh.</i>	9
KUYGAN BEMORLARDA ABDOMINAL KOMPARTMENT SINDROMIDA INFUZION TERAPIYA VA JARROHLIK DEKOMPRESSIYASINING SAMARADORLIGI. <i>Xayitov L.M., Xakimov E.A., Abrorov Sh.N., Zuvaytov Sh.G‘., Xotamov I.E., Daminov F.A.</i>	10
SHOSHILINCH LAPAROTOMIYA OPERATSIYALARIDAN KEYINGI ANALGEZIYADA TRANSVERSUS ABDOMINIS PLANE (TAP) BLOKADA SAMARADORLIGIGA TURLI ADYUVANTLARNING TA‘SIRI. <i>Sharipova V.X., Yuldosheva Sh.A., Fokin I.V., Akromova N.A.</i>	12
JARROHLIK TRANSPLANTALOGIYASI BILAN DIFFUZ TOKSIK BO‘QOQNI DAVOLASHDA ZAMONAVIY YANGI TAKTIK USULLAR. <i>F.Sh.Xamidov, A.Q.Botirov, D.R.Botirova, J.A.Botirov, R.D. Ortigov.</i>	13
БОЛАЛАРДА ҚИЗИЛЎНГАЧ ЁТ ЖИСМЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ЭНДОСКОПИК МУОЛАЖАСИ. <i>Мирзакаримов А.А, Акбаров Ф.С., Валиев А.С., Камолова С.С.</i>	14
ИШЕМИК ИНСУЛЬТЛАРДА МИЯ ТЎҚИМАСИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ. <i>Шарофиддинов Камолiddин XXX, Мусаева Юлдуз Алтисовна</i>	15
КУЙГАН БЕМОРЛАРГА ЁРДАМ КЎРСАТИШДА ЯНГИ УСЛУБЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ. <i>Джумаев М.Б., Тожибоев Б.А., Жуманов З.Ш.</i>	17
МИКРОХИРУРГИК УСУЛЛАРНИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ. <i>Джумаев М.Б., Тожибоев Б.А., Марасулов Ф.Б.</i>	18
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТУРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЙИРИНГЛИ-НЕКРОТИК ХАСТАЛИКЛАРНИ РИВОЖЛАНИШИНИ ГЕНЕТИК ХАВФ ХАТАРЛАРИ. <i>Мусашиайхов Х.Т., Назаров И.Р., Мусашиайхов У.Х., Дадабоев О.Т., Василевский Э.А., Икрамова Ф.Д.</i>	20
DAVOLASH ISHI” YO‘NALISHI TALABALARI KLINIK JARAYONLARGA TAYYORLASHDA EPA TEXNOLOGIYASIDAN FOYDALANISH METODIKASI. <i>Ismailov O.A.</i>	21

SIMULYATSIYA MARKAZIDA ISHONCHLI KASBIY FAOLIYATLAR (EPA) TECHNOLOGIYASIDAN “DAVOLASH ISHI” YO’NALISHI TALABALARI UCHUN KLINIK TAYYORGARLIGINI OSHIRISHDA FOYDALANISH METODIKASI. <i>Ismailov O.A.</i>	22
ИНВАГИНАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ КИШЕЧНИКА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА. <i>Таджибаев Ш.А¹., Абдуллажанов Б.Р¹., Абдурашидов Ф.Ш¹., Азимов Б. Р²., Саминжонов</i>	23
ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. <i>Атаханов И.К., Хакимов Д.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.</i>	24
ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ. <i>Отакузиев А.З., Ботиров А.К., Мирзабоев Г.Э.</i>	26
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ. <i>Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А., Рахмонов Б.Б.</i>	27
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПЕРИТОНИТ. <i>А.К. Ботиров, Н.Э. Бозоров, С.М. Яхёев, З.Б. Солижонов</i>	29
РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ЯЗВЕННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. <i>А.К. Ботиров, Н.Э. Бозоров, С.М. Яхёев, З.Б. Солижонов</i>	30
ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ. <i>Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Абдулхаева Б.Х.</i>	32
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ. <i>Бозоров Н.Э., Мирзабоев Г.Э.</i>	34
ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОМПЬЮТЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ «INTUSSUSCEPTION ILEO-COLOANASTOMOSIS "FINIS AD LATUS", В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В СОПРОВОЖДЕНИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА. <i>Абдурашидов Ф.Ш., Абдуллажанов Б.Р., Таджибаев Ш.А., Саминжонов Х.У.</i>	36
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ. <i>Эгамов С.Ш., Зияев Ш.А.</i>	36
РОЛЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА. <i>Солижонов З.Б., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Яхёев С.М.</i>	37
ОПРЕДЕЛИТЬ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ. <i>Зияев Ш.А. Эгамов С.Ш</i>	38
ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО НАБОРА МАССЫ ТЕЛА ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ. <i>Хайруллаев М.А., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.</i>	40
АЛГОРИТМ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ПОВТОРНОГО НАБОРА МАССЫ ТЕЛА ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. <i>Ботиров Ж.А., Хайруллаев М.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.</i>	42
СТРУКТУРА, ЧАСТОТА И ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. <i>Хакимов Д.М., Атаханов И.К., Ботиров А.К., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.</i>	44

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ. <i>Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Яхёев С.М., Фозилжонов О.Ш.</i>	46
ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫЙ ТРАВМАТИЗМ. <i>Ходжиматов Г. М., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Яхёев С.М., Фозилжонов О.Ш.</i>	47
ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ. <i>Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Яхёев С.М., Фозилжонов О.Ш.</i>	48
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. <i>Абдуллажанов Б.Р., Болтаев А.А., Юлдашев А.А., Отабоев М.Э., Собитханова С.Ф.</i>	50
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ОЖОГОВ КИСТИ И СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ВЛАЖНОЙ СРЕДЫ. <i>Авазов А.А., Шакиров Б.М., Хакимов Э.А.</i>	51
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА. <i>Арипова Н.У., Умаров Д.А., Пулатова М.Х.</i>	52
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ГНОЙНОМ АРТРИТЕ У ОБОЖЖЁННЫХ <i>Карабаев Д.Ш., Шакиров Б.М.</i>	53
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПОСОБА ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ РАН ПРИ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ. <i>Усмонов У.Д.</i>	54
ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВЫХ РАН С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРИПСИНОМ И МЕКСИДОЛОМ «ПРОТЕОКС-ТМ». <i>Шакиров Б.М., Карабаев Д.Ш., Хакимов Э.А.</i>	55
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ И ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. <i>¹ К.К. Мирзаев, ²Э.С Джумабаев, ³Э.И. Усмонов, ⁴Ж.К. Юсупов</i>	56
ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ. <i>¹Э.С. Джумабаев, ²К.К. Мирзаев, ³Э.И. Усмонов, ⁴Ж.К. Юсупов</i>	57
ПРОФЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА. <i>Эгамов Ю.С., Хайдаров С.А., Эгамов Б.Ю., Азизов Д.А.</i>	58
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЭРХПГ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ. <i>Дехконов Ш.Ш.¹, Райимов Г.Н.²</i>	59
КОМБИНИРОВАННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ РУБЦОВ В КОМБУСТИОЛОГИИ. <i>Садыков Р.Р.¹, Турсунова Ж.А.²</i>	60
ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. <i>Б.Р. Абдуллажанов, Ф.Ш. Абдурашидов, Ш.А. Таджибаев, Х.У. Саминжонов</i>	61

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. <i>Рахимов Абдурасул Шарифович, Дадабоев Омонжон Талибджанович, Василевский Эдуард Александрович</i>	62
ИНВАГИНАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ АНАСТОМОЗИРОВАНИЯ КИШЕЧНИКА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА <i>Таджибаев Ш.А¹, Абдуллажанов Б.Р¹, Абдурашидов Ф.Ш¹, Азимов Б. Р²., Саминжонов Х.У¹.</i>	65
АЛГОРИТМ ВЫБОРА ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ <i>Исомутдинов Аъзам Зокирович., Хамдамов Бахтиёр Зарифович, Дадабоев Омонжон Талибджанович</i>	66
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: ЗНАЧЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ РЕЗИДУАЛЬНЫХ, ИМПЛАНТАЦИОННЫХ И РЕИНВАЗИВНЫХ ФОРМ <i>Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Раимов С.А.</i>	68
ИНДЕКС PREINV КАК МЕТОД ВЕРИФИКАЦИИ ПРИРОДЫ РЕЦИДИВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ: РАЗРАБОТКА, ВАЛИДАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ <i>Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Иброхимов С.С.</i>	69
РЕЗЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ <i>Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Иброхимов С.С.</i>	70
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЕМА ГРАФТА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА <i>Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Тургунбоев Э.К., Султанов С.А., Маткаримов Ш.У., Иброхимов С.С., Шарифжонов С.М., Султонова Р.Д.</i>	71
ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЗЕКЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПРИ БЛИЗКОРОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ <i>Бабаджанов Азам Хасанович, Султанов Сардор Азадович.</i>	72
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА <i>Бабаджанов А.Х., Ефимочкин Г.А., Махмудов У.М., Шарифжонов С.М., Тургунбоев Э.К., Султанов С.А., Маткаримов Ш.У., Иброхимов С.С., Султонова Р.Д.</i>	73
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ L-АРГИНИНА В КОРРЕКЦИИ ИШЕМИИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ <i>Рахимов Абдурасул Шарифович, Хамдамов Бахтиёр Зарифович, Хамдамов Илхомжон Бахтиёрович, Дадабоев Омонжон Талибджанович.</i>	74
СЛУЖБА КОМБУСТИОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН <i>Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Ахмедов А.И.</i>	75
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БЛОКАДЫ ПЕРИКАПСУЛЯРНЫХ ГРУПП НЕРВОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ <i>Шарипова В.Х.,¹ Абдулхамидов А.А.,² Махмудов Х.А.,² Мирахмедов М.Х.²</i>	76
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ КРОНА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА <i>Саттаров Жаъсур Элмуродович, Дадабоев Омонжон Талибджанович, Василевский Эдуард Александрович.</i>	77

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХЭТАПНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА <i>Каримов Б.Р., Валиев Э.Ю., Норполвонов А.У., Элмуродов Н.У.</i>	80
СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Г.Н.Райимов¹, С.С.Сайдалиев², Ш.Х.Косимов²</i>	81
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ БИЛИАРНОМ ПЕРИТОНИТЕ: ОПЫТ КЛИНИКИ <i>Н.А.Салохитдинов¹, Г.Н.Райимов², Ш.Ш.Дехконов¹</i>	83
ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИИ АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Мирзаев К.К., Шерматов А.А., Усмонов Э.И.</i>	84
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНИКИ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРСУНГОЛИТИАЗОМ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ ПОСТОУ <i>Акбаров М.М., Миролимов М.М.</i>	85
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СУБФАСЦИАЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ <i>Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Шамуталов М.Ш., Мирхайдаров М.М.</i>	86
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ <i>Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Рузимурастов Д.А., Шамуталов М.Ш., Сабитов А.Т.</i>	88
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ С ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНЫХ СТРУКТУР <i>Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И., Рузимурастов Д.А.</i>	89
АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЛОЩАДИ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>^{1,2}Фаязов А.Д., ³Ахмедов А.И.,</i>	90
ФАКТОРОВ РИСКА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ У ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>^{1,2}Фаязов А.Д., ³Ахмедов А.И.</i>	92
ОПЫТ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМБИНИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ <i>Фаязов А.Д.^{1,2}, Камилов У.Р.¹, Абдуллаев У.Х.¹, Рузимурастов Д.А.¹, Мадиев Р.Д.²</i>	93
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Хаджибаев А.М.¹, Туляганов Д.Б.¹, Вerveкина Т.А.¹, Камилов У.Р.¹, Фаязов А.Д.¹, Чарышиникова О.С.², Циферова Н.А.²</i>	94
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ <i>Расулов А.Ф., Ортиков А.Б., Туйчиев М.М., Джурсаев М.М.</i>	95
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО КОШЕЧНОГО ТРАКТА У ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ <i>Халиков В.К., Косимов П.С., Кодиров Р.И.</i>	96
ОЗОНОТЕРАПИЯ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ. <i>Халиков В.К., Кодиров.Р.И.</i>	97

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА <i>Д.Э. Хошимов¹, Г.К. Сапарбаева²</i>	98
СРАВНЕНИЕ ВАРИЗИРУЮЩЕЙ ОСТЕОТОМИИ И ОСТЕОТОМИИ ПО САЛЬТЕРУ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА У ДЕТЕЙ <i>Шорустамов Ш.М.¹, Асилова С.У.²</i>	99
ЭРХПГ И ЭПСТ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ <i>Махмудов Н.И., Сирожитдинов У.К., Сохибоев И.М.</i>	101
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Расулов Ф. А., Орифжсанов О. Э., Махмудов Н.И., Самсаков Ф.Т.</i>	102
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПУНКЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ. <i>Юлдашев Г.Ю., Отаджанов Ж.Э., Бабаханова Д.Р.</i>	103
АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Махмудов Н.И., Насритдинова Н.Б.</i>	104
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ. <i>Садыков Р.Р.,¹ Садыков Р.А.,¹ Жамалов Ж.Б.²</i>	105
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ <i>Йулдашев Г.Ю.</i>	106
ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ КВАНТОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА <i>Дадаев Ш.А., Джуманов А.К., Абруев Б.У., Манглиев Т.А.</i>	106
ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ: ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. <i>Джумабаев Э.С., Хакимов И.С., Джумабаева С.Э., Собиров С.О.</i>	108
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЁГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (Экспериментальное исследование) <i>Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К.</i>	109
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ГИДРОНЕФРОЗА В ЭКСТРЕННОЙ УРОЛОГИИ <i>Маткаримов У.М., Мамасаидов Ж.Т., Махмудов Н.И.</i>	110
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА <i>Тулаков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Назаров Ж.Ч., Элмуродов Ш.К.</i>	111
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА <i>Тулаков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Шомуродов О.О., Яхишбоев Ш.М.</i>	113
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Икрамова Ф.Д., Мусаайхон Х.Т., Султонбекова Ф.А., Илхомова Г.А.</i>	114
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У БЕРЕМЕННЫХ <i>Икрамова Ф.Д., Мусаайхон Х.Т., Султонбекова Ф.А., Илхомова Г.А.</i>	115

ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Юлдашев Г.Ю., Отаджанов Ж.Э.</i>	116
РОЛЬ АДЕКВАТНОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОГО КАТАБОЛИЗМА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ <i>Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Шоабсаров А.А., Абдуллаев У.Х., Шамшетов Д.Ж.</i>	117
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ГЛУБОКИХ ПАРАПРОКТИТОВ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Касымов А.Л., Ахмаджонов Ж.У., Убайдуллаев Б.О., Мансуров Ш.Ш., Касымов Н.А.</i>	118
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ГЛУБОКИМИ ПАРАПРОКТИТАМИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Касымов А.Л., Мусаилов Х.Т., Ахмаджонов Ж.У., Касымов Н.А.</i>	120
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ПАРАПРОКТИТАМИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА <i>Касымов А.Л., Ахмаджонов Ж.У., Убайдуллаев Б.О., Касымов Н.А., Мансуров Ш.Ш.</i>	122
МЕТОДЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦАХ. <i>¹Кенжаев Л.Р., ²Ураков Ш.Т., ²Туракулов М.Т.</i>	124
ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ВЫСОКО И НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ <i>Кенжаев Л.Р.</i>	125
РЕЗУЛЬТАТЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОСТАЗОВ <i>Эгамов Ю.С., Юсупов К.А., Дурдиев Х.Б., Азизов Ж.А., Эгамов Б.Ю.</i>	125
ДИНАМИКА АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ <i>Красненкова М.Б., Ибрагимов Н.К.</i>	127
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЖИВОТА <i>Туляков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Назаров Ж.Ч., Элмуродов Ш.К.</i>	128
ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ <i>Юлдашев Г.Ю., Отаджанов Ж.Э.</i>	129
ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ И ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ МЕТОДОМ АЛЛОПЛАСТИКИ <i>Хакимов Э.А., Хайитов Л.М., Тожиев З.Ю., Некбоев Х.С., Норкулов О.Н.</i>	130
СПОСОБ СВОБОДНОЙ ПОЛНОСЛОЙНОЙ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ <i>Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У.</i>	131
ПЛАСТИКА С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ БАЛЛОННЫМ РАСТЯЖЕНИЕМ МЕСТНЫХ ТКАНЕЙ ОБЛАСТИ ТУЛОВИЩА <i>Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У.</i>	132
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ <i>Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Назиров С.У.</i>	133
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА <i>Мамадиев Х.М., Мамадиев А.М., Тургунов А.И., Ахмадалиев С.М., Мансуров Ш.Ш.</i>	134
ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНАЯ РОЛЬ ТОРАКОСКОПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ <i>Назаров Н.Н.^{1,2}, Гафуров З.К.^{1,2}, Меликузиев Э.Б.².</i>	135

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ВТС-ТИМЭКТОМИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТИМУСА <i>Назаров Н.Н.^{1,2}, Мадазимов М.М.¹, Махмудов А.Л.², Назирджанов И.Х.-А.^{1,2}.</i>	137
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПЛЕВРОДЕЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ <i>Назаров Н.Н.^{1,2}, Мадазимов М.М.¹, Махмудов А.Л.², Назирджанов И.Х.-А.^{1,2}.</i>	138
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В КОРРЕКЦИИ ВЕСА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ <i>¹Мардонов А.С., ¹Садыков Р.Р., ²Жамалов Ж.Б.</i>	139
ЛОКАЛЬНОЕ ОТРИЦАТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ С ИНСТИЛЛЯЦИЕЙ БАКТЕРИОФАГОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН <i>Пасхалова Ю. С.^{1,2}, Митин В. А.^{1,2}, Хамидулин Г. В.^{1,2}, Ушаков А. А.², Магомедова С. Д.², Борисов И. В.², Мартынова С. В.¹</i>	140
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНИКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ РАНЕНИЙ ШЕИ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП <i>Махмудов Н.И., Эшонкулов Ч.И., Расулов А.Ф. Убайдулаев З.З.</i>	143
РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА <i>Азизов Г.А., Джумабаев Э.С., Собиров С.О</i>	145
РАННИЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ: ПРИЧИНЫ И ПОКАЗАНИЯ <i>Г.Н. Райимов², С.С. Сайдалиев¹, Ш.Х. Косимов¹, Н.А. Салохитдинов¹</i>	146
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>Г.Н.Райимов¹, Квачахия Л.Л.²</i>	147
СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА <i>Г.Н.Райимов¹, С.С.Сайдалиев², Ш.Х.Косимов²</i>	148
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЕ ГАЛО-АППАРАТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА <i>О.И. Кузиев, М.К. Сафаев, Н.И.Мирзаматов, В.В. Разоков</i>	149
РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Б.С.Усманов, Н.И.Махмудов, Б.А.Уринов</i>	151
РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЭЛА <i>Маматалиев Ф.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Насритдинова Н.Б.</i>	152
СЕГМЕНТ ТОЩЕЙ КИШКИ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА <i>Ручкин Д.В., Козлов В.А., Исаков В.А., Пилипенко В.И., Каримова Ш.Х.</i>	153
ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ С ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКОЙ <i>Ручкин Д.В., Козлов В.А., Каримова Ш.Х.</i>	154
ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА <i>Ручкин Д.В., Козлов В.А., Каримова Ш.Х.</i>	155
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАТРУДНЕННОЙ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ <i>Садикова Минура Адхамовна, Красненкова Марианна Борисовна.</i>	157

ЗАВИСИМОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ДЛИННОЙ КУЛЬТЫ БПВ ПОСЛЕ ЭВЛО ОТ ДИАМЕТРА ВПАДАЮЩИХ В УСТЬЕ ПРИТОКОВ <i>Сайимов Ф.Я., Умаров Ф.Р., Суюмов А.С.</i>	158
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ БИЛИАРНОМ ПЕРИТОНИТЕ: ОПЫТ КЛИНИКИ <i>Н.А.Салохитдинов¹, Г.Н.Райимов², Ш.Ш.Дехконов¹</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА <i>Н.А. Салохитдинов¹, Г.Н. Райимов²</i>	160
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ В НАПРАВЛЕНИИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ <i>Хахимов Э.А., Хайитов Л.М., Зувайтов Ш.Г., Хайитов У.Х., Ярматов К.Э., Кодиров Д.А.</i>	161
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>Г.Н.Райимов¹, Квачахия Л.Л.²</i>	163
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПУТЕМ ИНТЕГРАЦИИ АЛГОРИТМОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА <i>Ш.А.Таджибаев, Б.Р. Абдуллажанов, З. И. Туйчиев, Ф.Ш.Абдурашидов, Х.У.Саминжонов</i>	164
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш., Саминжонов Х.У.</i>	165
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА <i>Сотиболдиев А.А., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К.</i>	166
ХАРАКТЕР, ЧАСТОТА И СПЕЦИФИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ МИНИ-ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА <i>Сотиболдиев А.А., Ботиров Ж.А., Авазбеков Б.У.</i>	167
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ВРЕМЕННЫМИ РАНЕВЫМИ ПОКРЫТИЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ <i>Халиков В.К. Косимов П.С., Кодиров Р.И.</i>	169
НЕИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА <i>Туляков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Гелдиев Б.У., Курбонов Ш.</i>	170
РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПСИИ ПОГИБШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА <i>Тулаков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., ЭлмуродовШ.К.</i>	171
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СПОСОБ ИЗМЕРЕНИЯ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА <i>Тулаков Р.П., Элмуродов К.С., Инаков А.Г., Курбонов Ш., Эргашова Г.</i>	172
ТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ. <i>Мадаминова Н.Э. Касимов К.К, Каримова З.Х</i>	173
ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА И РОТОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПОСЛЕДСТВИЯ И РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ <i>Мадаминова Н.Э. Касимов К.К, Каримова З.Х, Хусанов Ж.А</i>	174

ИНТУБАЦИОННЫЕ ОЖОГИ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ: ПРОФИЛАКТИКА И СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ <i>Мадаминаова Н.Э.Каримова З.Х, Эргашев А.А</i>	175
ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ОЖОГИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ГЛОТКИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ И ОБУЧЕНИЕ НА СИМУЛЯТОРАХ <i>Мадаминаова Н.Э., Каримова З.Х, Тухтасинов Н.Н.</i>	176
СИМУЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЦЕНАРИЕВ В ОБУЧЕНИИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА. <i>Мадаминаова Н.Э., Касимов К.К, Каримова З.Х.</i>	178
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЯТОРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ ОБУЧЕНИЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ. <i>Мадаминаова Н.Э., Хусанов Ж.А, Эргашев А.А.</i>	179
КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МИКРОБИОТЫ НОСОВОЙ ПОЛОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ. <i>Мадаминаова Н.Э., Каримова З.Х, Эргашев А.А.</i>	179
АЛГОРИТМИЗИРОВАННОЕ СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ. <i>Мадаминаова Н.Э., Касимов К.К, Тухтасинов Н.Н.</i>	180
СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫМ ПОДХОДАМ К ЛЕЧЕНИЮ ХРС. <i>Мадаминаова Н.Э., Тухтасинов Н.Н, Хусанов Ж.А.</i>	181
ЭХИНОКОККОВАЯ БОЛЕЗНЬ В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ: КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ <i>Бутабоев Ж.М.</i>	182
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУППАХ РИСКА <i>Бутабоев Ж.М., Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Отакузиев А.З.</i>	183
ЭХИНОКОККОЗ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ: ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ <i>Бутабоев Ж.М., Шайхова Г.И., Касимов А.Л., Отакузиев А.З.</i>	185
ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА <i>Насриддинов Шохрух Баходирович</i>	187
ОПТИМИЗАЦИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ОСНОВЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ЗА ЗАЖИВЛЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ <i>Насриддинов Шохрух Баходирович</i>	188
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ SLEEVE-РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ <i>Расулов М.Т., Ботиров А.К., Сотиболдиев А.А., Ибрагимов У.Я., Ботиров Ж.А.</i>	189
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ <i>Сайиджанова Ферузахон Латифжонова</i>	190
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНКИ ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ <i>Сайиджанова Ферузахон Латифжонова</i>	191
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ <i>Насриддинов Шохрух Баходирович</i>	192

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР ЛОКТЕВОГО И ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ <i>Кетмонов А.Г., Отакузиев А.З.</i>	193
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНОЛОГИИ <i>Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Зейналов Н.Д., Азадова З.Н., Бехбудов В.В.</i>	195
ПОЛНОСЛОЙНАЯ АУТОДЕРМОПЛАСТИКА СТОПЫ У ДЕТЕЙ <i>О.И.Жураев, Р.О. Жураева.</i>	196
СРАВНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ПАНКРЕТОДУОДЕНЭКТОМИИ <i>Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Зейналов Н.Д., Бехбудов В.В., Азадова З.Н.</i>	197
ОЖОГИ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ <i>Мадаминава Н.Э. Касимов К.К., Каримова З.Х.</i>	198
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ SLEEVE-РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ <i>Расулов М.Т., Ботиров А.К., Сотиболдиев А.А., Ибрагимов У.Я., Ботиров Ж.А.</i>	202
УСТРАНЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ КОНТРАКТУРЫ СТОПЫ У ДЕТЕЙ <i>О.И. Жураев, Р.О.Жураева</i>	203
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Хожиметов Д.Ш., Акбаров Ф.С.</i>	204
METHODS OF LYMPHATIC THERAPY IN PROPHYLACTICS AND TREATMENT OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS IN GUNSHOT DAMAGE OF SOFT TISSUES OF EXTREMITIES IN CONDITIONS OF MASSIVE INFLUX OF THE PATIENTS <i>K.K.Mirzaev, E.S.Djumabaev, E.I.Usmonov, J.Q.Yusupov.</i>	205
ADVANTAGES OF USING VIRTUAL REALITY SYSTEMS IN TEACHING CLINICAL SCIENCES. <i>Abduvalieva Chulpanoy Muhammadjonovna</i>	206
CLINICAL, ANATOMICAL AND SURGICAL ASPECTS OF THYROID DISEASES <i>Musashaykhov Khusanboy Tojiboyevich, Khoshimov Ilkhomboy Musojon ugli, Akhmadjonov Javokhir Uktamali ugli.</i>	207
THE IMPORTANCE OF USING SIMULATION TOOLS IN TEACHING SURGICAL SCIENCES. <i>Kadirov Komiljon Zakirdjanovich, Mirzakarimov Baxromjon Halimjanovich.</i>	209
RETINAL VESSEL ANALYSIS AS A MODERN HIGH-TECH METHOD IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ATHEROSCLEROSIS. <i>Khakimova O.Sh., Batirov D.Yu.</i>	210
SURGICAL PREVENTION OF SECONDARY COMPLICATIONS OF POST-BURN SCAR DEFORMATIONS OF THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL <i>M.M. Madazimov, S.U. Nazirov</i>	211
SIMULATION TOOLS FOR ENHANCING CLINICAL TRAINING IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE EDUCATION. <i>Khalilov Shukurillo Kuchkarbaevich, Mirzakarimov Baxromjon Halimjanovich</i>	212
LOCAL TISSUE PLASTIC SURGERY <i>Yusupov K.A.</i>	214
PERCUTANEOUS BALLOON VALVULOPLASTY FOR PULMONIC STENOSIS IN TEENAGERS AND ADULTS. <i>Umarov M.M.</i>	215
КОМОРБИДЛИКНИ $\geq 90-106$ ЁШЛИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Мамасолиев Н.С., Сирожиддинов К.Б.</i>	215

КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАРНИ 90-99 ЁШЛИ АХОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Мамасолиев Н.С., Сирожиддинов К.Б.</i>	217
КЎП СОНЛИ ХАТАР ОМИЛЛАРИНИ ТУРЛИЧА ҚЎШИЛУВИДА КОМОРБИД КАСАЛЛИКЛАРНИ ТАРҚАЛИШИ, ЁШГА ВА ГЕНДЕР ОМИЛГА БОҒЛИҚ ХОЛДА ЖИХАТЛАРИ. <i>Мамасолиев Н.С., Сирожиддинов К.Б.</i>	218
СУРУНКАЛИ СТЕАТОГЕПАТИТНИНГ ТАРҚАЛИШ ЧАСТОТАСИНИ АНДИЖОН ПОПУЛЯЦИЯСИДА 20 ЙИЛЛИК ДИНАМИКАСИ <i>Н.С. Мамасолиев., Г.Ж. Хомидова., З.Н. Мамасолиев., Б.У.Усмонов., Г.Р. Адилова</i>	221
СТЕАТОГЕПАТИТНИНГ АСОСИЙ АСОРАТЛАРИНИ ВОДИЙ ШАРОИТИДА ТАРҚАЛИШИ ЧАСТОТАСИНИ ГЕНДЕРЛИ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Г.Ж. Хомидова., Н.С. Мамасолиев., Д.М.Қаландаров., Б.У.Усмонов., Г.Р. Адилова</i>	222
ДИФФУЗ ТОКСИК БЎҚОҚЛИ «ТИПОЛГИК» ХУСУСИЯТЛИ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ <i>Юсупова Ш.К., Ботирова Д.Р., Хамидов Ф.Ш., Нишинова Н.А.</i>	222
ДИФФУЗ ТОКСИК БЎҚОҚНИ ДАВОЛАШНИ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ТАКОМИЛЛАШУВИДА БАЛЛИК БАҲОЛАШ АЛГОРИТМИ. <i>Юсупова Ш.К., Хамидов Ф.Ш., Ботирова Д.Р., Нишинова Н.А.</i>	224
МАСТОПАТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Мамарасулова М.Т., Холмурзаева Э.А., Умарова З.Х.</i>	226
SUD TIBBIYOTIDA O'TMAS JISMLARNING TA'SIRINI BAHOLASH MEZONLARI <i>B.I.Ibragimov, M.M.Turg'unboyev</i>	227
O'ZGARGAN SUYAK VA MUSKUL TO'QIMASINING SUD-TIBBIY JIHATLARI <i>X.V. Nigmatov</i>	229
O'ZGARGAN SUYAK VA MUSKUL TO'QIMASINING YOSHGA DOIR SUD-TIBBIY JIHATLARI <i>X.V. Nigmatov</i>	230
ЗАВИСИМОСТЬ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ДИСФАГИИ ОТ ВИДА АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ОПЕРАЦИИ <i>Бехбудов В.В., Муслимов Г.Ф., Зейналов Н.Д., Алиева Г.Р., Азадова З.Н.</i>	231
EKSPERIMENTAL QANDLI DIABET MODELIDA "AS-GAM" VA "SHIFO" OZIQ-OVQAT QO'SHILMALARINING JIGAR MORFOLOGIYASIGA TA'SIRINI O'RGANISH <i>Mo'minova Guyoxon Alidjonovna., Sayidjanova Feruzaxon Latifjonovna</i>	234
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАН <i>Ибрагимов Б.И., Рахимов Б.Г., Касимов С.К.</i>	238
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕХАНИЗМА СМЕРТИ ОТ ПАДЕНИЯ С ВЫСОТЫ <i>Ибрагимов Б.И., Касимов С.К.</i>	239
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКОВ ПРИ АВТОТРАВМАХ <i>Касимов С.К., Ибрагимов Б.И.</i>	240
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР ПРИ АВТОТРАВМАХ. <i>Рахимов Б.Г., Ибрагимов Б.И.</i>	243
ЗАВИСИМОСТЬ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ДИСФАГИИ ОТ ВИДА АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ОПЕРАЦИИ <i>Бехбудов В.В., Муслимов Г.Ф., Зейналов Н.Д., Алиева Г.Р., Азадова З.Н.</i>	244

ҚАШҚАДАРЁ ВИЛОЯТ СУД-ТИББИЁТ ЭКСПЕРТИЗАСИ БЮРОСИ ВА РШТЁИМ ҚАШҚАДАРЁ ФИЛИАЛИ МАЪЛУМОТЛАРИГА КЎРА КЎКРАК ҚАФАСИ ВА ҚОРИННИНГ ЁПИҚ ФАТАЛ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ ТАРКИБИ <i>Тулаков Равшан Панжсиевич, Элмуродов Каримали Садинович, Инаков Аъзам Ганиевич, Элмуродов Шохрух Карималиевич.</i>	245
NEKROTİK ENTEROKOLİTİ BO'LGAN BOLALARDA RENTGEN DIAGNOSTİKASI <i>Chartakov Dilmurod Kaxromonovich</i>	246
NEKROTİK ETEROKOLITDA İCHAK DEVORINING MORFOLOGİYASI <i>Chartakov Dilmurod Kaxromonovich</i>	248
ERTA TUG'ILGAN CHAQALOQLARDAGI NEKROTİK ENTEROKOLITLARNING KLINIK- ANAMNESTİK TAHLILI <i>Chartakov Dilmurod Kaxromonovich</i>	250
РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ <i>Бекмуратов А.Я., Хайитов Л.М., Хакимов Э.А. Тожиев З.Ю.</i>	252
ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ БОЛЕЗНИ КРОНА <i>Хамдамов Бахтиёр Зарифович¹, Наврузов Беҳзод Саримбекович², Саттаров Жаъсур Элмуродович³, Дадабоев Омонжон Талибджанович⁴</i>	253
АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАДИЦИОННЫХ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Хамдамов Илхомжон Бахтиёрович, Хакимов Мурод Шавкатович, Дадабоев Омонжон Талибджанович</i>	259
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИЛЕОСТОМЫ. <i>Кодиров Х.М., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.</i>	261
СВЁРТЫВАЮЩАЯ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩАЯ СИСТЕМА КРОВИ ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ <i>Ботиров Ж.А., Турсунов Ф.С.</i>	264
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНКИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И АНТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ <i>Ботиров Ж.А., Турсунов Ф.С.</i>	265
ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КОЛОНОПТОЗЕ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ <i>Ботиров Ж.А., Хусанов С.М., Ботиров А.К., Мамажонов Д.М.</i>	267
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРОПТОЗА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ <i>Хусанов С.М., Ботиров Ж.А., Ботиров А.К., Мамажонов Д.М.</i>	269
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАЦИИ КЛИНИКО- АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И БИОМАРКЕРНЫХ ПРЕДИКТОРОВ. <i>Бутабоева Г.Т., Бутабаева М.М., Асранкулова Д.Б.</i>	271
МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ДЕТЕРМИНАНТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ КАК ОСНОВА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ. <i>Бутабоева Г.Т., Бутабаева М.М., Асранкулова Д.Б.</i>	271
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Зухуров Сухроб Элмуротович., Хамдамов Бахтиёр Зарифович</i>	272